



Luxembourg, le 14 janvier 2010

## NOTE D'INFORMATION AUX AFFILIÉS

Il s'avère qu'un nombre important de demandes de remboursement et/ou de pièces justificatives doit être renvoyé aux affiliés et ce pour un des motifs suivants :

- Procédure non respectée : par exemple, absence d'autorisation préalable,
- Pièce manquante : par ex., prescription médicale (kinésithérapie, médicaments, etc.) manquante,
- Pièce non conforme : par exemple, copie d'une facture, rappel, facture non légale,
- Pièce incomplète : par exemple, détail des prestations, dates... ,
- Absence justificatif de revenus du conjoint – personne pas/plus à charge du RCAM.

Cela se traduit inévitablement par un accroissement de la charge de travail et des délais de remboursement.

***Ci-après vous trouverez une liste aussi complète que possible des pièces ou éléments à fournir impérativement au bureau liquidateur et à annexer à la demande de remboursement dûment complétée***

- **Factures originales** conformes à la législation du pays dans lequel elles ont été émises avec indication du nom et prénom en entier du malade et du prestataire de soins, les dates et tarif de chaque prestation,
- **Prescription médicale originale** pour les prestations suivantes (**autorisation préalable non nécessaire sauf si dépassement plafond/nombre maximum**) :
  - médicaments (sauf si elle est conservée par le pharmacien),
  - produits pharmaceutiques utilisés dans le cadre de la désintoxication tabagique (montant maximum remboursable de **200 €** pour **l'ensemble des traitements à vie**),
  - prestations d'auxiliaires médicaux (soins infirmiers **occasionnels**) si pas garde-malade,
  - 1<sup>ère</sup> acquisition de lunettes et lentilles de contact (+ dioptries et type de vision) : renouvellement possible après un délai de 2 ans (invariable pour la monture) sauf en cas de variation des conditions de visus  $\geq 0,50$  médicalement constatée (pour les verres) – délai de renouvellement de 1an pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans,
  - appareil auditif avec courbe audiométrique (tous les 5 ans sauf variation des conditions audiométriques),
  - semelles orthopédiques (2 paires/an),
  - bas à varices (3 paires/an),
  - ceinture de grossesse, genouillères, chevillières, ceintures lombaires, bandages élastiques,
  - œil artificiel, béquilles et cannes,
  - prothèses mammaires (2/an et par côté – **soutiens gorge spéciaux non remboursables**),
  - frais de transport urgent et/ou nécessaire (ambulance) **jusqu'au CHU le plus proche** et non répétitif,
  - location de matériel divers pour une durée < 3 mois
  - Prestations (*remboursables à 80 % avec application de plafonds pour certaines prestations*) prévues au chapitre 8 du Titre II des DGE (la prescription doit impérativement mentionner le **nombre** de séances ainsi que le **motif** du traitement si les soins sont dispensés par des **prestataires paramédicaux** ou par des **non-médecins**) :

▪ Kinésithérapie, physiothérapie & traitements assimilés ( <b>25 €/séance max.</b> )	60 séances/an
▪ Aérosolthérapie	30 séances/an
▪ Acupuncture par médecin ( <b>25 €/séance max.</b> )	30 séances/an
▪ Pédicure médicale/podologie ( <b>25 €/séance max.</b> )	12 séances/an
▪ Psychothérapie ( <i>prescr. par psychiatre, neuro-psy. ou pédo-psy – prescr. Généraliste acceptée <u>uniquement pour les 10 premières séances</u></i> )	30 séances/an
<b>(60, 90 ou 25 €/séance max.)</b>	
<b>(autorisation préalable indispensable si thérapie par psychologue ou psychothérapeute)</b>	
▪ Graphomotricité, psychomotricité ( <b>35 €/séance max.</b> )	60 séances/an
▪ Chiropraxie, ostéopathie ( <b>AP requise si enfant &lt; 12 ans</b> ) ( <b>40 €/séance max.</b> )	24 séances/an
▪ Consultation diététicien ( <b>25 €/séance max.</b> )	10 séances/an
▪ Logopédie/orthophonie (jusqu'à 12 ans accomplis – <b>35 €/séance max.</b> )	180 séances

- **Pour les frais au titre de la complémentarité** : facture originale globale (ou copie si l'original est conservé par la caisse primaire) + prescriptions éventuelles et original du décompte du régime primaire.

***Demande d'autorisation préalable pour les prestations suivantes (à introduire avant la demande de remboursement) prescription médicale originale à joindre à la DAP***

- Interventions de chirurgie plastique, F.I.V., traitements à caractère esthétique (épilation, injections sclérosantes...),
- Frais d'achat d'appareils pour traitements médicaux / frais de location d'appareils ≥ 3 mois, frais entretien CPAP (**350 € max.** à partir de l'année suivant l'achat)
- Frais de garde malade / séjour en maison de soins – long séjour/longue hospitalisation en milieu psychiatrique,
- Soins infirmiers/auxiliaires médicaux si aussi garde-malade,
- Cures de convalescence, thermale (prescription datant de moins de 3 mois et demande à faire au moins 6 semaines avant la date de départ prévue), post-opératoire..
- Chaussures orthopédiques (2 paires/an, **720 € max. /paire**),
- Prothèse capillaire (1/an, **750 € max.** )
- Membres, segments de membres, orthèses articulées,
- Fauteuils roulants / appareils auxiliaires assimilés (frais aménagement fixe domicile/véhicule non remboursables),
- Matériel anti incontinence (**600 €/an max.**),
- Matériel pour traitement et suivi du diabète (ID ou NID), matériel de mesure tension / coagulation..
- Produits pharmaceutiques : amaigrissants, traitements hormonaux, stupéfiants, pour troubles de l'érection (**400 €/an max.** et uniquement si maladie grave ou accident), produits sans gluten, spéciaux... (cf. liste sur site intranet [http://www.cc.cec/pers\\_admin/sick\\_insur/reimburs/pdf/liste\\_produits.pdf](http://www.cc.cec/pers_admin/sick_insur/reimburs/pdf/liste_produits.pdf) ),
- Analyses spécifiques,
- Frais de transport, frais d'accompagnement (uniquement en hôpital ou cure convalescence sur rapport motivé),
- Bilan neuropsychologique pluridisciplinaire (**600 € max.**),
- Logopédie/orthophonie si > 13 ans,
- Orthoptie (20 séances/an, **35 €/séance max.**)
- Caisson hyperbare,
- Ergothérapie, endermologie (5 séances/an max.),
- Laser/photothérapie (20 séances/an),
- Mésothérapie (30 séances/an, **45 €/séance max.**),
- Psychothérapie **si > 30 séances/an ou/et si traitement effectué par psychologue ou psychothérapeute – seules les 10 premières séances peuvent être prescrites par un généraliste**,
- Rayons ultra-violets (**35 €/séance max.**),
- Chiropraxie/ostéopathie pour les enfants de moins de 12 ans (24 séances/an, **40 €/séance max.**),
- Ondes de choc,
- Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire en service hospitalier,
- Revalidation MDX, DBC (David Back Clinic), école du dos, kiné Mézières, Bobath...
- Drainages lymphatiques (20 séances/an sauf MG, **25 €/séance max.**),
- Tout traitement / matériel spécial (**2 devis nécessaires si > 2 000 €**) ou **autre non repris sur cette liste.**

**N.B.** : *A noter que les maxima remboursables indiqués ne tiennent pas compte du coefficient d'égalité*

- **Au titre de la complémentarité** : accord/refus de la caisse primaire à joindre à la demande d'autorisation préalable.

***Devis pour les travaux suivants :***

- Parodontie,
  - Orthodontie (remboursable uniquement si début de traitement avant 18 ans),
  - Occlusodontie,
  - Prothèses fixes et mobiles y compris pour les frais de réparation, implants,
- **Au titre de la complémentarité** : accord/refus de la caisse primaire à joindre au devis dentaire/orthodontique.

**Veillez noter que tout dossier incomplet pourra entraîner un refus de remboursement.**

**Document non exhaustif susceptible de modifications et/ou ajouts. Pour les textes officiels, veuillez consulter les D. G. E. (Dispositions Générales d'Exécution), en**

application de l'article 52 de la réglementation commune "assurance maladie", entrées en vigueur au 01/07/2007 sur le site intranet de la caisse de maladie.