LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2018**

PRÉCIS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

PRÉCIS

DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

TABLE DES MATIÈRES

CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LIVRE I - ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 13

LIVRE II - ASSURANCE ACCIDENT 61

LIVRE III - ASSURANCE PENSION 89

LIVRE IV - PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL 129

LIVRE V - ASSURANCE DÉPENDANCE 147

LIVRE VI - DISPOSITIONS COMMUNES 177

RÈGLEMENTS

LIVRE Ier - ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 205

Règlement grand-ducal du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code de la sécurité sociale 207

Règlement grand-ducal du 13 juillet 1993 concernant l'attribution d'un numéro d'ordre unique pour les listes de candidats présentées par la même organisation professionnelle, le même syndicat ou groupe de salariés pour les élections des chambres professionnelles, des caisses de maladie et des délégations du personnel 208

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie 209

Règlement grand-ducal du 2 mai 1996 déterminant les règles relatives à l'apurement des créances existantes au 31 décembre 1994 dans le secteur hospitalier 210

Règlement grand-ducal du 12 juin 1998 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 septembre 1967 déterminant le statut des volontaires de l'Armée 211

Règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale 212

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relatives à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant: a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués 215

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminant la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents 219

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs 220

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie 221

Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie 222

Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire 226

Règlement grand-ducal du 26 octobre 2011 instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé 227

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent 228

Règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain 229

Règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 relatif à l'assurance maladie volontaire 233

Règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables 234

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place 235

Règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension 237

STATUTS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ 242

STATUTS DE LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS 324

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé 329

Règles de fonctionnement du conseil d'administration de la Mutualité des employeurs 338

Point de contact national 339

LIVRE II - ASSURANCE ACCIDENT 343

Arrêté ministériel du 14 janvier 1938 concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture 345

Arrêté ministériel du 7 octobre 1955 ayant pour objet de compléter l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles 345

Arrêté ministériel du 4 mai 2001 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire 345

Arrêté ministériel du 10 septembre 2002 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire 347

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire 347

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale 348

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale 351

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et des maladies professionnelles et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident 352

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire 354

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles .. 356

Règlement grand-ducal du 10 juin 2013 définissant le barème médical applicable à l'assurance accident 357

Règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident 357

Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles 360

Règlement grand-ducal du 9 mars 2017 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus aux articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale. ... 360

Statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service 364

Statuts de l'Association d'assurance accident 366

LIVRE III - ASSURANCE PENSION 375

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952 concernant la restitution dans leurs droits d'assurance des travailleurs déplacés affiliés à l'assurance pension ouvrière ... 377

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952, pris en exécution de l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés 379

Arrêté grand-ducal du 10 août 1955 pris en exécution du dernier alinéa de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés 381

Règlement grand-ducal du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension 382

Règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 déterminant les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues à l'article 172 du Code des assurances sociales 383

Règlement grand-ducal du 2 septembre 1988 relatif aux mesures de réhabilitation et de reconversion 384

Règlement grand-ducal du 4 décembre 1991 fixant les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse prévus à l'article 185 du Code des assurances sociales 386

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1992 ayant pour objet de fixer les modalités d'application du recours contre tiers responsable prévu à l'article 232 du Code des assurances sociales 387

Règlement grand-ducal du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension 389

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif 394

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant les facteurs de revalorisation prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale 395

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2016 396

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2016 396

Statuts du Fonds de compensation commun au régime général de pension, institué par l'article 260 du Code de la sécurité sociale 397

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale d'assurance pension 399

LIVRE IV - PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL 401

Règlement ministériel du 26 février 1986 ayant pour objet de déterminer les frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales 403

Règlement grand-ducal du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales 404

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale 404

LIVRE V - ASSURANCE DÉPENDANCE 411

Règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale . 413

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance 414

Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant 417

Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les modalités et limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs 418

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance 426

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant: 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2° les coefficients d'encadrement du groupe 427

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge 428

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins 432

LIVRE VI 435-DISPOSITIONS COMMUNES 435

Règlement grand-ducal du 31 mars 1962 déterminant la procédure devant les tribunaux en cas d'action pour détournement d'une prestation allouée par le Code des assurances sociales ou d'une allocation familiale 437

Règlement ministériel du 6 mai 1965 pris en exécution de l'article 304, alinéa 2 du Code des assurances sociales 438

Règlement grand-ducal du 12 mai 1975 portant organisation et fonctionnement du centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale 438

Règlement grand-ducal du 28 janvier 1987 concernant la perception des cotisations de sécurité sociale par le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations 445

Règlement grand-ducal du 28 décembre 1990 portant exécution de l'article 104, alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires) 445

Règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale la procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice 447

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1998 adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur 452

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 concernant les intérêts moratoires en matière de sécurité sociale 453

Règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale 453

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale. 460

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale 460

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 concernant le congé pour mandat social des membres d'une chambre professionnelle, des membres d'un organe d'une institution de sécurité sociale, des assesseurs auprès du Tribunal de travail, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs des juridictions de sécurité sociale. 468

Règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension 469

Règlement grand-ducal modifié du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des délégués des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale, des experts et des témoins ... 471

Règlement grand-ducal du 18 février 2009 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des institutions de sécurité sociale 472

Règlement grand-ducal du 4 novembre 2010 déterminant le mode de perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés 472

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture 474

Règlement d'ordre intérieur du Centre commun de la sécurité sociale 475

CODE

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

LIVRE I

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Etendue de l'assurance**	Art. 1 - 7
		Assurance obligatoire	*Art. 1*
		Assurance volontaire	*Art. 2*
		Détachement à l'étranger	*Art. 3*
		Exemption et dispense de l'assurance	*Art. 4 - 6*
		Extension de l'assurance	*Art. 7*
Chapitre II.	-	**Objet de l'assurance**	Art. 8 - 27
		Indemnité pécuniaire de maladie	*Art. 9 - 16*
		Prestations de soins de santé	*Art. 17 - 24*
		Prestations de maternité	*Art. 25 - 26*
		Indemnité funéraire	*Art. 27*
Chapitre III.	-	**Financement**	Art. 28 - 43
		Système de financement	*Art. 28*
		Taux de cotisation	*Art. 29 - 30*
		Charge des cotisations	*Art. 31 - 32*
		Assiette de cotisation	*Art. 33 - 39*
		Financement des prestations de maternité et des prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales	*Art. 40*
		Administration du patrimoine	*Art. 41*
		Paiement des cotisations	*Art. 42*
		Remboursement des cotisations	*Art. 43*
Chapitre IV.	-	**Organisation**	Art. 44 - 59
		Caisse nationale de santé	*Art. 45 - 47*
		Les caisses de maladie	*Art. 48 - 51*
		Mutualité des employeurs	*Art. 52 - 59*
Chapitre V.	-	**Relations avec les prestataires de soins**	Art. 60 - 80
		Relations dans le secteur extra-hospitalier	*Art. 61 - 73bis*
		Relations avec le secteur hospitalier	*Art. 74 - 79*
		Action concertée	*Art. 80*
Chapitre VI.	-	**Dispositions diverses**	Art. 81 - 84
		Concours de l'assurance et de l'assistance	*Art. 81*
		Concours avec la responsabilité de tiers	*Art. 82*
		Contestations et voies de recours	*Art. 83*
		Paiement et prescription des prestations	*Art. 84*

Chapitre I. - **Etendue de l'assurance**

Assurance obligatoire

1 **Art. 1er.** Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent: L. 27.7.92

1) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui;

2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée;

3) les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui, soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale, soit résident au Grand-Duché de Luxembourg;

4) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial. L. 25.7.05,I,1°

Sont assimilés à ces personnes:

- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité qui détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
- les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité qui sont délégués à la gestion journalière,

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;

5) le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale; L. 25.7.05,I,2°

6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale; L. 27.7.92

7) les personnes visées par la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement de même que celles visées par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales; L. 25.7.05,I,4°

8) les bénéficiaires d'une pension personnelle ou d'une pension de survie en vertu du livre III du présent code ou de la législation et réglementation sur les pensions d'un régime spécial transitoir luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg; L. 27.7.92

9) les bénéficiaires d'une ou de plusieurs rentes personnelles pour une réduction de la capacité de travail de cinquante pour cent au moins ainsi que d'une rente de survie en vertu de la législation concernant les dommages de guerre, à condition qu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg et qu'ils ne soient pas affiliés obligatoirement à un autre titre;

10) les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue;

11) les bénéficiaires d'un complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; L. 25.7.05,I,6°

12) les membres de la chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des communautés européennes pendant la durée de leur mandat, à condition qu'ils ne soient pas assurés obligatoirement à un autre titre; L. 27.7.92

13) les enfants âgés de moins de dix-huit ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,c)

14) les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,d)

15) les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui par suite d'infirmité physique ou intellectuelle se trouvent hors d'état de gagner leur vie, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; L. 9.7.04,15,1°,e)

16) les volontaires de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement; L. 12.5.10,2,1°,a)

17) les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes; L. 31.10.07,8,(1)

18) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés et aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; L. 28.1.99,11,1

19) les sportifs d'élite qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi du 3 août 2005 concernant le sport; L. 3.8.05,22,1

20) les bénéficiaires d'une rente partielle ou complète, d'une rente professionnelle d'attente ou d'une rente de survie en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010; L. 12.5.10,2,1°,b)

21) les jeunes au pair séjournant dans une famille d'accueil conformément à la loi du 18 février 2013 sur les jeunes au pair. L. 18.2.2013,7,(3),1°

2 L'assurance peut être étendue suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal aux personnes poursuivant des mesures d'insertion ou de réinsertion professionnelles. L. 27.7.92

3 Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux personnes visées au numéro 1) de l'alinéa 1 du présent article les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre de l'article 91. L. 12.5.10,2,1°,c)

Assurance volontaire

1 **Art. 2.** La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation. L. 17.12.10,1,1°

2 Les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale. L. 27.7.92

3 Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'Etat procède à l'affiliation des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance maladie. L. 28.7.00,27,1)

4 Les conditions et modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 27.7.92
R. 8.12.11

Détachement à l'étranger

Art. 3. Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés à l'assurance maladie luxembourgeoise.

Exemption et dispense de l'assurance

1 **Art. 4.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce

pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

2 Ne sont en outre pas assujetties à l'assurance en vertu de la présente loi, les personnes soumises à un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension leur accordée à ce titre.

3 L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation.

4 Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. L. 28.7.00, 27,2)

1 **Art. 5.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 1er, sous 5) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 1 et 180, alinéa 1. L. 12.5.10,2,2°

2 Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1er, sous 4), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.

3 Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui prècède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

4 Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1er, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 1er, numéro 4), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1er, numéro 5). L. 25.7.05,I,8°

Art. 6. Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance maladie étranger. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 27.7.92

Extension de l'assurance L. 9.7.04,15,4°

1 **Art. 7.** Le bénéfice de l'assurance obligatoire et de l'assurance volontaire s'étend:

1) au conjoint ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;

2) au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, tient le ménage de l'assuré principal;

3) aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; L. 26.7.10,V,1°

4) aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour lesquels l'assuré, son conjoint ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;

5) aux ayants droit visés sous 3) et 4) âgés de moins de trente ans et pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée, s'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule tel que défini par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

2 Le bénéfice du présent article est subordonné à la condition que l'intéressé ne soit pas affilié personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'il réside au Grand-Duché de Luxembourg. L. 9.7.04,15,4°

3 Dans des cas exceptionnels et pour des motifs graves, la Caisse nationale de santé peut accorder dispense des conditions d'âge et de résidence prévues aux deux alinéas qui précèdent.

4 Chaque personne susvisée n'est protégée que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui avec lequel elle vit en communauté domestique ou qui en assure l'éducation et l'entretien. Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

Chapitre II. - **Objet de l'assurance** L. 27.7.92

Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts: L. 17.12.10,1,2°

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.

Indemnité pécuniaire de maladie

1 **Art. 9.** En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie. L. 27.7.92

2 L'indemnité pécuniaire de maladie est due pareillement pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article L. 234-51 du Code du travail. L. 13.5.08,2,1°

3 L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail. L. 16.3.09,10,1

1 **Art. 10.** Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à L. 17.12.10,1,3°

l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.

2 Sont portées en compte séparément: L. 13.5.08,2,2°

1) la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse;

2) la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

3 A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.

4 Par dérogation aux alinéas qui précèdent l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

5 Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

6 Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

7 Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue postnumerando.

8 L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

1 **Art. 11.** L'indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail, à condition que celle-ci ait été déclarée dans les formes et délais prévus par les statuts. L. 27.7.92

2 L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 426, alinéa 2. L. 13.5.08,2,3°,a)

3 La Caisse nationale de santé rembourse à l'employeur les sommes payées à titre d'indemnisation des incapacités de travail au cours de la période de conservation légale de la rémunération aux assurés visés à l'article 426, alinéa 2. L. 13.5.08,2,3°,b)

4 Nonobstant la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, les assurés sont tenus de déclarer les incapacités de travail à la Caisse nationale de santé conformément à l'alinéa 1.

5 La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie. L. 7.8.15,2,1°

6 L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance dépendance, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales. L. 21.12.04,1,2°

1 **Art. 12.** Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire. L. 17.12.10,1,4°

2 L'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum de référence. L. 27.7.92

3 L'indemnité pécuniaire accordée aux non salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. L. 13.5.08,2,4°

Art. 13. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum prévu à l'article 10, alinéa final, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires. L. 27.7.92

1 **Art. 14.** L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts. L. 13.5.08,2,4bis°

2 Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail. Les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées.

3 En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas précédents à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire. L. 7.8.15,2,3°

1 **Art. 15.** L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes âgées de moins de soixante-huit ans et assurées en vertu de l'article 1er, numéros 1) à 5), 7) et 18). L. 13.5.08,2,4ter°,a)

2 L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant l'échéance du risque invalidité prend fin à la date où les conditions d'attribution de la pension d'invalidité visées aux articles 186 et 187 du présent code sont remplies. Au cas où l'indemnité pécuniaire a été versée au-delà de cette date, le versement cesse à la fin du mois au cours duquel le Contrôle médical de la sécurité sociale a constaté l'invalidité, le trop-perçu éventuel restant acquis à l'intéressé. En cas de reprise d'une activité soumise à l'assurance, l'article 14, alinéa 2 est applicable. L. 27.7.92 L. 13.5.08,2,4ter°,b)

3 L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement professionnel en application du titre V du livre V du Code du travail. L. 25.7.02,14 L. 31.7.06,3

1 **Art. 16.** L'indemnité pécuniaire n'est pas payée: L. 1.7.05,II,2°

1) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;
2) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2, alinéa 4 du Code du travail; L. 23.7.15,II,1°
3) tant que le bénéficiaire séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie; L. 1.7.05,II,2°
4) tant que le bénéficiaire se trouve en état de détention;
5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 7.8.15,2,4°

2 Les statuts déterminent les modalités de contrôle des incapacités de travail, y compris celles indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail. Ils peuvent imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre ne dépassant pas le triple de l'indemnité pécuniaire journalière. L. 13.5.08,2,5°

3 Les statuts peuvent préciser les modalités d'application des articles 9 à 15.

4 Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. L. 7.8.15,2,5°

Prestations de soins de santé

1 **Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée: L. 17.12.10,1,5° R. 12.12.02 R. 29.4.05

1) les soins de médecine;
2) les soins de médecine dentaire;
3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
4) les analyses de biologie médicale;
5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;

6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
7) les dispositifs médicaux et les produits d'alimentation médicale; L. 13.12.17,1er,1°
8) les traitements effectués en milieu hospitalier; L. 17.12.10,1,5°
9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
12) les frais de transport des malades;
13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal; R. 28.4.09
14) les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental. L. 14.7.15,17,1.

2 Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,5°

3 Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.

1 **Art. 18.** Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation sans préjudice toutefois des dispositions de l'article 2, alinéa 2. L. 27.7.92

2 En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour une durée à fixer par les statuts qui ne peut être supérieure à une année.

3 Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu tant que l'assuré se trouve en état de détention.

4 Le droit aux prestations de soins de santé des gens de mer visés à l'article 1er, sous 3) est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.

1 **Art. 19.** Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix.

2 Ne sont prises en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

3 Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance. L. 17.12.10,1,6°

4 Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces L. 19.6.98,II,3)

actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aides et de soins.

1 **Art. 19bis** L'assuré atteint d'une des pathologies chroniques graves qualifiées d'affection de longue durée, énumérées au règlement grand-ducal déterminant la nomenclature des médecins, peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions: L. 18.12.15,36

1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

2 Le médecin référent doit avoir la qualité de médecin généraliste ou celle de médecin en pédiatrie.

3 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence. R. 15.11.11

1 **Art. 20.** (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, la prise en charge se fait en vertu du présent Code. L.1.7.14,I,1°

(2) Si ces prestations de soins de santé transfrontaliers impliquent:

1) le séjour de l'assuré dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers pour au moins une nuit, ou
2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétence nationaux, les services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers,

la prise en charge est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Avant de saisir le Contrôle médical de la sécurité sociale pour avis, la Caisse nationale de santé décide de la recevabilité de la demande quant au respect des conditions de forme déterminées par les statuts.

Le refus de faire droit à une demande d'autorisation préalable pour des soins de santé transfrontaliers est à motiver en vertu des critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Toutefois, la Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable:

1) si les prestations de soins de santé transfrontaliers font partie de la prise en charge de l'article 17, alinéa 1, mais

que ces prestations ne peuvent pas être dispensées sur le territoire luxembourgeois dans un délai acceptable sur le plan médical, suivant évaluation par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base des critères fixés dans les statuts, ou

2) si les prestations de soins de santé transfrontaliers, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise.

(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers visées aux paragraphes 1er et 2 est effectuée sur base des conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la Caisse nationale de santé, sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré. Les statuts de la Caisse nationale de santé détaillent les modalités de calcul de la prise en charge des frais hospitaliers liés aux traitements de soins de santé transfrontaliers ambulatoires.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

Art. 20bis. (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est liée, L. 1.7.14,I,2°

1) sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux seules prestations d'urgence reçues en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, ou

2) à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Avant de saisir le Contrôle médical de la sécurité sociale pour avis, la Caisse nationale de santé décide de la recevabilité de la demande quant au respect des conditions de forme déterminées par les statuts.

La prise en charge se fait en vertu du présent Code.

(2) La prise en charge est effectuée sur base des conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la Caisse nationale de santé, sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré. Les statuts de la Caisse nationale de santé détaillent les modalités de calcul de la prise en charge des frais hospitaliers liés aux traitements de soins de santé transfrontaliers ambulatoires.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

Art. 21. La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts. L. 17.12.10,1,8°

Art. 22. (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public et dans le cadre de la délivrance hospitalière se fait selon une liste positive à publier au Mémorial. L. 18.12.15,37 R. 12.12.02

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1. L. 17.12.10,1,9°

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et R. 12.12.02

déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie.

1 **Art. 22bis.** La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée «Anatomical therapeutical chemical classification» de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient L. 17.12.10,1,10°

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique;
- ou, en l'absence de médicament de référence, un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.

2 Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

3 La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal. R. 25.6.12

4 La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

5 Par dérogation à l'article 5 du règlement N° IV dénommé "sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes" de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.

1 **Art. 22ter.** Les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain, à l'exception des préparations galéniques, sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 21.12.12,II

2 Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,11° R. 1.12.11

1 **Art. 23.** Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie L. 27.7.92 R. 12.12.02 R. 29.4.05

compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

2 Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. L. 17.12.10,1,12°

1 **Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais. Des dispositions conventionnelles peuvent prévoir les conditions et modalités d'une prise en charge directe d'actes, services et fournitures par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. L. 13.4.12

2 La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

3 La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.

Prestations de maternité

1 **Art. 25**. A droit à une indemnité pécuniaire de maternité, l'assurée salariée, affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 au cours de l'année précédant le congé de maternité, L. 1.8.01

a) pendant la période déterminée en application des articles L. 332-1 et L. 332-2 du Code du travail;

b) pendant la dispense de travail prévue aux articles L. 333-4, L. 334-3 (3) et L. 334-4 (5) du Code du travail;

c) en cas de perte de revenu résultant du transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour conformément à l'article L. 333-3 du Code du travail.

2 A droit à la même indemnité, l'assuré salarié bénéficiant d'un congé d'accueil au titre de l'article L. 234-55 du Code du travail, affilié à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 au cours de l'année précédant ce congé.

3 L'assurée non salariée, enceinte, accouchée et allaitante a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité pendant la période prévue à l'alinéa 1, sous a), sous condition d'avoir été affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 au cours de l'année précédant le début de cette période.

4 A droit à la même indemnité l'assuré non salarié pendant la durée déterminée par analogie à l'alinéa 2. L. 21.12.04,I,6°

5 L'indemnité pécuniaire de maternité est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie. Elle ne peut être cumulée avec celle- L. 1.8.01

ci, ni avec un autre revenu professionnel. Dans le cas visé à l'alinéa 1, sous c), elle se réduit à la perte de revenu brut effective.

6 Les dispositions prévues aux articles 10, 11, alinéas 2, 4 et 5, 12, alinéas 1 et 2, et 13 sont applicables. L. 13.5.08,2,5ter°

Art. 26. (article abrogé) L. 17.12.10,1,14°

Indemnité funéraire

Art. 27. En cas de décès d'un assuré ou d'une personne protégée en vertu de l'article 7, il est alloué une indemnité funéraire dont le montant et les modalités de versement sont fixés par les statuts. L. 9.7.04,15,5°

Chapitre III. - **Financement**

Système de financement

1 **Art. 28.** Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses. L. 23.12.16,37

2 En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31. L. 17.12.10,1,15°

3 Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie visées à l'article 48. L. 27.7.92 L. 13.5.08,2, 5quater°,a) R. 19.12.08

4 (alinéa abrogé) L. 13.5.08,2, 5quater°,b)

4 Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie. L. 27.7.92

Taux de cotisation

1 **Art. 29.** Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33. L. 17.12.10,1,16°

2 Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.

1 **Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1 se situe en dehors des limites y prévues. L. 17.12.10,1,17°

2 Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

3 Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.

Charge des cotisations

1 **Art. 31.** L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations. L. 17.12.10,1,18°

2 L'Etat verse mensuellement des avances fixées à un douzième de la part de l'Etat, telle que prévue dans le budget annuel global pour l'exercice en cours. L. 27.7.92

Art. 32. En dehors de l'intervention de l'Etat conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe:

- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2) et 3); L. 17.12.10,1,19°,a)
- par parts égales à l'Etat et aux assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, sous 7) et 12) et à l'article 2, alinéa 3; L. 9.5.12,2,1.,a)
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires, le personnel du Centre de rétention et le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'Etat; L. 17.12.10,1,19°,b)
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20); L. 17.12.10,1,19°,c)
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation; L. 27.7.92
- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1er sous 4) et 14);
- aux assurés visés à l'article 1er sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article;
- à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, sous 13), 15), 16), 17) et 19); L. 9.5.12,2,1.,b)
- entièrement à charge des autres personnes assurées en vertu de l'article 1er, sous 14) ou de l'article 2. L. 27.7.92
- par parts égales à l'Etat ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 1er, sous 18); L. 25.7.05,I,11°
- entièrement à charge de la famille d'accueil pour les assurés visés à l'article 1er, sous 21). L. 18.2.13,7,(3),2°

Assiette de cotisation

1 **Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend: L. 17.12.10,1,20°

- le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal; R. 16.12.08
- l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

2 Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4. R. 8.12.11

3 Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de

référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

4 Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.

1 **Art. 34.** Pour les activités salariées, le revenu professionnel visé à l'article qui précède correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires. L. 13.5.08,2,8°,a)

2 Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. L. 21.12.04,I,7°

3 Un règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation. L. 13.5.08,2,8°,b) R. 16.12.08

1 **Art. 35.** Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. L. 27.7.92

2 En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul, sans préjudice de l'application de la dernière phrase de l'article 241, alinéa 10. L. 19.6.98, 2,5)

3 Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal. L. 9.7.04,15,6°

4 (alinéa abrogé) L. 19.6.98,II,5)

1 **Art. 36.** Pour les activités non salariées agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. L. 27.7.92 R. 27.6.16

2 Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel. R. 27.6.16

3 Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédent précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation. R. 27.6.16

4 Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due.

Art. 37. En cas d'exercice de plusieurs occupations assujetties à l'assurance, l'ensemble des revenus professionnels est soumis à cotisation.

Art. 38. (article abrogé) L. 17.12.10,1,21°

1 **Art. 39.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins sauf causes de réduction légalement prévues. En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même, elle se limite au complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti, au forfait d'éducation ou à la rente d'accident partielle, à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable. L. 27.7.92 L. 12.5.10,2,3°

2 Le minimum est augmenté de trente pour cent pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé. L. 27.7.92

3 En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.

4 Si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

5 Pour une activité au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective. L. 6.4.99,I,1)

6 Pour la computation du minimum et du maximum, les pensions des survivants représentant un même assuré sont prises en considération dans leur ensemble. L. 27.7.92

Art. 40. (article abrogé) L. 17.12.10,1,22°

1 **Art. 41.** La réserve visée à l'article 28 est placée par la Caisse nationale de santé sans préjudice des alinéas 3 et 4 du présent article à court et à moyen terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agréés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 23.12.16,38

2 La Caisse nationale de santé ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face L. 13.5.08,2,9ter°

à des difficultés de trésorerie momentanées. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

3 Les immeubles qui sont la propriété de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie sont mis en compte pour la détermination de la réserve prévue à l'article 28.

4 Pour la gestion de leurs immeubles, la Caisse nationale de santé met à la disposition des caisses de maladie concernées les fonds nécessaires. Les revenus des immeubles sont imputés à la réserve prévue à l'article 28.

Paiement des cotisations

1 **Art. 42.** La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte cotisation. L. 27.7.92

2 Toutefois, les cotisations dues pour les bénéficiaires de pensions ou de rentes sur leur pension ou rente sont versées par l'organisme débiteur de pension ou de rente aux mêmes dates que les pensions ou rentes.

Remboursement des cotisations

1 **Art. 43.** La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces. L. 17.12.10,1,23°

2 Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.

3 Le droit au remboursement de cotisations prévu aux alinéas qui précèdent se prescrit dans le délai de cinq ans à partir de l'expiration de l'année à laquelle les cotisations se rapportent. L. 27.7.92

Chapitre IV. - **Organisation** L. 13.5.08,2,10°

Art. 44. La gestion de l'assurance maladie-maternité incombe à la Caisse nationale de santé et, dans les limites des attributions leur dévolues en application de l'article 48, à

1) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics dont relèvent les assurés exerçant une activité professionnelle ressortissant de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, les assurés bénéficiant d'une pension auprès d'un régime de pension spécial, à l'exclusion de ceux visés sous 2) et 3) ainsi que les personnes assurées en application de l'article 2, alinéa 3;

2) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux dont relèvent les assurés au service des communes, des syndicats intercommunaux et des établissements publics placés sous le contrôle des communes ainsi que les bénéficiaires d'une pension auprès de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux;

3) l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois dont relèvent les agents, employés et stagiaires de cette société ainsi que les R. 16.12.08

bénéficiaires de pension afférents. Un règlement grand-ducal peut préciser la caisse compétente en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents.

Caisse nationale de santé

1 **Art. 45.** La Caisse nationale de santé est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

2 Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

3 Il lui appartient notamment:

1) de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par les caisses prévues à l'article 44 sous 1) à 3); R. 19.12.08

2) d'établir la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4;

3) de refixer les taux de cotisation conformément à l'article 30;

4) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité;

5) d'établir les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations;

6) d'établir les règles relatives au fonctionnement de la Caisse nationale de santé;

7) d'établir les règles relatives à la mise en place d'un point de contact national fournissant, sur demande, des informations aux assurés affiliés au Luxembourg ainsi qu'aux prestataires de soins, notamment relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, concernant en particulier: L. 1.7.14,I,3°,a)
   - les procédures d'accès et les conditions d'un droit à la prise en charge de ces soins soit par application d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale, soit suivant le présent Code;
   - les voies de recours administratives et juridictionnelles dont dispose l'assuré en vertu du présent Code.

8) de préparer les négociations à mener par le président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations; L. 13.5.08,2,10°

9) de gérer le patrimoine immobilier propre à la caisse;

10) de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

4 Les décisions prévues aux points 1) à 7) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 1.7.14,I,3°,b)

5 Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Mémorial. L. 13.5.08,2,10°

1 **Art. 46.** Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc:

1) de cinq délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer;

2) d'un délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés;

3) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics;

4) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux;

5) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce;

6) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers;

7) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture;

8) de cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers suivant une clé de répartition à déterminer par règlement grand-ducal sur proposition desdites chambres.

2 Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

3 Le groupe des délégués visés aux points 1) à 4) et le groupe des délégués visés aux points 5) à 8) de l'alinéa 1 ci-dessus désignent chacun un vice-président, appelés à suppléer le président dans les organes de la caisse. Le rang des vice-présidents alterne annuellement.

4 En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1. L. 17.12.10,1,24°

5 Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives. L. 13.5.08,2,10°

6 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués et du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 9.12.08
R. 7.1.09

7 Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Les modalités de la nomination sont déterminées par le règlement d'ordre intérieur.

1 **Art. 47.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante L. 7.8.15,2,6°

jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

2 La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent. L. 7.8.15,2,7°

3 Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72. L. 17.12.10,1,25°

4 Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

5 Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

Les caisses de maladie

Art. 48. La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues. L. 17.12.10,1,26°

1 **Art. 49.** Les caisses de maladie sont placées sous l'autorité d'un comité directeur. L. 13.5.08,2,10°

2 Dans le cadre des attributions de la caisse de maladie, le comité directeur est compétent pour toutes les matières non attribuées à un autre organe.

3 Il lui appartient notamment:

1) d'établir le budget des frais administratifs de la caisse; R. 19.12.08
2) d'établir les règles relatives au fonctionnement de la caisse;
3) de prendre les décisions individuelles, sans préjudice de l'art. 51, alinéa 2 en matière de prestations à l'exclusion de celles concernant les prestations prises directement en charge par la Caisse nationale de santé.
4) de gérer le patrimoine immobilier propre de la caisse;
5) de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

4 A sa demande, le comité directeur peut bénéficier de l'assistance des services de la Caisse nationale de santé.

5 Les décisions prévues aux points 1) et 2) de l'alinéa 3 sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

1 **Art. 50.** Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le comité directeur se compose: R. 9.12.08

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, à l'exception de ceux représentant les fonctionnaires et employés communaux;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Gouvernement en Conseil.

2 Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le comité directeur se compose:

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics qui représentent les fonctionnaires et employés communaux;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Syndicat intercommunal des villes et communes luxembourgeoises.

3 Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le comité directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de six délégués des assurés, désignés par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés.

4 Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

5 Lors de sa constitution, le comité directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du comité directeur. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du comité directeur.

1 **Art. 51.** A la demande de l'assuré toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou d'un employé de la caisse délégué à cette fin par le président. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

2 Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, aliné fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

3 Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Mutualité des employeurs L. 13.5.08,2,11°

1 **Art. 52.** Il est créé une Mutualité des employeurs désignée ci-après par la «Mutualité», ayant pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L. 121-6 du Code du travail.

2 La Mutualité peut, en outre, assurer le versement d'indemnités pécuniaires aux travailleurs non salariés affiliés, pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3.

3 Si l'employeur possède contre des tiers un droit légal à réparation du dommage résultant pour lui de l'article L. 121-6 du Code du travail, ce droit à réparation passe à la Mutualité jusqu'à concurrence des prestations payées par la Mutualité à l'employeur.

4 Si le travailleur non salarié affilié à la Mutualité possède contre des tiers un droit légal à réparation du dommage résultant pour lui de la suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie en vertu de l'article 12, alinéa 3, ce droit à réparation passe à la Mutualité jusqu'à concurrence des prestations payées par la Mutualité aux travailleurs non salariés affiliés.

1 **Art. 53.** Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:

1) l'Etat, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;

2) les employeurs visés à l'article 426, alinéa 2.

2 Peuvent s'affilier volontairement à la Mutualité les personnes assurées en application de l'article 1er, alinéa 1, sous 4) ensemble avec celles visées par l'article 1er, alinéa 1, sous 5).

1 **Art. 54.** Les statuts de la Mutualité déterminent les conditions, modalités et limites des remboursements qui peuvent être différenciés suivant des critères qu'ils fixent. Les remboursements sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale pour compte de la Mutualité. R. 17.12.08

2 Pendant la période de conservation légale visée à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, la Mutualité assure en outre le remboursement intégral du salaire et autres avantages, charges patronales inclues, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant:

1) le congé pour raisons familiales;

2) le congé d'accompagnement;

3) les périodes d'essai des apprentis et des salariés prévues aux articles L. 111-8, paragraphe 1er, alinéa 2, sous 3, L. 1215 et L. 122-11 du Code du travail. L. 13.12.17,1er,2°

3 Pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3, la Mutualité assure également le paiement aux non salariés du montant intégral des indemnités pécuniaires dues au titre: L. 13.5.08,2,11°

1) du congé pour raisons familiales;

2) du congé d'accompagnement.

1 **Art. 55.** Pour faire face aux charges qui lui incombent, la Mutualité applique le système de la répartition de la charge

avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses.

2 Les statuts peuvent prévoir une différenciation des taux de cotisation en raison du risque assuré, de la durée ou du niveau des prestations. R. 17.12.08

3 Les taux de cotisation sont refixés par le conseil d'administration avec effet au 1er janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître, compte tenu des autres ressources de la Mutualité, que le montant de la réserve prévue à l'alinéa 1 se situe en dessous de la limite.

4 L'assiette de cotisation est fixée par référence aux articles 34, 35 et 36.

Art. 56. L'État prend en charge, en procédant par avances, l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes tel qu'il est arrêté au compte d'exploitation de la Mutualité des employeurs dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,95 pour cent, tout en assurant une réserve équivalant à dix pour cent du montant annuel des dépenses. L. 23.12.16,40

1 **Art. 57.** La gestion de la Mutualité incombe à un conseil d'administration comprenant: L. 13.5.08,2,11° R. 9.12.08

- six délégués désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers;
- un délégué de la Chambre d'agriculture;
- un représentant des professions libérales, désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur proposition des organisations représentatives;
- les présidents de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale ou leurs délégués, représentant l'Etat.

2 Pour chaque délégué effectif, il y a un délégué suppléant.

3 Le conseil d'administration désigne en son sein un président et un vice-président.

1 **Art. 58.** Le conseil d'administration a notamment pour mission:

1) d'établir et de modifier les statuts de la Mutualité;
2) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
3) de fixer les taux de cotisation, sans préjudice des dispositions de l'article 55;
4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de la Mutualité;
5) d'établir et de modifier les règles relatives au fonctionnement de la Mutualité;
6) de gérer le patrimoine de la Mutualité;
7) de prendre les décisions concernant le personnel de la Mutualité.

2 Les décisions prévues aux points 1) à 5) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

3 Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

4 Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Toutefois, la Mutualité peut, de l'accord du ministre ayant dans ses

attributions la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

1 **Art. 59.** Les contestations entre la Mutualité et ses affiliés sont jugées, en première instance, par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel, par le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale et les assesseurs-magistrats.

2 Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 à 456.

Chapitre V. - **Relations avec les prestataires de soins**

1 **Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur. L. 17.12.10,1,27°

2 Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

3 Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

4 Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.

1 **Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,28°

2 Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

3 Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal. R. 26.12.12

Art. 60ter. (1) Il est mis en place une «Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé», désignée ci-après par l'«Agence» qui a pour missions: L. 17.12.10,1,29°

1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de

systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:

- le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
- d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
- les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
- la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;

2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
   - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
   - la mise en oeuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
   - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
   - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

Afin d'assurer la sécurité de la plateforme et la qualité des informations traitées dans le cadre de ses missions, l'Agence L. 13.12.17,1er,3°,a)

met en place un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des personnes ainsi que des annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires.

L'annuaire référentiel d'identification des patients comprend les données d'identification, les caractéristiques personnelles et la situation de famille du patient ainsi que les noms, prénoms, adresses et numéros d'identification des représentants légaux des mineurs d'âge non émancipés et des personnes majeures protégées par la loi. L. 13.12.17,1er,3°,b)

Afin de mettre en oeuvre cet annuaire, l'Agence peut recourir aux données énumérées à l'article 5, paragraphe 2, points a), b), c), d), e), h), j), k) et m) de la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques et aux données d'affiliation fournies par le Centre commun de la sécurité sociale.

L'annuaire référentiel d'identification des prestataires de soins comprend les données d'identification et les données en relation avec la profession et l'emploi du prestataire.

Afin de mettre en oeuvre cet annuaire, l'Agence peut recourir aux noms et prénoms du prestataire et aux données des registres professionnels des personnes autorisées à exercer légalement une profession réglementée dans le domaine de la santé qui sont fournies par le ministre ayant la Santé dans ses attributions et aux données relatives à l'enregistrement du prestataire auprès de la Caisse nationale de santé, données qui sont fournies par la Caisse nationale de santé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités de gestion de l'identification et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources. L. 17.12.10,1,29°

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé. L. 17.12.10,1,30°

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi:

1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;

2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;

3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;

4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux

professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;

2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;

3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;

4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;

5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;

6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et tout autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;

7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidants;

8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.

Relations dans le secteur extra-hospitalier

1 **Art. 61.** Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires. L. 27.7.92

2 Il est conclu une convention distincte:
1) pour les médecins;
2) pour les médecins-dentistes;
3) séparément pour les différentes professions de la santé; L. 17.12.10,1,31°
4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique; L. 27.7.92
5) pour les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence; L. 22.12.06,1°
6) pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière; L. 28.8.98, 52
7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses; L. 27.7.92
8) pour les pharmacies;
9) pour les opticiens;
10) pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés;
11) pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés;
12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391; L. 17.12.10,1,32°
13) pour les psychothérapeutes. L. 14.7.15,17,2

3 Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu. L. 27.7.92

1 **Art. 62.** Les conventions sont conclues par la Caisse nationale de santé et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.

2 S'il surgit un litige au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité, celui-ci doit être porté par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70 dans les dix jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les quinze jours de la saisine.

3 A défaut de groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base de la convention-type proposée par la Caisse nationale de santé.

4 Lorsque des prestations sont dispensées par un service public ne disposant pas de la personnalité juridique, le service intéressé est valablement admis à titre de partie aux conventions par l'organe du responsable de sa direction ou de son remplaçant dûment mandaté.

1 **Art. 63.** Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.

2 Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

1 **Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement: L. 17.12.10,1,33°

1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;

2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés, y compris dans leurs relations envers un assuré d'un autre Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, ou envers un assuré d'un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, lorsqu'il se trouve dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg; L. 1.7.14,I,4°

3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif, au taux d'intérêt légal tel que prévu aux articles 12 et suivants de la loi modifiée du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard; L. 13.12.17,1er,4°

4) les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé et la périodicité de négociation de ces tarifs; L. 19.12.14,41,(1)

5) les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance; L. 17.12.10,1,33°

6) les engagements relatifs au respect de la précision du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé. L. 1.7.14,I,5°

2 Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement: L. 17.12.10,1,33°

1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;

2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;

3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;

4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;

5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418;

6) les domaines d'application de la rémunération salariée;

7) les rapports avec le médecin référent.

3 Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique et de la transmettre à la Caisse nationale de santé. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique et de la transmission sont fixés par la Caisse nationale de santé. L. 13.12.17,1er,5°

4 Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement: L. 17.12.10,1er,33°

- les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

5 Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis.

1 **Art. 65.** Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes. L. 14.7.15,17,3.,1°

2 Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4), 12) et 13) chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel. L. 14.7.15,17,3.,2° L. 17.12.10,1,34°

3 Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

4 Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

5 Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12).

6 Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

7 Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-

ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

8 La Commission de nomenclature se compose de:

1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;
2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

9 Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

10 Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

11 La Commission est assistée dans l'accomplissement des ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

12 La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

13 La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

14 Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix. R. 30.7.11

15 Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.

Art. 65bis. (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions: L. 17.12.10,1,35°

1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des

actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;

2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;

3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévue au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;

4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;

5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique. L. 1.7.14,I,6°

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,35°

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en oeuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts. R. 26.10.11

1 **Art. 66.** Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives. L. 17.12.10,1,36°

2 Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3), 12) et 13) correspondent au nombre cent de l'indice L. 14.7.15,17,4.

pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

3 Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède: L. 17.12.10,1,36°

1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;

2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

1 **Art. 67.** La revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans par les parties signataires de la convention, sur demande à introduire avant le 1er septembre par le groupement représentatif. Pour les lettres-clés visées à l'alinéa 2 de l'article 66, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique. Pour la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, cette revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause. L. 22.7.03,3

2 Au terme de la concertation prévue à l'article 80, un règlement grand-ducal, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et de la Commission de travail de la Chambre des Députés, peut introduire les modalités suivant lesquelles les parties doivent négocier l'adaptation de la lettre-clé des médecins et celle des médecins-dentistes en fonction de la variation du paramètre prévu à l'alinéa qui précède, redressée sur base de l'évolution du volume des actes et services respectivement des médecins et des médecins-dentistes dans la mesure où cette évolution diffère des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité. L. 27.7.92

3 Les pharmaciens accordent à l'assurance maladie un abattement à fixer par règlement grand-ducal qui ne peut dépasser cinq pour cent par rapport aux prix de vente officiels des médicaments et spécialités pharmaceutiques. Le règlement grand-ducal détermine également les modalités d'exécution de ces dispositions dont notamment: R. 23.12.93

1) l'assiette servant au calcul de l'abattement;

2) les fournitures ne donnant pas lieu à un abattement, ainsi que celles donnant lieu à un abattement réduit;

3) les conditions dans lesquelles les prestataires peuvent bénéficier d'une réduction ou même d'une exemption de l'abattement.

Art. 68. Les conventions et leurs avenants, y compris ceux ayant pour objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, sont notifiés sans retard au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70.

1 **Art. 69**. En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67 ou sur les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur. L. 19.12.14,41,(2)

2 A défaut d'entente collective: L. 17.12.10,1,37°

1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;

2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;

3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur,

3 Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

4 Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

5 Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article. R. 21.6.93

Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. L. 19.12.14,41,(3)

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention. L. 17.12.10,1,38°

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.

Art. 71. (article abrogé) L. 17.12.10,1,39°

1 **Art. 72.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par l'un des deux vice-présidents. Les président et vice-présidents sont nommés par le ministre L. 13.12.17,1er,6°

ayant dans ses attributions la Sécurité sociale en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale. Les président et vice-présidents sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale. Quand le nombre des affaires le demande, le président peut déléguer aux vice-présidents l'instruction de certaines affaires qui sera transmise par la suite à la Commission de surveillance pour prise de décision.

2 Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes: L. 17.12.10,1,40°

1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;

2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;

3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

3 A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

4 Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

5 Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat. R. 25.10.99

1 **Art. 72bis.** La Commission de surveillance est compétente: L. 17.12.10,1,41°

1) pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 5 et 146, alinéa 2;

2) pour les litiges lui déférés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 3 et 51, alinéa 2.

2 Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

3 Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la

Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

4 Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

5 L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif.

1 **Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 419 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution. L. 17.12.10,1,42°

2 L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

3 La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou aux

vice-présidents. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

4 Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

5 La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.

1 **Art. 73bis.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable: L. 17.12.10,1,43°

1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;

2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;

3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;

4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

2 Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

3 Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.

Relations avec le secteur hospitalier

1 **Art. 74.** Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement L. 17.12.10,1,44°

fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

2 Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

3 Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire. R. 11.8.11

4 En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

5 Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

6 Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

7 Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

8 Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médicotechnique de l'établissement hospitalier en question.

9 Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

10 Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés.

11 Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies sur le territoire luxembourgeois à un assuré d'un autre Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, se trouvant dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg, l'hôpital applique un coût calculé sur base des critères visés à l'alinéa 9. L. 1.7.14,I,7°

1 **Art. 75.** Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par la Caisse nationale de santé avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté. La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77. L. 27.7.92

2 Les articles 61, dernier alinéa, 62, alinéas 2 à 4, 63, 68, 69 et 70 sont applicables.

Art. 76. Sous réserve des dispositions légales et réglementaires régissant les hôpitaux ainsi que des conventions collectives de travail, la convention détermine obligatoirement:

- les prestations non opposables au titre de l'article 74, alinéa 2;
- les prestations portées en déduction des prestations opposables au titre de l'article 74, alinéa 3;
- la répartition des frais directement proportionnels au niveau de l'activité et de ceux non liés à l'activité en vue du règlement du budget prévu à l'article 78;
- l'énumération et la définition des différentes entités fonctionnelles avec les unités d'oeuvre correspondantes exprimant la production de chaque entité;
- les prestations prises en charge, le cas échéant, en dehors du budget soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Ces forfaits sont établis pour des groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières utilisées;
- la communication sous forme anonyme des données nécessaires à l'établissement des forfaits précités;
- les modalités relatives à la transmission et à la circulation des données et informations entre les hôpitaux, les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé;

- les règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel compte tenu de la structure et de l'activité des différents hôpitaux;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers visée à l'article 77, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

1 **Art. 77.** Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets. L. 17.12.10,1,45°

2 Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

3 Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

4 La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars.

1 **Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède. L. 17.12.10,1,46°

2 Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'oeuvre réalisées.

3 Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif.

1 **Art. 79.** Le budget peut être rectifié, à la demande de l'hôpital ou de la Caisse nationale de santé, compte tenu de l'évolution réelle des facteurs visés à l'article 77, alinéa 1 et en cas de modifications importantes et imprévisibles des conditions de son établissement. L. 27.7.92

2 Tout différend est porté par la partie la plus diligente avant le 1er mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi devant la commission des budgets hospitaliers qui tranche définitivement dans le délai d'un mois.

3 Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif. L. 17.12.10,1,47°

Action concertée

1 **Art. 80.** Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et les Finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, sous 1), 2), 4) et 8) et à l'article 75. L. 27.7.92

2 Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

3 Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus à l'article 67. L. 24.12.99,43,e)

Chapitre VI. - **Dispositions diverses**

Concours de l'assurance et de l'assistance

1 **Art. 81.** La présente loi ne modifie ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en vertu de la présente loi ou de leurs survivants. L. 27.7.92

2 Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance maladie, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites ci-après déterminées:

1) les frais funéraires jusqu'à concurrence de l'indemnité funéraire;
2) le traitement médical et pharmaceutique, ainsi que le placement dans un hôpital ou un autre établissement;
3) tous les autres secours, sur les prestations correspondantes.

3 La Caisse nationale de santé et les caisses de maladie sont tenues d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par la présente loi.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 82. Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à la Caisse nationale de santé jusqu'à

concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance maladie.

Contestations et voies de recours

1 **Art. 83.** Les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité par les comités directeurs de la Caisse nationale de santé ou des caisses de maladie visées à l'article 48 sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. L. 13.5.08, 2,11quater°

2 Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Paiement et prescription des prestations

1 **Art. 84.** Les prestations relatives aux soins de santé peuvent être valablement versées, soit à l'assuré, soit à toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente. En cas de décès de l'assurée, l'indemnité pécuniaire de maternité est payée à la personne qui prend à sa charge l'entretien de l'enfant. L. 27.7.92

2 Le paiement des prestations prévues à l'article 8 se fait obligatoirement au moyen d'un virement bancaire ou postal. Toutefois, les statuts déterminent des situations exceptionnelles où le paiement est effectué par assignation postale ou, par l'intermédiaire des caisses de maladie et de leurs agences, en espèces ou par chèque nominatif. L. 1.7.05,II,3°

3 L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de la Caisse nationale de santé se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de la Caisse nationale de santé et de la caisse de maladie dont il relève se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire. L. 27.7.92

4 L'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit. Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail. L. 17.12.10,1,48°

LIVRE II

ASSURANCE ACCIDENT

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Champ d'application**	*Art. 85 - 96*
		Section 1. - Personnes assurées	*Art. 85 - 91*
		Section 2. - Risques couverts	*Art. 92 - 96*
Chapitre II.	-	**Prestations de l'assuré**	*Art. 97 - 129*
		Section 1. - Prestations en nature	*Art. 98 - 99*
		Section 2. - Prestations en espèces pendant les cinquante-deux premières semaines	*Art. 100 - 101*
		Section 3. - Rente complète	*Art. 102 - 104*
		Section 4. - Rente partielle	*Art. 105 - 110*
		Section 5. - Rente professionnelle d'attente	*Art. 111 - 114*
		Section 6. - Dispositions communes aux rentes	*Art. 115 - 117*
		Section 7. - Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	*Art. 118 - 120*
		Section 8. - Détermination, révision, limitation et prescription des prestations	*Art. 121 - 129*
Chapitre III.	-	**Prestations des survivants**	*Art. 130 - 133*
Chapitre IV.	-	**Responsabilités et immunités**	*Art. 134 - 139*
Chapitre V.	-	**Organisation**	*Art. 140 - 147*
Chapitre VI.	-	**Financement**	*Art. 148 - 160*
		Section 1. - Régime général	*Art. 148 - 159*
		Section 2. - Régimes spéciaux	*Art. 160*
Chapitre VII.	-	**Prévention**	*Art. 161 - 165*

Section 1.- Personnes assurées

1 **Art. 85.** Sont assurés obligatoirement dans le cadre d'un régime général d'assurance accident:

1) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui;

2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée;

3) les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui, soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale, soit résident au Luxembourg;

4) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades ou de l'utilité générale;

5) les personnes visées par la loi modifiée du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement de même que celles visées par la loi modifiée du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement;

6) les volontaires au sens de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire;

7) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la Chambre des métiers, de la Chambre de commerce ou de la Chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial.

   Sont assimilés à ces personnes:

   - les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité qui détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
   - les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité qui sont délégués à la gestion journalière, à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;

8) le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains

partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement, d'un assuré au titre du numéro 7), première phrase, pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;

9) les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes;

10) les salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées;

11) les sportifs qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi modifiée du 3 août 2005 concernant le sport;

12) les jeunes au pair pendant l'exercice des tâches familiales et la visite des cours de langues tels que spécifiés dans la convention d'accueil au pair prévue à l'article 4 de la loi du 18 février 2013 sur les jeunes au pair. L. 18.2.13,7,(3),3°

2 Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux personnes visées au numéro 1) de l'alinéa 1 du présent article les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre de l'article 91. L. 12.5.10

1 **Art. 86.** Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance accident étranger. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

2 Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent couverts par l'assurance accident luxembourgeoise.

1 **Art. 87.** Les assurés exerçant temporairement une activité professionnelle pour leur propre compte à l'étranger restent affiliés à l'assurance accident luxembourgeoise, à moins que la durée prévisible de l'activité à l'étranger ne dépasse six mois ou que l'intéressé ne prouve son affiliation à un régime d'assurance accident étranger.

2 Ne sont pas assujetties à l'assurance accident luxembourgeoise les personnes soumises à un régime similaire en raison de leur activité au service d'un organisme international.

1 **Art. 88.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 85, numéro 8) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 1 et 180, alinéa 1.

2 Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 85, sous 7), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une

exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.

3 Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

Art. 89. Les exploitants agricoles au sens de l'article 2, paragraphes (1) et (2) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural qui ne tombent pas sous l'obligation d'assurance en vertu des articles qui précèdent peuvent s'assurer volontairement dans les conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal. R. 17.12.10

1 **Art. 90.** L'assurance des personnes exerçant une activité ressortissant de la Chambre d'agriculture visées à l'article 85, alinéa 1, sous 7) et 8) ainsi que celles visées à l'article 89 s'étend aux activités accessoires en dépendance économique avec l'exploitation agricole, telles que

1) l'exploitation des propriétés forestières;
2) l'élaboration et la mise en oeuvre des produits de l'exploitation;
3) la satisfaction des besoins de l'exploitation;
4) l'extraction ou la mise en oeuvre de produits de terre;
5) les travaux exécutés au profit de tiers;
6) les stages effectués au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger pour autant que les stagiaires ne sont pas couverts au titre de l'article 91,1) ainsi que les formations continues prévus par les lois et règlements et reconnus par la Chambre d'agriculture.

2 Les réparations courantes des constructions servant aux exploitations agricoles ou forestières, ainsi que les travaux exécutés dans l'intérêt de la culture du sol, ou les autres travaux se rattachant à l'exploitation agricole, en particulier les créations et les réparations, faites dans un but agricole, de chemins, digues, canaux et conduites d'eau, sont considérés comme partie intégrante de l'exploitation agricole ou forestière, lorsque les entrepreneurs agricoles et forestiers les exécutent sur leurs fonds, sans en charger d'autres entrepreneurs, au moyen de salariés, exclusivement ou en majeure partie agricoles ou forestiers.

3 Sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, sont également assurées les personnes exerçant une activité agricole, viticole, horticole ou sylvicole pour le compte d'un assuré obligatoire ou volontaire au sens des articles 85, alinéa 1, sous 7) ou 89, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier; il en est de même des parents et alliés en ligne directe de l'assuré, à condition d'avoir dépassé l'âge de douze ans et de ne pas être assuré en vertu de l'article 85, alinéa 1, sous 8).

Art. 91. Sont également assurés dans le cadre de régimes spéciaux d'assurance accident:

1) les écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, y compris les activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires, à définir par règlement grand-ducal et les enfants âgés de moins de six ans accueillis dans un organisme agréé en vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique; R. 17.12.10
2) les chargés de cours, moniteurs et surveillants d'activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires, les personnes participant aux cours de formation continue et examens y relatifs organisés ou agréés par l'Etat, les communes et les chambres professionnelles ainsi que les chargés de cours et membres ou auxiliaires des jurys afférents, à condition qu'ils ne soient pas assurés au titre de l'article 85 sous 1);
3) les délégués des différentes branches professionnelles participant aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale, du Conseil arbitral de la sécurité sociale, du Conseil supérieur de la sécurité sociale, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social créée par une disposition légale ou réglementaire, à condition qu'ils ne soient pas assurés à un autre titre;
4) les personnes participant aux actions de secours et de sauvetage apportées à la personne ou aux biens d'un tiers en péril, aux exercices théoriques et pratiques se rapportant directement à ces actions, pour autant que ces activités se situent dans le cadre d'une association ou d'un corps poursuivant habituellement et bénévolement de tels objectifs ainsi qu'à l'action de secours et de sauvetage apportée spontanément par un particulier à la personne ou aux biens d'un tiers exposé à un péril imminent sur le territoire du Grand-Duché;
5) les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail prévue à la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti;
6) les personnes faisant l'objet d'une mesure ordonnée en application de l'article 22 du Code pénal, de l'article 1, alinéa 3 sous b) de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse, de l'article 633-7 sous 6) du Code d'instruction criminelle ou dans le cadre de l'exercice du pouvoir de grâce ainsi que les détenus ou retenus occupés respectivement pour le compte de l'administration pénitentiaire ou le Centre de rétention;
7) les demandeurs d'emploi bénéficiant d'une mesure d'insertion professionnelle visée à l'article L. 523-1 du Code du travail;
8) dans l'exercice de leurs fonctions, les membres de la Chambre des députés, les représentants luxembourgeois au Parlement européen, les membres du Conseil d'Etat, les bourgmestres, échevins et membres du Conseil communal, les membres des organes des établissements publics communaux et des syndicats des communes, les membres des

commissions consultatives instituées auprès des communes ainsi que les personnes appelées en vertu d'une disposition légale par l'Etat et les communes à participer à l'exercice d'un service public;

9) les personnes qui exercent à titre bénévole une activité dans les domaines social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique au profit d'un organisme agréé par l'Etat conformément aux dispositions de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique;

10) dans le cadre des examens par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu des articles 421 et 385, l'assuré ou la personne dépendante ainsi que la tierce personne qui l'accompagne en raison de son état de santé;

11) les personnes assurées en application de l'article 2, alinéa 3;

12) le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet se présentant auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, à un entretien d'embauche ou à une mesure active en faveur de l'emploi proposés par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi ou remplissant toute autre obligation résultant de l'article L. 521-9 du Code du travail;

13) les personnes handicapées inscrites dans un service de formation agréé en vertu de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique; L. 17.12.10,1,1°

14) les membres de la Fédération des Associations des Parents d'Élèves et de ses associations-membres, à savoir les associations de parents d'élèves de l'école fondamentale et les associations de parents d'élèves de l'enseignement postprimaire, participant à une réunion ou une activité organisée par la fédération ou une de ses associations-membres, les représentants des parents d'élèves de l'enseignement fondamental intervenant au niveau d'une école de l'enseignement fondamental, d'une commission scolaire communale ou de la commission scolaire nationale conformément aux dispositions de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, les membres des comités des parents d'élèves intervenant auprès des lycées conformément aux dispositions de la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées et lycées techniques; L. 18.7.13,43

15) les candidats effectuant le stage préparant à l'obtention de l'attestation habilitant à faire des remplacements dans l'enseignement fondamental; L. 30.7.15,107

16) les jeunes participant aux activités de préparation à la vie active organisées par le Service national de la jeunesse telles que définies à l'article 7, alinéa 2, point k) de la loi modifiée du 4 juillet 2008 sur la jeunesse. L. 22.6.17,VIII

Section 2.- Risques couverts

L. 12.5.10

Art. 92. On entend par accident du travail celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail.

1 **Art. 93**. Est également considéré comme accident du travail celui survenu sur le trajet d'aller et de retour,

- entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'assuré se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail,
- entre le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

2 Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ou pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec l'assuré, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation.

3 N'est pas pris en charge l'accident de trajet que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde ou si le trajet a été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'activité assurée.

1 **Art. 94.** Est considérée comme maladie professionnelle, celle ayant sa cause déterminante dans l'activité assurée.

2 Une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle figure au tableau des maladies professionnelles et est contractée par suite d'une exposition au travail à un risque spécifique.

3 Peut être reconnue comme maladie professionnelle une maladie non désignée dans le tableau, si l'assuré rapporte la preuve de son origine professionnelle.

1 **Art. 95.** Le tableau des maladies professionnelles est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition d'une Commission supérieure des maladies professionnelles dont l'organisation, le fonctionnement et l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat. L. 23.7.15,II,2° R. 5.7.16 R. 26.12.12

2 Ne peuvent être inscrites au tableau des maladies professionnelles que des maladies qui, d'après les connaissances médicales, sont causées par des influences spécifiques appelées risques et auxquelles certains groupes de personnes sont particulièrement exposés par rapport à la population générale du fait de leur travail assuré. L. 12.5.10

1 **Art. 96.** Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont déclarés et instruits dans les délais et suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal. R. 17.12.10

2 Les enquêtes sont menées par les fonctionnaires et employés statutaires de l'Association d'assurance accident assermentés conformément à l'article 411 qui doivent, dans l'exercice de leur mission de contrôle, être munis de leur carte de légitimation qu'ils présentent sur demande. Dans l'exercice de leur mission, ils ont le droit notamment de visiter et de contrôler les lieux de travail et terrains d'entreprise sans avertissement préalable obligatoire.

Chapitre II. – **Prestations de l'assuré**

1 **Art. 97.** L'assuré a droit à la réparation du préjudice résultant d'une lésion ou d'une maladie couvertes conformément aux articles 92 à 94.

2 La réparation consiste dans l'octroi dans les conditions prévues aux articles qui suivent:

1) des prestations en nature,
2) des prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les cinquante-deux premières semaines,
3) d'une rente complète en cas d'incapacité de travail prolongée,
4) d'une rente partielle en cas d'incapacité de gain partielle,
5) d'une rente professionnelle d'attente en cas de reconversion professionnelle,
6) d'une indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément, d'une indemnité pour les douleurs physiques endurées et d'une indemnité pour préjudice esthétique.

Section 1.- Prestations en nature

1 **Art 98.** Les prestations de soins de santé au sens de l'article 17 imputables à un accident ou une maladie professionnelle sont prises en charge d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne doive les avancer. Ces prestations peuvent être prises en charge jusqu'à concurrence de leur intégralité. Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les règles pour assurer cette prise en charge.

2 Le droit aux prestations en nature des gens de mer visés à l'article 85, alinéa 1er, point 3 est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi modifiée du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.

3 L'assuré dont l'état de dépendance est imputable à un accident ou une maladie professionnelle a droit aux prestations prévues aux articles 347 et suivants. Les aides techniques et des adaptations au logement peuvent être prises en charge jusqu'à concurrence de leur intégralité. Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les règles pour assurer cette prise en charge.

4 Les prestations prévues aux alinéas qui précèdent sont payées par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident et font l'objet d'un remboursement, le cas échéant forfaitaire, augmenté des charges administratives à fixer par règlement grand-ducal. R. 17.12.10

1 **Art. 99.** L'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires auxquels peut avoir donné lieu l'accident et, même sans que l'accident ait donné lieu à une lésion corporelle, des dommages causés aux prothèses dont l'assuré était pourvu lors de l'accident.

2 En outre, l'assuré a droit à l'indemnisation du dégât causé au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite d'une franchise fixée à deux tiers du salaire social minimum et d'un maximum fixé à cinq ou à sept fois le salaire social minimum suivant qu'il s'agit d'un accident de trajet ou d'un accident de travail. Le droit à l'indemnisation existe même en l'absence d'une lésion corporelle, mais uniquement dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre.

3 Les personnes visées à l'article 91 sous 1) ne bénéficient de l'indemnisation des dégâts matériels accessoires subis par un véhicule automoteur que dans la mesure où, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, ils n'ont pas pu utiliser des transports en commun.

4 Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de l'indemnisation du dégât matériel prévu au présent article.

Section 2.- Prestations en espèces pendant les cinquante-deux premières semaines

1 **Art. 100.** L'Association d'assurance accident prend en charge, dans les limites fixées en vertu de l'article 54 par les statuts de la Mutualité des employeurs, le remboursement à celle-ci du salaire et des autres avantages des salariés ayant exercé une activité professionnelle pour le compte d'autrui payés par l'employeur conformément à l'article L.121-6 du Code du travail pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à un accident ou une maladie professionnelle.

2 Les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour leur propre compte ont droit, dans les limites fixées en vertu de l'article 54 par les statuts de la Mutualité des employeurs et pendant la période prévue à l'article 12, alinéa 3, lorsque l'incapacité de travail totale est imputable à un accident ou une maladie professionnelle, au paiement d'une indemnité calculée sur base de l'assiette cotisable.

3 Les prestations prévues aux alinéas 1 et 2 sont avancées par la Mutualité des employeurs pour compte de l'Association d'assurance accident et font l'objet d'un remboursement suivant les conditions et modalités fixées par les statuts de la Mutualité des employeurs.

Art. 101. L'assuré ayant exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire avant d'être atteint d'incapacité de travail totale par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit pour les périodes de cette incapacité à une indemnité pécuniaire, calculée et payée conformément aux articles 9 à 16 ainsi qu'aux dispositions réglementaires et statutaires afférentes. L'alinéa 4 de l'article 98 est applicable.

Section 3.- Rente complète

1 **Art. 102.** A partir de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire ou à défaut de droit à l'indemnité pécuniaire, l'assuré a droit à la rente complète pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenues alors qu'il exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi ou auprès d'un organisme étranger compétent.

2 La rente complète est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.

1 **Art. 103.** La rente complète correspond au revenu professionnel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé avant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

2 Pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui, est prise en compte l'assiette cotisable des douze mois de calendrier précédant celui de la

survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle, à moins que, dans ce dernier cas, l'assiette cotisable des douze mois de calendrier précédant la fin de l'exposition au risque ne soit plus favorable à l'assuré.

3 Toutefois, si la période de référence visée à l'alinéa qui précède n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance conformément à l'article 85 ou par un revenu de remplacement cotisable, le revenu annuel servant de base au calcul de la rente est obtenu en multipliant par douze la moyenne de l'assiette cotisable se rapportant aux mois de calendrier entièrement couverts. A défaut d'un mois entièrement couvert au cours de la période de douze mois, le revenu des assurés exerçant une activité pour compte d'autrui est déterminé sur base de la rémunération et, pour autant que de besoin, de l'horaire normal convenu dans le contrat de travail.

4 Pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour leur propre compte au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle est prise en compte l'assiette cotisable appliquée au moment de l'accident. Tout recalcul de cette assiette entraîne la révision de la rente.

5 En cas d'exercice de plusieurs activités soumises à l'assurance, la totalité de l'assiette cotisable des différentes activités est prise en considération.

1 **Art. 104.** La rente complète annuelle ne peut être ni inférieure à douze fois ni supérieure à soixante fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident.

2 En cas de travail à temps partiel, le minimum visé à l'alinéa 1 est établi sur base du salaire social minimum horaire et, à partir de la consolidation, sur base du salaire social minimum mensuel.

Section 4.- Rente partielle

1 **Art. 105.** L'assuré subissant une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de soixante-cinq ans à condition L. 23.7.15,II,3°

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de dix pour cent au moins au sens de l'article 119 du chef de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause,
- que la perte de revenu du même chef atteigne dix pour cent au moins au cours des périodes de référence visées aux articles 107 et 108,
- que l'assuré soit reconnu, par le médecin du travail compétent, incapable d'exercer pour le compte d'autrui son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail ou qu'il soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, incapable d'exercer sa dernière activité pour son propre compte,
- que l'incapacité prévue au tiret qui précède soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

2 Si la Commission mixte visée à l'article L. 552-1 du Code du travail a décidé le reclassement professionnel interne ou

externe de l'assuré, cette décision initiale de reclassement professionnel s'impose à l'Association d'assurance accident.

Art. 106. Par consolidation il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles. L. 12.5.10

1 **Art. 107.** Les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ont droit à la rente partielle à condition que leur perte de revenu atteigne, au cours des douze mois de calendrier suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle, au moins dix pour cent du revenu professionnel cotisable au sens de l'article 103.

2 La rente partielle correspond à la différence entre ce revenu et celui déterminé selon les mêmes modalités au cours d'une période de référence de douze mois de calendrier suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

3 La rente partielle remplace définitivement l'indemnité compensatoire prévue au Titre V du Livre V du Code du travail. La rente partielle est versée à titre de compensation au Fonds pour l'emploi jusqu'à concurrence de l'indemnité compensatoire avancée indûment. Si le montant de l'indemnité compensatoire dépasse celui de la rente partielle définitive, il n'est pas procédé à la récupération d'un trop perçu éventuel dans le chef du bénéficiaire de bonne foi. L. 23.7.15,II,4°

1 **Art. 108.** Les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour leur propre compte au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ont droit à la rente partielle, à condition que leur perte de revenu atteigne, au cours des douze mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle, au moins dix pour cent du revenu professionnel annuel moyen réalisé au cours des trente-six mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle. L. 12.5.10

2 La rente partielle correspond à la diminution effective du revenu professionnel réalisé au cours des douze mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle par rapport au revenu professionnel annuel moyen réalisé au cours des trente-six mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

3 Par revenu professionnel on entend celui au sens de l'article 10 numéros 1 à 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

1 **Art. 109.** En attendant la fixation du montant définitif de la rente partielle, une avance peut être accordée. Elle ne saurait dépasser le montant résultant de la multiplication du taux d'incapacité partielle tel que fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale et du salaire social minimum applicable le mois de la demande d'avance.

2 Si le montant de l'avance dépasse celui de la rente partielle définitive, il n'est pas procédé à la récupération d'un trop perçu éventuel dans le chef du bénéficiaire de bonne foi.

Art. 110. Les modalités de la constatation de la perte de revenu professionnel et du versement d'une avance conformément aux articles qui précèdent peuvent être

précisées par règlement grand-ducal. Il en est de même des modalités de détermination de la rente partielle en cas d'exercice de l'activité professionnelle à temps partiel pendant la période de référence avant l'accident ou après la consolidation.

Section 5.- Rente professionnelle d'attente

1 **Art. 111.** L'assuré qui justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanent de dix pour cent au moins au sens de l'article 119 du chef d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qui bénéficie d'un reclassement professionnel externe décidé par la Commission mixte visée à l'article L. 552-1 du Code du travail principalement imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause, est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, mais a droit, à la place de l'indemnité de chômage, à une rente professionnelle d'attente dont le montant est fixé à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète. L. 23.7.15,II,5°

2 Tant que le reclassement professionnel externe n'est pas possible, la rente professionnelle d'attente susvisée remplace l'indemnité professionnelle d'attente prévue au Titre V du Livre V du Code du travail. La rente professionnelle d'attente est versée à titre de compensation au Fonds pour l'emploi, respectivement à l'organisme d'assurance pension jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité professionnelle d'attente avancées indûment.

3 Les modalités d'application du présent article et de l'article 107, alinéa 3 peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

Art. 112. Si de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, un assuré ayant exercé une activité professionnelle pour son propre compte au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ne peut plus exercer principalement à cause de cet accident ou de cette maladie son activité professionnelle sans être invalide au sens de l'article 187, il a droit à la rente professionnelle d'attente prévue à l'article 111 jusqu'à sa reconversion professionnelle à condition qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. L. 23.7.15,II,6°

1 **Art. 113.** La rente professionnelle d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement professionnel visées à l'article 114 ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle. L. 12.5.10

2 La rente professionnelle d'attente est retirée si l'assuré touche à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.

Art. 114. L'Association d'assurance accident prend en charge les mesures de reconversion professionnelle nécessitées par les assurés qui remplissent les conditions prévues aux articles 105 ou 111. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident peut décider, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la prise en charge des mesures de reconversion professionnelle nécessitées en raison des séquelles d'un accident du travail ou d'une L. 23.7.15,II,7° L. 12.5.10

maladie professionnelle et demandées par les assurés visés à l'article 112.

Section 6.- Dispositions communes aux rentes

1 **Art. 115.** Le revenu servant au calcul des rentes est porté à l'indice 100 du coût de la vie à l'aide de la moyenne des indices mensuels applicables au cours de la période à laquelle se rapporte ce revenu. Les rentes sont adaptées au nombre indice du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat. L. 21.12.12,III

2 Les rentes dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2012 sont revalorisées et réajustées au niveau de vie. A cet effet, elles sont divisées par le facteur de revalorisation visé à l'article 220 de l'avant-dernière année précédant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle et multipliées ensuite par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la rente, dont celui pour l'année 2009 est fixé à 1,405 par dérogation à l'article 220, alinéa 7. Les rentes ainsi revalorisées sont ensuite multipliées par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début du droit à la rente, mais au plus tôt à partir de l'année 2014, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3.

3 La rente accident est soumise aux charges fiscales et sociales, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire, des cotisations en matière d'assurance accident et d'allocations familiales. La rente accident des assurés bénéficiant d'un régime de pension spécial transitoire est également exempte des cotisations pour l'assurance pension. L. 12.5.10

4 Les rentes sont payées mensuellement par anticipation. Les paiements sont effectués en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros. Le paiement se fait valablement au moyen d'un virement à un compte bancaire du bénéficiaire auprès d'un établissement financier. Les frais sont à charge du bénéficiaire, sauf ceux mis en compte par l'établissement financier de l'Association d'assurance accident en cas d'utilisation par le bénéficiaire de numéros et codes permettant une procédure entièrement automatisée pour les virements transfrontaliers à l'intérieur de l'Union européenne.

5 Lorsqu'une rente prend cours après le premier du mois, la mensualité est payée proportionnellement à partir du jour du début, chaque jour étant compté uniformément pour un trentième du mois.

1 **Art. 116.** En cas de concours d'une rente du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011 avec une pension personnelle accordée par un régime spécial transitoire, la rente est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la pension le traitement tel que défini à l'article 14 de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ou par la disposition correspondante régissant les autres régimes spéciaux transitoires.

2 La rente cesse d'être payée si le bénéficiaire atteint l'âge de soixante-cinq ans ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée au titre du livre III du présent code ou de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de

pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois. La rente cesse également d'être payée si le bénéficiaire relevant d'un des régimes spéciaux transitoires atteint la limite d'âge de sa carrière.

3 Lorsque la rente est supprimée, suspendue ou modifiée au cours d'un mois, la mensualité entière reste acquise.

Art. 117. Par dérogation aux articles qui précèdent, les enfants, écoliers, élèves et étudiants visés à l'article 91 sous 1), les jeunes qui exercent un service volontaire visés à l'article 85 sous 9) et les jeunes au pair visés à l'article 85 sous 12) ont droit au plus tôt à partir de l'âge de 18 ans à la rente complète ou partielle équivalant au produit résultant de la multiplication du taux d'incapacité permanente par le minimum prévu à l'article 104 augmenté de vingt pour cent, à condition qu'ils soient atteints d'une incapacité de travail de vingt pour cent au moins au sens de l'article 119. L. 18.2.13,7,(3),4°

Section 7.- Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Art. 118. Si après la consolidation l'assuré est atteint par suite de l'accident ou de la maladie professionnelle d'une incapacité totale ou partielle permanente, il a droit aux indemnités prévues aux articles 119 et 120. Ces indemnités ne sont soumises à aucune retenue sociale ou fiscale. L. 12.5.10

1 **Art. 119.** L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un barème défini par règlement grand-ducal. R. 10.6.13

2 La valeur annuelle de l'indemnité exprimée en euros à l'indice cent du coût de la vie résulte du tableau ci-après.

1 %: 7,50 €	21 %: 348,50 €	41 %: 1.057,50 €	61 %: 2.134,00 €	81 %: 3.578,50 €
2 %: 15,50 €	22 %: 375,00 €	42 %: 1.102,50 €	62 %: 2.197,50 €	82 %: 3.660,50 €
3 %: 25,00 €	23 %: 403,00 €	43 %: 1.148,50 €	63 %: 2.262,00 €	83 %: 3.743,50 €
4 %: 35,00 €	24 %: 431,50 €	44 %: 1.195,50 €	64 %: 2.327,50 €	84 %: 3.827,00 €
5 %: 46,00 €	25 %: 461,00 €	45 %: 1.243,50 €	65 %: 2.393,50 €	85 %: 3.911,50 €
6 %: 58,00 €	26 %: 491,50 €	46 %: 1.292,00 €	66 %: 2.461,00 €	86 %: 3.997,50 €
7 %: 71,00 €	27 %: 522,50 €	47 %: 1.342,00 €	67 %: 2.529,00 €	87 %: 4.083,50 €
8 %: 85,00 €	28 %: 555,00 €	48 %: 1.392,50 €	68 %: 2.598,00 €	88 %: 4.171,00 €
9 %: 99,50€	29 %: 588,00 €	49 %: 1.444,00 €	69 %: 2.668,00 €	89 %: 4.259,50 €
10 %: 115,50 €	30 %: 622,00 €	50 %: 1.496,50 €	70 %: 2.738,50 €	90 %: 4.348,50 €
11 %: 132,00 €	31 %: 657,00 €	51 %: 1.550,00 €	71 %: 2.810,50 €	91 %: 4.439,00 €
12 %: 149,50 €	32 %: 693,00 €	52 %: 1.604,00 €	72 %: 2.883,00 €	92 %: 4.530,00 €
13 %: 168,00 €	33 %: 729,50 €	53 %: 1.659,50 €	73 %: 2.956,50 €	93 %: 4.622,00 €
14 %: 187,50 €	34 %: 767,50 €	54 %: 1.715,50 €	74 %: 3.031,00 €	94 %: 4.715,00 €
15 %: 207,50 €	35 %: 806,00 €	55 %: 1.772,50 €	75 %: 3.106,50 €	95 %: 4.808,50 €
16 %: 229,00 €	36 %: 845,50 €	56 %: 1.830,50 €	76 %: 3.183,00 €	96 %: 4.903,50 €
17 %: 251,00 €	37 %: 886,00 €	57 %: 1.889,50 €	77 %: 3.260,50 €	97 %: 4.999,00 €
18 %: 274,00 €	38 %: 927,50 €	58 %: 1.949,00 €	78 %: 3.338,50 €	98 %: 5.095,50 €
19 %: 298,00 €	39 %: 970,00 €	59 %: 2.010,00 €	79 %: 3.417,50 €	99 %: 5.193,00 €
20 %: 322,50 €	40 %: 1.013,50 €	60 %: 2.071,50 €	80 %: 3.497,50 €	100 %: 5.291,50€

3 L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément est payée mensuellement. Toutefois, si le taux de l'incapacité permanente est inférieur ou égal à vingt pour cent, l'indemnité est versée sous forme d'un capital obtenu en multipliant l'indemnité annuelle par un facteur de capitalisation à déterminer par règlement grand-ducal. R. 9.3.17

4 L'indemnité est adaptée au coût de la vie en la multipliant par le nombre indice applicable le mois pour lequel elle est payée ou celui pendant lequel le capital est versé.

Art. 120. Les indemnités réparant les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation et le préjudice esthétique sont accordées sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elles consistent dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal sur base de deux échelles différentes tenant compte de la gravité des préjudices. Les forfaits ne sauraient dépasser sept mille cinq cents euros au nombre indice cent du coût de la vie. R. 17.12.10

Section 8.- Détermination, révision, limitation et prescription des prestations

1 **Art. 121.** En cas d'accidents ou de maladies professionnelles successifs, les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux sont cumulables sans limitation, mais il n'est alloué qu'une seule rente complète ou une seule rente professionnelle d'attente.

2 Il est alloué une rente partielle distincte pour chaque accident ou maladie professionnelle ouvrant droit à une telle rente. La rente partielle est calculée abstraction faite des rentes partielles allouées en vertu d'accidents ou de maladies professionnelles antérieurs. Toutefois, il peut être alloué une seule rente partielle pour indemniser la perte de revenu globale imputable aux accidents ou maladies professionnelles successifs dont les périodes de référence se recoupent.

3 Si les prestations en nature, l'indemnité pécuniaire et les rentes ne peuvent être rattachées à un accident ou une maladie professionnelle déterminés, elles sont imputées sur le plus récent sinon sur celui ayant provoqué l'incapacité de travail la plus importante.

4 Il n'est pas alloué de rente complète au bénéficiaire d'une rente professionnelle d'attente. L. 23.7.15,II,8°

1 **Art. 122.** Les prestations visées aux articles 98 à 101 ne font l'objet d'une décision de l'Association d'assurance accident qu'en cas de contestation sur le refus ou le montant de la prestation ainsi que, le cas échéant, sur son imputation à l'assurance accident. L. 12.5.10

2 Par dérogation à l'alinéa qui précède, la décision prise sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale est du ressort de la seule Caisse nationale de santé s'il s'agit du retrait ou du refus de l'indemnité pécuniaire et au titre de l'assurance maladie et au titre de l'assurance accident.

1 **Art. 123.** Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, aucune prestation n'est accordée à charge de l'Association d'assurance accident si l'accident ne lui est pas déclaré dans l'année de sa survenance. Pour les maladies professionnelles, ce délai ne prend cours que le jour où l'assuré ou l'ayant droit a eu connaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

2 Sans préjudice des dispositions de l'alinéa 1, les rentes accident et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux sont accordées sur demande à présenter par l'assuré ou les ayants droit sous peine de déchéance dans le délai de trois ans à partir de la consolidation ou de la reconversion professionnelle. La rente complète et la rente professionnelle d'attente ne sont pas allouées pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande. La rente partielle et la rente professionnelle d'attente ne peuvent être demandées qu'après l'octroi de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément correspondant à un taux d'incapacité de dix pour cent aux moins. L. 23.7.15,II,9°

3 La demande n'est recevable après l'expiration du délai prévu à l'alinéa qui précède que s'il est prouvé que les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle n'ont pu être constatées qu'ultérieurement ou que l'intéressé s'est trouvé, en raison de circonstances indépendantes de sa volonté, dans l'impossibilité de formuler sa demande. Dans ces cas, la demande doit être présentée endéans les trois ans de la constatation des suites de l'accident ou de la cessation de l'impossibilité d'agir. L. 12.5.10

4 L'indemnité pour dégâts matériels prévue à l'article 99 est accordée sur demande à présenter par l'assuré ou les ayants droit sous peine de déchéance dans l'année de la survenance de l'accident.

5 Les prestations au sens de l'alinéa 2 sont accordées dans la mesure du possible par une seule décision qui fixe leur montant et, s'il s'agit de rentes, leur début et, le cas échéant, leur fin. Elles ne peuvent être refusées ou retirées que par une décision motivée.

Art. 124. Le montant de la rente partielle est sujet à révision d'office ou à la demande du bénéficiaire si, au cours de la période triennale suivant la fixation de la rente, la perte de revenu subit une modification importante à préciser par règlement grand-ducal.

Art. 125. Le montant de la rente partielle et des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux peut être augmenté par une nouvelle décision prise uniquement sur demande du bénéficiaire en cas d'aggravation de son état de santé, à condition que la nouvelle incapacité permanente ne semble plus donner lieu à modification et que son taux dépasse de dix pour cent au moins celui de l'incapacité antérieure.

1 **Art. 126.** Si le Contrôle médical de la sécurité sociale constate que les suites de l'accident ou de la maladie professionnelle ne justifient plus de prestations à charge de l'assurance accident, le dossier est clôturé par décision.

2 De plus, les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision aient à intervenir, après un délai à déterminer par règlement grand-ducal compte tenu de la gravité de l'accident. R. 17.12.10

3 L'octroi ultérieur de prestations du chef de cet accident est subordonné à la réouverture du dossier sur demande de l'assuré et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Sauf fait médical nouveau, la demande n'est pas recevable avant l'expiration d'une année à partir de la notification de la décision visée à l'alinéa 1 ou de celle rejetant une demande de réouverture précédente.

1 **Art. 127.** Un règlement grand-ducal peut préciser les conditions et modalités d'octroi, de suspension, de refus, de révision, de limitation et de retrait des rentes et des autres prestations. R. 17.12.10

2 Les prestations prévues aux articles 99 et 100, les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues:
- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;
- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2 du Code du travail;
- tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

3 Le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité, l'organisme d'assurance pension ou l'Office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de rente pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une rente a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrérages de rente, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période. L. 23.7.15,II,10°

4 Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative. L. 12.5.10

5 Les prestations octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

1 **Art. 128.** Les décisions du comité directeur de l'Association d'assurance accident en matière de prestations, d'amende d'ordre, de classement d'une entreprise dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peuvent être attaquées par l'assuré, son ayant droit ou l'employeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en instance d'appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif. L. 17.12.10,1,2°

2 En cas de recours, l'ensemble des prestations de la décision attaquée est réexaminé d'office. L. 12.5.10

1 **Art. 129.** L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'Association d'assurance accident se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de l'Association d'assurance accident se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire.

2 L'indemnité pécuniaire et les prestations visées à l'article 100 se prescrivent par trois années à compter de l'ouverture du droit.

3 Sans préjudice de l'article 123, les arrérages de rente et les autres prestations se prescrivent par cinq ans à partir du jour de l'ouverture du droit.

Chapitre III. – **Prestations des survivants**

1 **Art. 130.** Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ses père et mère ainsi que toute autre personne ayant vécu en

communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins ont droit, en dehors des prestations nées dans le chef de l'assuré, à l'indemnisation du dommage moral.

2 L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant. R. 17.12.10

1 **Art. 131.** Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de soixante-cinq ans et a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie. R. 17.12.10

2 Les survivants qui bénéficient d'un régime spécial transitoire ont droit, à la place de la rente de survie, à une pension de survie compte tenu de la bonification visée à l'article 11, paragraphe V. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ou à la disposition correspondante régissant les autres régimes spéciaux transitoires.

1 **Art. 132.** Si le décès est survenu après l'âge de cinquante-cinq ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent du revenu professionnel annuel au sens de l'article 103 par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de soixante-cinq ans.

2 Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de cinquante-cinq ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent du revenu professionnel annuel au sens de l'article 103 par dix années. Si ce revenu dépasse la base de référence servant à la détermination des majorations proportionnelles spéciales des pensions de survie au titre du livre III du présent code ou de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, s'y ajoute le montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent de la différence par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de cinquante-cinq ans.

3 La rente du conjoint ou du partenaire correspond à trois quarts et la rente d'orphelin à un quart du montant déterminé conformément à l'alinéa 1 ou 2. L'ensemble des rentes de survie ne peut pas dépasser ce montant. En cas de dépassement de ce maximum, la réduction s'opère proportionnellement aux montants des différentes rentes.

4 Pour l'application de l'article 229 et de l'article 52 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, la rente du conjoint ou du partenaire est ajoutée à la pension de survie.

1 **Art. 133.** Les rentes de survie sont payées pour compte de l'Association d'assurance accident par l'organisme de pension débiteur de la pension de survie au titre du livre III du présent code ou de la loi précitée du 3 août 1998.

2 En cas d'application de l'article L.125-1 du Code du travail les rentes de survie sont versées à titre de compensation à

l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents.

3 Les dispositions de l'article 115, 123, 127, 128 et 129 sont applicables aux rentes de survie qui sont toutefois exemptes de cotisations à l'assurance pension.

4 La rente d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de dix-huit ans et, si l'enfant est empêché de gagner sa vie par suite de sa préparation scientifique ou technique à sa future profession, jusqu'à l'âge de vingt-sept ans.

5 La rente du conjoint ou du partenaire cesse d'être payée à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat. Si le mariage ou la déclaration de partenariat a lieu avant l'âge de cinquante ans, la rente est rachetée au taux de cinq fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat après l'âge de cinquante ans, le taux est réduit à trois fois le montant prévisé.

Chapitre IV. – **Responsabilités et immunités**

Art. 134. Ni l'assuré ni les ayants droit n'ont droit à des prestations si l'assuré a provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle. Il en est de même si l'accident survient pendant la perpétration d'un crime ou d'un délit intentionnel et si l'assuré a été condamné de ce chef irrévocablement à une peine d'emprisonnement de huit jours au moins.

Art. 135. Les assurés et leurs ayants droit ne peuvent, en raison de l'accident ou de la maladie professionnelle, agir judiciairement en dommages intérêts contre leur employeur ou la personne pour compte de laquelle ils exercent une activité, ni dans le cas d'un travail connexe ou d'un travail non connexe exercé en même temps et sur le même lieu, contre tout autre employeur ou tout autre assuré, à moins qu'un jugement pénal n'ait déclaré les défendeurs coupables d'avoir provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle. Dans ce cas, les assurés et ayants droit ne peuvent agir que pour le montant des dommages qui n'est pas couvert par la présente assurance, sans qu'il y ait lieu à la responsabilité des maîtres et commettants et des artisans telle qu'elle est prévue par l'article 1384 du Code civil.

1 **Art. 136.** Les entrepreneurs ou, dans le cas d'un travail connexe, ou d'un travail même non connexe, exécuté en même temps et sur le même lieu, tout autre entrepreneur, leurs salariés ainsi que leurs conjoints, partenaires, parents ou alliés assurés en vertu de l'article 85, alinéa 1 sous 8) déclarés par un jugement pénal coupables d'avoir provoqué l'accident, soit avec intention, soit par négligence en se relâchant de la vigilance à laquelle ils sont tenus en raison de leurs fonctions, profession ou métier et condamnés irrévocablement de ce dernier chef à une peine d'emprisonnement de huit jours au moins, sont responsables à l'égard de l'Association d'assurance accident de toutes les dépenses effectuées par celle-ci en vertu de la présente loi.

2 La même responsabilité incombe aux sociétés et associations pour le fait des membres de leur direction ou de leurs gérants.

3 Les droits du créancier se prescrivent par un délai de dix-huit mois, à dater du jour où le jugement pénal est devenu définitif.

4 La décision coulée en force de chose jugée qui reconnaît l'obligation de l'association vis-à-vis de la victime de

l'accident ou de ses ayants droit, lie également les personnes et sociétés responsables en vertu du présent article.

Art. 137. Dans la limite d'un plafond de trente mille euros, l'Association d'assurance accident peut demander le remboursement au tiers visé à l'article 85, alinéa 2 d'au plus la moitié des prestations versées suite à l'accident survenu à une personne visée par la même disposition et à condition que la déclaration d'entrée n'ait pas été faite avant l'accident.

Art. 138. Les conducteurs ou propriétaires de véhicules assujettis à l'assurance prescrite par les règlements de la circulation sur toutes voies publiques, ainsi que leurs assureurs ou cautions sont responsables, sans les restrictions prévues aux articles 135 et 136, toutes les fois qu'il s'agit d'un accident de trajet, ou que le conducteur ou le propriétaire du véhicule n'a pas la qualité d'employeur de la victime de l'accident.

1 **Art. 139.** Les tiers non visés par les articles 135 et 136 ainsi que les personnes visées par l'article 138 sont responsables conformément aux principes de droit commun.

2 Toutefois, les droits du créancier de l'indemnité passent à l'Association d'assurance accident jusqu'à concurrence de ses prestations et pour autant qu'ils concernent des éléments de préjudice indemnisés par cette association.

3 Pour l'exercice de ce recours, les indemnités versées sous forme de mensualités sont converties en capitaux à l'aide de facteurs de capitalisation à déterminer par règlement grand-ducal. R. 9.3.17

4 Au cas où l'assuré a touché l'indemnité due par le tiers responsable nonobstant les dispositions qui précèdent, les prestations non encore payées sont compensées avec cette indemnité dans la mesure où elles concernent les mêmes éléments de préjudice.

Chapitre V. – **Organisation**

Art. 140. La gestion de l'assurance accident appartient à l'Association d'assurance accident.

1 **Art. 141.** L'Association d'assurance accident est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

2 Le comité directeur gère l'Association d'assurance accident. Il lui appartient notamment:

1) de statuer sur le budget annuel de l'assurance accident;
2) de fixer le taux de cotisation; L. 17.12.10,1,3°
3) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance accident; L. 12.5.10
4) d'établir les statuts;
5) d'établir des recommandations de prévention.

3 Les décisions prévues aux points 1) à 4) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

1 **Art. 142.** Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent notamment:

1) le fonctionnement du comité directeur;
2) la composition, les attributions et les modalités de la nomination des commissions;
3) les règles complémentaires pour assurer la prise en charge en matière d'assurance accident des prestations de soins de santé ainsi que des aides techniques et des

adaptations au logement jusqu'à concurrence de leur intégralité;

4) les modalités de l'indemnisation du dégât matériel.

5) (point abrogé) L. 17.12.10,1,4°

2 Les statuts n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Mémorial. L. 12.5.10

1 **Art. 143.** Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc:

1) de sept délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers suivant une clé de répartition à déterminer par règlement grand-ducal sur proposition desdites chambres;

2) d'un délégué des employeurs désigné par la Chambre d'agriculture;

3) de sept délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés;

4) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

2 Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

3 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués effectifs et suppléants.

Art. 144. Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions.

1 **Art. 145.** Les délégués des salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention et voix consultative dans les autres matières.

2 Le président et les délégués des employeurs ont voix délibérative dans toutes les matières.

3 Les décisions sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

1 **Art. 146.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations, d'amendes d'ordre, de classement dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peut faire l'objet d'une décision du président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. L. 17.12.10,1,5° L. 12.5.10

2 Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

Art. 147. Dans l'accomplissement de ses missions, l'Association d'assurance accident peut recourir aux services administratifs du Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 148. Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

1 **Art. 149.** En dehors des revenus de placements et d'autres ressources diverses, les charges du régime général sont couvertes par des cotisations.

2 Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé annuellement sur base du budget de cet exercice de manière L. 17.12.10,1,6°

1) à couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident;

2) à constituer la réserve légale prévue à l'article 148.

3 Le taux de cotisation est publié au Mémorial.

Art. 150. La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4), à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5) et à la famille d'accueil en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85, sous 12). L. 18.2.13,7,(3),5°

Art. 151. (article abrogé) L. 17.12.10,1,7°

Art. 152. (article abrogé)

Art. 153. (article abrogé)

Art. 154. (article abrogé)

1 **Art. 155.** L'assiette de cotisation est déterminée par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension. L. 12.5.10

2 Toutefois, les revenus de remplacement versés pour des périodes d'inactivité ne comportant pas de risque couvert au titre de l'assurance accident sont exclus de l'assiette cotisable. Sont ainsi exclus de l'assiette cotisable de l'assurance accident les revenus de remplacement suivants:

- l'indemnité pécuniaire,
- l'indemnité de chômage complet,
- l'indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique,
- l'indemnité de compensation en cas de chômage partiel,
- l'indemnité de préretraite,
- l'indemnité compensatoire et l'indemnité professionnelle d'attente en cas de reclassement professionnel,
- la rente complète ou partielle et la rente professionnelle d'attente.

1 **Art. 156.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

2 En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

3 En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.

1 **Art. 157.** Pour une activité au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de la cotisation annuelle ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

2 Toutefois, pour une personne dont l'assurance ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective.

Art. 158. Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application du présent article sont précisés par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,8° R. 8.2.16

1 **Art. 159.** L'Association d'assurance accident place son patrimoine à court et à moyen terme en euros. L. 23.12.16,41

2 Toutefois, elle peut confier la gestion de son patrimoine au Fonds de compensation commun au régime général de pension, dans la mesure où il dépasse la moitié du montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice. L. 12.5.10

Section 2.- Régimes spéciaux

1 **Art. 160.** L'Etat rembourse à l'Association d'assurance accident les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux visés à l'article 91 ainsi que la partie des frais d'administration de l'exercice en cours correspondant à la proportion de ces frais de l'exercice précédent par rapport au total des prestations du même exercice.

2 L'Etat verse mensuellement des avances fixées à un douzième du crédit inscrit dans le budget de l'Etat pour l'exercice en cours.

Chapitre VII. – **Prévention**

1 **Art. 161.** L'Association d'assurance accident a pour mission de prévenir les risques professionnels des assurés. A cet effet, elle se donne les moyens lui permettant notamment:

- d'analyser les causes des accidents et maladies professionnelles;
- de constater l'exposition aux risques professionnels;
- de développer et de coordonner la prévention des risques professionnels;
- d'informer, de conseiller et de former les assurés et les employeurs en matière de sécurité et de santé au travail;
- d'encourager les efforts particuliers des employeurs en matière de prévention;
- d'établir des recommandations de prévention;
- de surveiller le respect des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail et notamment des articles L. 311-1 à L. 314-4 du Code du travail et des règlements grand-ducaux pris en exécution de ces articles.

2 Les moyens organisationnels et financiers pour assurer les missions en matière de prévention sont définis par les statuts de l'Association d'assurance accident.

Art. 162. Les recommandations de prévention, qui sont des règles de l'art en matière de prévention des risques, peuvent être établies pour toutes les activités assurées ou certaines de ces activités. Elles sont destinées:

- aux employeurs en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles et de protéger la vie et la santé des assurés;
- aux assurés en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

1 **Art. 163.** Dans le cadre de la mise en oeuvre d'une stratégie globale de gestion de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail et pour l'élaboration des recommandations de prévention, l'Association d'assurance accident peut recourir à des experts. Elle collabore avec l'Inspection du travail et des mines, le Service national de la sécurité dans la fonction publique et la Direction de la santé.

2 Les recommandations de prévention sont portées à la connaissance des employeurs par tout moyen approprié. Ces derniers en informent leurs salariés dans la mesure où ils sont concernés.

Art. 164. Les fonctionnaires et employés publics de l'Association d'assurance accident, assermentés conformément à l'article 411, sont autorisés à procéder conformément aux articles L. 614-3 et L. 614-4 du Code du travail, dans la limite de leurs missions prévues à l'article 161, dernier tiret.

Art. 165. Les données à caractère personnel concernant la déclaration des accidents et des maladies professionnelles sont communiquées à l'Inspection du travail et des mines.

Art. 166. (abrogé)

Art. 167. (abrogé)

Art. 168. (abrogé)

Art. 169. (abrogé)

LIVRE III

ASSURANCE PENSION

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Etendue de l'assurance**	Art. 170 - 181
		Assurance obligatoire	*Art. 170 - 172*
		Assurance continuée	*Art. 173*
		Assurance facultative	*Art. 173bis*
		Achat de périodes	*Art. 174*
		Détermination des périodes d'assurance et des durées	*Art. 175*
		Détachement à l'étranger	*Art. 176*
		Exemption et dispense de l'assurance	*Art 177 - 181*
Chapitre II.	-	**Objet de l'assurance**	Art. 182 - 237
		Pensions	*Art. 182*
		Pension de vieillesse	*Art. 183 - 185*
		Pension d'invalidité	*Art. 186 - 189*
		Début de la pension d'invalidité	*Art. 190 - 191*
		Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse	*Art. 192*
		Retrait de la pension d'invalidité	*Art. 193 - 194*
		Pensions de survie	*Art. 195 - 200*
		Début de la pension de survie	*Art. 201 - 203*
		Cessation de la pension	*Art. 204 - 206*
		Déchéance des droits	*Art. 207*
		Paiement des pensions	*Art. 208 - 209*
		Suspension, modification et suppression des pensions	*Art. 210*
		Restitution	*Art. 211*
		Prescription des arrérages de pension	*Art. 212*
		Remboursement de cotisations	*Art. 213 - 213bis*
		Calcul des pensions	*Art. 214 - 219bis*
		Définition des bases de calcul	*Art. 220 - 222*
		Pensions minima et maxima	*Art. 223*
		Adaptation au coût de la vie	*Art. 224*
		Revalorisation au moment de l'attribution de la pension	*Art. 225*
		Réajustement des pensions	*Art. 225bis*
		Concours de pensions avec d'autres revenus	*Art. 226 - 231bis*
		Concours avec la responsabilité de tiers	*Art. 232 - 233*
		Concours de l'assurance et de l'assistance	*Art. 234 - 236*
		Mesures de réhabilitation et de reconversion	*Art. 237*
Chapitre III.	-	**Voies et moyens**	Art. 238 - 249
		Système de financement	*Art. 238*
		Cotisations	*Art. 239 - 240*
		Assiette de cotisation	*Art. 241 - 245*
		Répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension	*Art. 246*
		Administration du patrimoine	*Art. 247*
		Politique de placement	*Art. 248 - 249*

Chapitre IV. - **Organisation de l'assurance** Art. 250 - 268
Gestion de l'assurance pension *Art. 250 - 254*
Détermination de la pension *Art. 255*
Voies de recours *Art. 256 - 259*
Fonds de compensation *Art. 260 - 268*

Assurance obligatoire

1 **Art. 170.** Sont assurées obligatoirement, dans le cadre d'un régime général d'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle soit pour le compte d'autrui, soit pour leur propre compte, ou justifient de périodes assimilées à de telles périodes d'activité professionnelle. L. 6.4.99,II,1)

2 Est assimilée à une activité au Grand-Duché de Luxembourg, l'activité exercée en qualité de gens de mer sur un navire battant pavillon luxembourgeois par des ressortissants luxembourgeois ou d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou par des personnes résidant au Luxembourg. Il en est de même des activités prestées comme participant à une opération pour le maintien de la paix visée par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, comme observateurs, sous l'égide d'organisations internationales, aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que comme observateurs prévus par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement. L. 9.11.90,105

L. 12.5.10,3,1°

1 **Art. 171.** Comptent comme périodes effectives d'assurance obligatoire, toutes les périodes d'activité professionnelle ou périodes y assimilées pour lesquelles des cotisations ont été versées, à savoir: L. 27.7.87

1) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le compte d'autrui; y sont assimilées les périodes pendant lesquelles une personne exerce une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établie légalement à son propre compte ainsi que celles pendant lesquelles une personne effectue un stage rémunéré ou non sans être assurée au titre de l'article 91; L. 12.5.10,3,2°

2) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte, ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial. L. 25.7.05,I,18°

   Y sont assimilées les périodes pendant lesquelles:

   - les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
   - les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité sont délégués à la gestion journalière,

   à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;

3) les périodes pour lesquelles est versé un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisations au titre de l'assurance pension est prévue; L. 27.7.87

4) les périodes correspondant à des périodes d'activité exercée par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;

5) les périodes correspondant au titre d'un apprentissage pratique à des périodes de formation professionnelle indemnisées, pour autant qu'elles se situent après l'âge de quinze ans accomplis;

6) les périodes accomplies par le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la chambre d'agriculture, par les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 2), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête au prédit assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale; L. 25.7.05,I,19°

7) sur demande, une période de vingt-quatre mois dans le chef de l'un ou des deux parents se consacrant au Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de quatre ans lors de l'adoption, à condition que l'intéressé justifie de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant une période de référence de trente-six mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Cette période de référence est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172, alinéa 1, sous 4). La période de vingt-quatre mois mise en compte ne doit pas se superposer avec une période couverte auprès d'un régime spécial luxembourgeois ou d'un régime étranger. Elle prend cours le mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant, ou, le cas échéant, le mois suivant la date de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maternité. Elle est étendue à quarante-huit mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants légitimes, légitimés, naturels ou adoptifs ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge. La période de vingt-quatre ou quarante-huit mois peut être répartie entre les parents, à condition que les demandes présentées par les deux parents n'excèdent pas cette durée maximale. A défaut d'accord des deux parents au sujet de la répartition de la période, la mise en compte s'effectue prioritairement en faveur de celui des parents qui s'occupe principalement de l'éducation de l'enfant. La validation de la période se fait au moment de l'échéance du risque. La condition que des cotisations aient été versées ne s'applique pas; L. 21.12.12,I,1°

8) les périodes accomplies dans un pays en voie de développement conformément à la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement; L. 28.7.00,27,14)

9) les périodes prévues à la loi du 25 février 1967[3)] ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant et à L. 27.7.87

l'article 5 de la loi du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès de différents régimes de pension contributifs;

10) les périodes de service militaire obligatoire, accomplies dans l'armée luxembourgeoise, compte tenu des périodes de rappel ainsi que des périodes d'incapacité de travail résultant d'un accident subi ou d'une maladie grave contractée à l'occasion de ce service, pour autant que ces périodes ne soient pas autrement couvertes par des cotisations de sécurité sociale;

11) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a participé à une opération pour le maintien de la paix conformément à la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales; L. 27.7.92,20,(1) d)

12) les périodes pendant lesquelles l'intéressé était volontaire au service de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales; L. 28.7.00,27,15)

13) les périodes pendant lesquelles une personne a assuré des aides et des soins à une personne dépendante au sens du livre V, sans qu'il s'agisse d'une activité professionnelle au sens des numéros 1), 2) et 4) visés ci-dessus;

14) les périodes pendant lesquelles une personne a accueilli un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour et que ce placement a été effectué par un organisme agréé conformément à la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique;

15) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a exercé un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes; L. 31.10.07,8, (3)

16) les périodes correspondant au congé parental dont l'assuré a bénéficié au titre de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. L. 28.7.00,27,(15)

17) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. L. 12.9.03,41,4°

18) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a une activité sportive d'élite conformément à la loi du 3 août 2005 concernant le sport; L. 3.8.05,22,4

19) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié de l'allocation complémentaire conformément à l'article 18, alinéa 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; L. 13.12.17,3,1°

20) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié du revenu pour personnes gravement handicapées conformément à l'article 27*bis* de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

2 Les périodes visées aux numéros 1) et 5) de l'alinéa qui précède sont prises en compte, même si les cotisations dues n'ont pas été versées, à condition toutefois d'avoir fait l'objet d'une déclaration dans un délai de cinq années consécutives L. 27.7.87

L.13.5.08,2,11sexties°

à l'année à laquelle elles se rapportent. Ce délai est porté à trente ans s'il est prouvé par les livres de l'employeur, par des décomptes réguliers de salaires ou une condamnation en vertu de l'article 449, alinéa 1, sous 3) que des cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées dans les délais impartis.

3 Peuvent être mises en compte au titre des numéros 1) à 5) du premier alinéa suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal les périodes accomplies en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle. L. 27.7.87

1 **Art. 172.** Sont prises en compte en outre comme périodes, mais uniquement aux fins de parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse prévue à l'article 184 et pour la pension minimum, ainsi qu'aux fins de l'acquisition des majorations forfaitaires dans les pensions, les périodes ci-après pour autant qu'elles ne soient pas autrement couvertes par un régime de pension luxembourgeois ou étranger, à savoir:

1) les périodes pendant lesquelles une pension d'invalidité accordée en vertu du présent livre ou en vertu de la législation antérieurement en vigueur régissant la même matière, a été versée;

2) les périodes d'études ou de formation professionnelle, non indemnisées au titre d'un apprentissage, pour autant que ces périodes se situent entre la dix-huitième année d'âge accomplie et la vingt-septième année d'âge accomplie; R. 29.1.88

3) la période correspondant au délai d'inscription imposé au jeune demandeur d'emploi avant l'ouverture du droit à l'indemnité de chômage complet;

4) les périodes pendant lesquelles l'un des parents a élevé au Luxembourg un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans accomplis; ces périodes ne peuvent être inférieures à huit ans pour la naissance de deux enfants, ni être inférieures à dix ans pour la naissance de trois enfants; l'âge prévisé est porté à dix-huit ans si l'enfant est atteint d'une infirmité physique ou mentale, sauf si l'éducation et l'entretien de l'enfant ont été confiés à une institution spécialisée. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale peut dispenser de la condition que l'enfant soit élevé au Luxembourg;

5) les périodes d'assurance correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte et dispensées de cotisations avant le 1er janvier 1993; L. 1.12.92,II,1°

6) jusqu'à concurrence de quinze années les périodes d'activité professionnelle au Luxembourg se situant avant la création des anciens régimes de pension contributifs ou dispensées de l'assurance obligatoire en vertu des dispositions légales applicables à ces régimes pour autant que ces périodes ne donnent pas autrement lieu à prestations; L. 27.7.87

7) les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986; L. 17.12.10,1,50°

8) les périodes d'activité professionnelle soumises à assurance au titre de la législation du pays d'origine L. 24.4.91,I,2°

dans le chef des personnes ayant bénéficié avant l'acquisition de la nationalité luxembourgeoise du statut de réfugié politique au sens de l'article 1er de la convention signée à Genève le 28 juillet 1951 et pour autant qu'elles soient exclues du bénéfice de prestations par tout régime international ou étranger.

9) les périodes précédant celles au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 17 du Code de la sécurité sociale, pendant lesquelles le salarié handicapé au sens de l'article 1er de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées n'a pas pu être occupé, pour des raisons indépendantes de sa volonté, dans un atelier protégé ainsi que les périodes se situant avant l'entrée en vigueur de cette loi au cours desquelles l'intéressé était, après l'âge de 18 ans par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, hors d'état de gagner sa vie. L. 12.9.03,41,5°

2 Les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues au présent article peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 27.7.87 R. 29.1.88

Assurance continuée

1 **Art. 173.** Les personnes qui justifient de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant la période de trois années précédant la perte de la qualité d'assuré obligatoire ou la réduction de l'activité professionnelle peuvent demander de continuer ou de compléter leur assurance. La période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures ou correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. La demande visant la continuation de l'assurance doit être présentée sous peine de forclusion au Centre commun de la sécurité sociale, au titre du régime auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation. L. 19.12.08,II,1°

2 Le délai prévisé de six mois est suspendu à partir du jour de la demande en obtention d'une pension d'invalidité jusqu'à la date où la décision est coulée en force de chose jugée. L. 27.7.87

3 Les modalités de l'assurance continuée sont déterminées par un règlement grand-ducal qui prévoit également les conditions et modalités dans lesquelles une personne peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire. R. 5.5.99

Assurance facultative L. 6.4.99,II,4)

1 **Art. 173bis.** Les personnes qui ne remplissent pas les conditions prévues par l'article précédent pour être admises à l'assurance continuée peuvent, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, s'assurer facultativement à partir du premier jour du mois suivant celui de la présentation de la demande pendant les périodes au cours desquelles elles n'exercent pas ou réduisent leur activité professionnelle pour des raisons familiales, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles L. 28.7.00,27,17)

n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

2 Dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, l'Etat procède à l'affiliation des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance pension.

3 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'assurance facultative, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. R. 5.5.99

Achat de périodes

1 **Art. 174** Les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour des raisons familiales, soit quitté un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou un régime de pension d'une organisation internationale prévoyant un forfait de rachat ou un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un achat rétroactif, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle. L. 19.12.08,II,2°

2 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. L. 6.4.99,II,5) R. 5.5.99

3 Les périodes correspondant à un achat effectué conformément à la loi modifiée du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs sont prises en compte comme périodes d'assurance au titre du présent article, à l'exception de celles prévues à l'article 5 de cette même loi. L. 27.7.87

Détermination des périodes d'assurance et des durées

1 **Art. 175.** Les périodes d'assurance visées aux articles 171 à 174 et les durées prévues par le présent livre sont comptées par mois de calendrier. Compte pour un mois entier la fraction de mois représentant au moins, soit soixante-quatre heures de travail lorsqu'il s'agit de périodes d'activité professionnelle exercée pour autrui ou de périodes y assimilées au sens de l'article 171, soit dix jours civils dans les autres cas. Les fractions de mois inférieures à ces seuils sont reportées aux mois suivants et mises en compte le premier mois où le total des heures d'activité aura, compte tenu du report, atteint le seuil prévisé, alors que les salaires, traitements et revenus sont portés en compte pour le mois auquel ils se rapportent. Toutefois, en cas de concours durant un mois de périodes d'assurance découlant de l'application d'un ou de plusieurs des articles prévisés, la mise en compte ne peut excéder un mois. Pour autant que de besoin, les mois sont convertis en années, les douzièmes étant convertis en nombres décimaux. L. 6.4.99,II,6),a) L. 27.7.87

2 Un règlement peut fixer un coefficient multiplicateur pour les personnes dont la durée hebdomadaire normale à temps plein est inférieure à quarante heures par semaine. L. 6.4.99,II),6),b)

3 Pour une rente accident complète ou une rente professionnelle d'attente en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, les L. 12.5.10,3,3°

périodes d'assurance sont mises en compte conformément à l'alinéa 1. Pour une rente accident partielle, seuls les revenus cotisables sont portés en compte.

Détachement à l'étranger

Art. 176. Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés à l'assurance pension luxembourgeoise. L. 27.7.87

Exemption et dispense de l'assurance

1 **Art. 177.** Ne sont pas assujettis à l'assurance au titre de leur activité statutaire les fonctionnaires, employés ou agents de l'Etat, des communes, des établissements publics, des chemins de fer et des organismes internationaux officiels qui ont droit pour eux et leurs survivants à des pensions en vertu de leur régime statutaire. L. 22.12.89,IV,1°

2 Ne sont pas assujettis à l'assurance les agents de la Banque centrale du Luxembourg visés à l'article 14 de la loi du 23 décembre 1998 relative au statut monétaire de la Banque centrale du Luxembourg. L. 19.12.08,II,3°

1 **Art. 178.** Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse qui exercent une activité pour leur propre compte après l'âge de soixante-cinq ans ne sont pas soumis à l'assurance. L. 19.12.08,II,4°

2 En cas d'exercice d'une occupation salariée après l'âge de soixante-cinq ans par un bénéficiaire de pension de vieillesse, la cotisation est due comme en cas d'assujettissement. La moitié du montant nominal de la cotisation à supporter par l'assuré conformément à l'article 240 est remboursée sur demande par année de calendrier. En cas de décès l'article 209 est applicable. L. 24.4.91,I,4°

L. 27.7.87

1 **Art. 179.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

2 Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel, ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. L. 28.7.00,27,19)

3 L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation. L. 27.7.92,III

1 **Art. 180.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 171, sous 6) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. L. 12.5.10,3,4°

2 Sont dispensées de l'assurance les personnes exerçant à titre principal ou accessoire une activité au sens de l'article 171, sous 2), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an[1)] ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes 8 et 9 de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.

3 Toutefois, une personne exerçant une activité dispensée en vertu de l'alinéa qui précède est admise à l'assurance obligatoire à sa demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. L. 28.7.00,27,20),b)

4 Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 171, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 171, numéro 2), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 171, numéro 6). L. 25.7.05,I,21°

Art. 181. Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de pension à l'étranger. L'employeur doit néanmoins la part de cotisation lui incombant. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 24.4.91,I,6°

Chapitre II. - **Objet de l'assurance**

Pensions

Art. 182. L'assurance a principalement pour objet des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie. L. 27.7.87

Pension de vieillesse

Art. 183. A droit à une pension de vieillesse à partir de l'âge de soixante-cinq ans, tout assuré qui justifie de cent vingt mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173, 173bis et 174.

1 **Art. 184**. A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de soixante ans, l'assuré qui justifie de quatre cent quatre-vingts mois au moins au titre des articles 171 à 174, dont cent vingt au moins au titre des articles 171, 173, 173bis et 174. L. 6.4.99,II,7)

2 A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de cinquante-sept ans l'assuré qui justifie de quatre cent quatre-vingts mois d'assurance au titre de l'article 171. L. 24.4.91,I,7°

3 Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer, même avant l'âge de soixante-cinq ans, une activité salariée insignifiante. Est considérée comme activité insignifiante, toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu au Luxembourg ou à l'étranger qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum. L. 21.12.12,I,2°

4 Si l'activité salariée dépasse les limites prévues à l'alinéa qui précède, les dispositions de réduction prévues à l'article 226 sont applicables. Lorsque la rémunération dépasse le plafond y prévu, la pension est refusée ou retirée. L. 21.12.12,I,3°

5 Tant que l'assuré exerce avant l'âge de soixante-cinq ans une activité non salariée au Luxembourg ou à l'étranger autre que celle dispensée de l'assurance en vertu de l'article 180, alinéa 2, la pension de vieillesse anticipée est refusée ou retirée. L. 21.12.12,I,5°

1 **Art. 185.** La pension de vieillesse prévue à l'article 183 commence à courir du premier jour de la soixante-sixième année de l'assuré ou, si les conditions d'attribution ne sont réalisées que postérieurement, à partir de cette date. L. 27.7.87

2 (alinéa abrogé) L. 28.6.02,2°

3 (alinéa abrogé)

4 La pension de vieillesse prévue à l'article 184 ne commence à courir qu'à partir du jour suivant l'expiration du droit de l'assuré à son revenu professionnel. Toutefois, lorsque l'assuré continue à exercer une activité salariée, la pension prend cours le premier jour du mois suivant celui de la demande, mais au plus tôt à partir du mois au cours duquel la rémunération est inférieure au plafond prévu à l'article 226. L. 27.7.87 L. 13.12.17,3,4°

5 Pour l'application des dispositions qui précèdent chaque jour du mois du début de la pension est compté uniformément, s'il échet, pour un trentième du mois. L. 27.7.87

Pension d'invalidité

Art. 186. A droit à une pension d'invalidité avant l'âge de soixante-cinq ans tout assuré justifiant d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173 et 173bis pendant les trois années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie, s'il est atteint d'une invalidité au sens de l'article 187 ci-après. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.Toutefois, ce stage n'est pas exigé en cas d'invalidité imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation. L. 25.7.05,I,22° L. 27.7.87

1 **Art. 187.** Est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. Pour les personnes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 17), est prise en compte l'activité exercée dans l'atelier protégé. L. 12.9.03,41,6°

2 Les critères pour l'appréciation médicale de l'état d'invalidité peuvent être précisés par règlement grand-ducal, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Direction de la santé, service de la santé au travail, demandés en leurs avis. L. 25.7.02,16

3 (alinéa abrogé) L. 1.7.05,II,5°

4 (alinéa abrogé)

5 L'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité non salariée soumise à l'assurance ou à toute activité salariée autre qu'insignifiante. L. 21.12.12,I,6°

Art. 188. La pension est suspendue si l'activité professionnelle est exercée par autrui pour le compte de l'assuré. L. 27.7.87

Art. 189. L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de cinquante ans, sous peine de suspension de la pension, les mesures de réhabilitation ou de reconversion qui peuvent être prescrites par la caisse de pension compétente sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Début de la pension d'invalidité

1 **Art. 190**. La pension d'invalidité court du premier jour de l'invalidité établie, mais au plus tôt du jour où la condition de stage prévue à l'article 186 est remplie; en cas d'exercice d'une activité non salariée soumise à l'assurance, elle ne commence à courir qu'à partir du jour de la cessation de cette activité. Toutefois en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque elle ne court qu'à partir du jour de la cessation de cette rémunération. Si l'invalidité est principalement due à un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à partir de la consolidation au sens de l'article 106. L. 24.4.91,I,11° L. 27.7.87 L. 12.5.10,3,5°

2 Pour la période pendant laquelle l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité a touché également une indemnité pécuniaire de maladie du régime d'assurance luxembourgeois découlant de l'activité professionnelle exercée avant l'échéance du risque, la pension d'invalidité est versée à la caisse de maladie compétente qui transmet la différence éventuelle à l'assuré. L. 13.12.17,3,6°

3 Lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire, la pension prend cours à l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire accordée conformément aux articles 9 à 16 ou 97 ou, à défaut d'un tel droit, à l'expiration d'une période ininterrompue d'invalidité de six mois. L. 21.12.04,I,14°

4 Dans le cas prévu à l'alinéa qui précède, la pension d'invalidité est réallouée pour les périodes ultérieures d'invalidité se situant avant le rétablissement du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'article 14, alinéa 3, pour autant que l'assuré remplisse les conditions prévues à l'article 186 au moment du début de chaque nouvelle période d'invalidité. L. 27.7.92,III,4°

5 La pension d'invalidité n'est pas allouée pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande. L. 27.7.87

Art. 191. Si la date du début de l'invalidité ne peut pas être établie, elle est censée être celle du jour où la demande en obtention de la pension est parvenue à l'un des organismes de pension visés par la présente loi.

Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse

1 **Art. 192.** Sans qu'une décision formelle ait à intervenir en ce sens, toutes les pensions de vieillesse anticipées et d'invalidité en cours sont reconduites en tant que pensions de vieillesse, lorsque les bénéficiaires ont accompli l'âge de soixante-cinq ans. L. 21.12.12,I,7°

2 Lorsque le bénéficiaire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 se situant pendant la période de jouissance de la pension, il est procédé à un recalcul des majorations proportionnelles conformément aux articles 214 et 215 et, le cas échéant, à une réduction du complément pension minimum, sans que le total de la pension puisse subir une diminution. A cet effet, le taux déterminé à la date du début du droit à la pension conformément à l'article 214, alinéa 1, point 1) reste applicable.

Retrait de la pension d'invalidité

1 **Art. 193.** La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187. L. 21.12.12,I,8°

2 Sans préjudice des dispositions de l'article 211, la décision qui retire une pension est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée. L. 27.7.87

Art. 194. Lorsqu'après un ou plusieurs retraits de la pension d'invalidité, l'intéressé a de nouveau droit à une pension d'invalidité, il n'est procédé à un recalcul de la pension que si le total de la ou des périodes pendant lesquelles l'intéressé ne bénéficiait pas de la pension dépasse six mois. Dans ce cas, l'article 215 est applicable.

Pensions de survie

Art. 195. A droit à une pension de survie, sans préjudice de toutes autres conditions prescrites, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité attribuée en vertu du présent livre ou d'un assuré si celui-ci au moment de son décès justifie d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173 et 173bis pendant les trois années précédant la réalisation du risque. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas de décès de l'assuré imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation. L. 9.7.04,15,18° L. 25.7.05,I,23° L. 27.7.87

1 **Art. 196.** La pension de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, n'est pas due: L. 9.7.04,15,19°

- lorsque le mariage ou le partenariat a été conclu moins d'une année soit avant le décès, soit avant la mise à la retraite pour cause d'invalidité ou pour cause de vieillesse de l'assuré;
- lorsque le mariage ou le partenariat a été contracté avec un titulaire de pension de vieillesse ou d'invalidité.

2 Toutefois, l'alinéa 1 n'est pas applicable, si au moins l'une des conditions ci-après est remplie:

a) lorsque le décès de l'assuré actif ou la mise à la retraite pour cause d'invalidité est la suite directe d'un accident survenu après le mariage ou le partenariat;

b) lorsqu'il existe lors du décès un enfant né ou conçu lors du mariage ou du partenariat, ou un enfant légitimé par le mariage;

c) lorsque le bénéficiaire de pension décédé n'a pas été l'aîné de son conjoint ou de son partenaire de plus de quinze années et que le mariage ou le partenariat a duré, au moment du décès, depuis au moins une année;

d) lorsque le mariage ou le partenariat a duré au moment du décès du bénéficiaire de pension depuis au moins dix années.

1 **Art. 197**. En cas de divorce, le conjoint divorcé, ou en cas de dissolution du partenariat pour une cause autre que le décès, en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, l'ancien partenaire, a droit, sans préjudice des conditions prévues aux articles 195 L. 9.7.04,15,20°,a)

et 196, lors du décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire, à une pension de survie à condition de ne pas avoir contracté un nouvel engagement par mariage ou partenariat, avant le décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire.

2 Les conditions d'attribution sont à apprécier au moment du décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension. L. 22.12.89,IV,3°

3 La pension de survie du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, est établie sur la base de la pension de survie prévue à l'article 217 en fonction des périodes d'assurances visées aux articles 171, 173, 173bis et 174 accomplies par le conjoint ou le partenaire pendant la durée du mariage ou du partenariat par rapport à la durée totale des périodes d'assurance visées à ces articles. L. 9.7.04,15,20°,b)

4 En cas de concours d'un ou de plusieurs conjoints divorcés ou d'un ou de plusieurs anciens partenaires d'un partenariat ayant été dissous pour une cause autre que le décès, au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avec un conjoint ou un partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension de survie prévue à l'article 217 est répartie entre les ayants droit proportionnellement à la durée des différents mariages ou partenariats, sans que la pension d'un conjoint divorcé ou d'un ancien partenaire ne puisse excéder celle qui lui reviendrait conformément à l'alinéa précédent; le cas échéant la part excédentaire est attribuée au conjoint ou au partenaire survivant. L. 9.7.04,15,20°,c)

5 En cas de décès de l'un des ayants droit, la pension des autres est recalculée conformément au présent article. L. 22.12.89,IV,3°

6 Six mois après le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension, la pension est répartie entre les ayants droit qui en ont fait la demande. Les ayants droit qui n'ont pas présenté de demande dans ce délai, n'ont droit à la part qui leur est due qu'à partir du jour de leur demande.

1 **Art. 198.** Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité attribuée en vertu du présent livre ou un assuré, remplissant les conditions prévues à l'article 195 décède sans laisser de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, le droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption, à condition: L. 9.7.04,15,21°,a)

a) qu'ils soient veufs ou veuves, divorcés, séparés de corps, anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou célibataires; L. 9.7.04,15,21°,b)

b) qu'ils vivent depuis au moins cinq années précédant le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension en communauté domestique avec lui; L. 24.4.91,I,13°

c) qu'ils aient fait son ménage pendant la même période et L. 27.7.87

d) que l'assuré ou le bénéficiaire de pension ait contribué pour une part prépondérante à leur entretien pendant la même période;

e) qu'ils soient âgés de plus de quarante ans au moment du décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension.

2 Si la communauté a été dissoute avant le décès pour maladie grave de l'assuré ou du bénéficiaire de pension ou tout autre cas de force majeure, le droit à pension est maintenu, si la communauté avait duré pendant les cinq années ayant

précédé cette dissolution, sans préjudice des autres dispositions prévues ci-dessus.

3 Lorsqu'il y a plusieurs ayants droit en vertu du présent article, la pension de survie se partage par tête.

4 En cas de concours avec une pension revenant à un ou plusieurs conjoints divorcés ou à un ou plusieurs anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, les pensions sont fixées proportionnellement à la durée des mariages ou des partenariats d'une part, et à la durée de l'occupation dans le ménage d'autre part, sans que la pension du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, visée à l'article 197 ne puisse dépasser celle qui lui reviendrait s'il était le seul bénéficiaire; le cas échéant, la part excédentaire est attribuée au bénéficiaire visé à l'alinéa 1 du présent article. L. 9.7.04,15,21°,c)

5 En cas de concours de la pension attribuée en vertu du présent article avec une autre pension de survie, seule la pension la plus élevée est due. L. 27.7.87

1 **Art. 199.** Ont droit après le décès soit du père, soit de la mère, à une pension de survie, les enfants légitimes dans les mêmes conditions de stage que celles prévues pour les autres pensions de survie.

2 La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle est accordée ou maintenue au maximum jusqu'à l'âge de vingt-sept ans si l'orphelin est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession. L. 24.4.91,I,14°

3 Sont assimilés à des enfants légitimes au regard des dispositions qui précèdent: L. 27.7.87

- les enfants légitimés;
- les enfants adoptifs;
- les enfants naturels;
- tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que l'assuré ou le bénéficiaire de pension en ait assumé l'entretien et l'éducation pendant les dix mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs.

1 **Art. 200.** Les droits des survivants sont également ouverts en cas d'absence de l'assuré. Il est réputé absent, lorsqu'on n'a pas eu à son sujet des nouvelles dignes de foi pendant une année et que les circonstances rendent probable son décès. La caisse de pension peut exiger des survivants l'affirmation sous serment qu'ils n'ont pas reçu d'autres nouvelles de la personne absente que celles qu'ils ont fait connaître à la caisse de pension.

2 La caisse de pension fixe, d'après une appréciation équitable, le jour de la mort de l'absent.

Début de la pension de survie

Art. 201. Les pensions de survie commencent à courir le jour du décès de l'assuré ou, si l'assuré était titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, le premier jour du mois qui suit le décès.

Art. 202. Toutefois, les pensions des survivants qui ont vécu avec un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité en ménage commun ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pendant les trois mois consécutifs à l'ouverture du droit jusqu'à concurrence de la pension du défunt. Le complément est réparti entre les différentes pensions proportionnellement au montant de chacune.

1 **Art. 203.** Si le défunt n'était pas encore titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, les pensions des survivants, ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pour le mois du décès et les trois mois subséquents jusqu'à concurrence de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit en vertu de l'article 186. Pour l'application de cette disposition chaque jour du mois du décès de l'assuré est compté uniformément pour un trentième du mois.

2 En cas d'application de l'article 125-1 du Code du travail les pensions de survie ainsi que le complément dû en application de l'alinéa 1 du présent article sont versés à titre de compensation à l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents. L.13.5.08,2,12°

Cessation de la pension

1 **Art. 204.** Les pensions de survivant de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, cessent d'être payées à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat. L. 9.7.04,15,22°,a)

2 Si le titulaire d'une pension de survie contracte un nouvel engagement par mariage ou partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avant l'âge de cinquante ans la pension de survie est rachetée au taux de cinq fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat après l'âge de cinquante ans, le taux est réduit à trois fois le montant prévisé. L. 9.7.04,15,22°,b)

3 Toutefois le montant du rachat ne peut pas être supérieur respectivement à cinq fois et trois fois la pension annuelle qui aurait été due pour la même période sans application des dispositions de l'article 229 et sans prise en compte des majorations proportionnelles spéciales et forfaitaires spéciales. L. 27.7.87

1 **Art. 205.** Si le nouveau mariage est dissous par le divorce ou le décès du conjoint, ou si le nouveau partenariat a été valablement dissous en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension est rétablie après respectivement cinq ou trois années à compter du nouvel engagement par mariage ou partenariat, suivant que celui-ci a eu lieu avant ou après l'âge de cinquante ans. Au cas où la dissolution du mariage ou du partenariat se situe dans la période couverte par le rachat, la pension est rétablie à partir du premier jour du mois qui suit cette dissolution, déduction faite du montant ayant servi à la détermination du rachat prévu à l'alinéa 2 de l'article 204 pour la période résiduelle. L. 9.7.04,15,23°,a)

2 Au cas où le décès du nouveau conjoint ou du nouveau partenaire ouvre également droit à une pension, seule la pension la plus élevée au moment de l'ouverture du droit à cette dernière est payée, compte tenu de l'application de l'alinéa qui précède. A l'expiration de la période couverte par le rachat il est procédé à une nouvelle comparaison et la pension la plus élevée est définitivement allouée. L. 9.7.04,15,23°,b)

1 **Art. 206.** Sauf en cas d'études, la pension d'orphelin cesse d'être payée à partir du mois suivant le mariage ou la déclaration de partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, du bénéficiaire. L. 9.7.04,15,24°

2 Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension d'invalidité. L. 27.7.87

Déchéance des droits

1 **Art. 207**. Les prestations d'invalidité ne sont pas dues si l'assuré a provoqué l'invalidité, soit intentionnellement, soit dans l'accomplissement d'un crime.

2 Toutefois, pour la durée de l'invalidité de l'assuré, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, et les enfants peuvent prétendre à une pension équivalente à la pension de survie à laquelle ils auraient pu prétendre en cas de décès de l'assuré, à condition qu'ils résident au Luxembourg et qu'ils aient été entretenus d'une façon prépondérante par les revenus de l'assuré. L. 9.7.04,15,25°

3 Lorsqu'il a été établi par jugement pénal que les ayants droit ont causé volontairement le décès ou l'invalidité de l'assuré ou y ont contribué par un acte intentionnel, ils sont déchus de tout droit à pension. L. 27.7.87

Paiement des pensions

1 **Art. 208.** Les pensions sont payées mensuellement par anticipation. Les paiements sont effectués en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros. L. 1.8.01,65,(3)

2 Elles cessent d'être payées à la fin du mois au cours duquel décède le bénéficiaire ou au cours duquel les conditions d'attribution viennent à défaillir. L. 27.7.87

3 Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie ou de décès du conjoint ou du partenaire. L. 9.7.04,15,26°

4 Le paiement se fait valablement au moyen d'un virement à un compte bancaire du bénéficiaire auprès d'un établissement financier. Les frais sont à charge du bénéficiaire, sauf ceux mis en compte par l'établissement financier de la caisse de pension en cas d'utilisation par le bénéficiaire de numéros et codes permettant une procédure entièrement automatisée pour les virements transfrontaliers à l'intérieur de l'Union européenne. L. 21.12.04,I,15°

1 **Art. 209.** Les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, sinon à ses successeurs en ligne directe jusqu'au deuxième degré. L. 9.7.04,15,27°

2 A défaut de parenté au degré susceptible en vertu de l'alinéa qui précède, les prestations restent acquises à la caisse. L. 27.7.87

Suspension, modification et suppression des pensions

1 **Art. 210.** Les pensions sont suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois.

2 Toutefois, pour la durée de la détention la pension due à un détenu est dévolue aux personnes qui, en cas de décès, auraient droit à une pension de survie, à condition qu'ils résident au Luxembourg et que le pensionné ait contribué d'une façon prépondérante à leur entretien. En cas de divorce ou de séparation, le conjoint, ou, en cas de dissolution du partenariat en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, l'ancien partenaire a droit à la pension jusqu'à concurrence des pensions alimentaires. L. 9.7.04,15,28°

3 Toute suspension prend cours à l'expiration du mois au cours duquel se produit l'événement y donnant lieu. Elle cesse d'être appliquée à l'expiration du mois au cours duquel la cause de suspension est venue à défaillir. L. 27.7.87

4 Lorsqu'une pension a été octroyée ou liquidée sur erreur matérielle elle est modifiée ou supprimée suivant le cas.

Restitution

1 **Art. 211.** Toute pension est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

2 Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la pension est relevée, réduite ou supprimée.

3 Les prestations octroyées ou liquidées de trop peuvent être récupérées.

4 La restitution de prestations est obligatoire si l'assuré ou le bénéficiaire de pension a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

5 Les sommes indûment touchées sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 222. La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit.

6 Les titulaires de pension accordée pour cause d'invalidité sont tenus de se soumettre, sous peine du retrait de la pension, aux examens prescrits par le Contrôle médical de la sécurité sociale. La pension retirée ne peut être allouée pour la période de trois mois consécutifs au retrait, à moins que l'assuré ne prouve que l'examen médical n'a pu avoir lieu pour des raisons indépendantes de sa volonté.

Prescription des arrérages de pension

1 **Art. 212.** Le droit à pension ne se prescrit pas.

2 Le droit à chaque arrérage se prescrit par cinq ans à partir du jour où il a pris naissance.

Remboursement de cotisations

1 **Art. 213.** Lorsqu'après l'expiration de la soixante-cinquième année d'âge, l'assuré ne remplit pas la condition de stage prévue à l'article 183 et n'a pas bénéficié, au Luxembourg ou à l'étranger, de prestations de pension sur base des périodes d'assurance concernées, les cotisations effectivement versées sur son compte, à l'exclusion de la part à charge des pouvoirs publics au titre de l'article 239, lui sont remboursées sur demande compte tenu de l'adaptation à l'indice du coût de la vie prévue à l'article 224. Le remboursement fait perdre tout droit à prestations et les périodes d'assurance concernées sont définitivement éteintes. L. 13.12.17,3,11°

2 Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 241, alinéa 3, la différence n'est pas mise en compte pour le calcul de la pension, mais l'assuré a droit au remboursement de la part de cotisations afférente lui incombant conformément à l'article 240 sur demande par année civile et au plus tard au moment de l'attribution de la pension. L. 6.4.99,II,8)

Art. 213bis. Lorsqu'une personne passe à un régime de pension d'un organisme international prévoyant le rachat des droits à pension acquis pendant les périodes d'occupation antérieures à sa titularisation, les cotisations versées sont transférées sur demande présentée par l'intéressé avant l'échéance du risque au régime de pension de l'organisme international compte tenu d'intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de chaque année d'affiliation. L.13.5.08,2,12bis°

Calcul des pensions

Art. 214. La pension de vieillesse annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,I,9°

1) les majorations proportionnelles correspondant au produit de la multiplication du taux de pourcentage respectif du tableau visé à l'alinéa 2 par la somme des éléments de rémunération soumis à retenue pour pension, mis en compte au titre des articles 171, 173, 173bis et 174 avant le début du droit à la pension de vieillesse et déterminés conformément à l'article 220. Si à la date du début du droit à la pension la somme du nombre d'années entières au titre de l'article 171 et de l'âge du bénéficiaire dépasse le seuil respectif du tableau visé à l'alinéa 2, ce taux est majoré du produit de la somme des années entières dépassant ce seuil par l'augmentation respective du tableau visé à l'alinéa 2. Toutefois, ce taux ne peut dépasser 2,05 pour cent;
2) les majorations forfaitaires correspondant, après une durée de quarante années au titre des articles 171 à 174, au produit de la multiplication du taux de pourcentage respectif du tableau visé à l'alinéa 2 par le montant de référence défini à l'article 222; les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année, accomplie ou commencée, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante.

   Le taux, le seuil et l'augmentation par année des majorations proportionnelles, ainsi que le taux par année des majorations forfaitaires visées à l'alinéa 1, sont fixés dans le tableau ci-dessous en fonction de l'année du début du droit à la pension.

année du début du droit à la pension	majorations forfaitaires	majorations proportionnelles		
	taux (%)	taux (%)	seuil	augmentation (%)
avant 2013	23,500	1,850	93	0,010
2013	23,613	1,844	93	0,011
2014	23,725	1,838	93	0,011
2015	23,838	1,832	93	0,012
2016	23,950	1,825	93	0,012
2017	24,063	1,819	93	0,012
2018	24,175	1,813	94	0,013
2019	24,288	1,807	94	0,013
2020	24,400	1,800	94	0,013
2021	24,513	1,794	94	0,014
2022	24,625	1,788	94	0,014
2023	24,738	1,782	94	0,015
2024	24,850	1,775	95	0,015
2025	24,963	1,769	95	0,015
2026	25,075	1,763	95	0,016
2027	25,188	1,757	95	0,016
2028	25,300	1,750	95	0,016

2029	25,413	1,744	95	0,017
2030	25,525	1,738	96	0,017
2031	25,638	1,732	96	0,018
2032	25,750	1,725	96	0,018
2033	25,863	1,719	96	0,018
2034	25,975	1,713	96	0,019
2035	26,088	1,707	97	0,019
2036	26,200	1,700	97	0,019
2037	26,313	1,694	97	0,020
2038	26,425	1,688	97	0,020
2039	26,538	1,682	97	0,021
2040	26,650	1,675	97	0,021
2041	26,763	1,669	98	0,021
2042	26,875	1,663	98	0,022
2043	26,988	1,657	98	0,022
2044	27,100	1,650	98	0,022
2045	27,213	1,644	98	0,023
2046	27,325	1,638	98	0,023
2047	27,438	1,632	99	0,024
2048	27,550	1,625	99	0,024
2049	27,663	1,619	99	0,024
2050	27,775	1,613	99	0,025
2051	27,888	1,607	99	0,025
2052	28,000	1,600	100	0,025
après 2052	28,000	1,600	100	0,025

Art. 215. Lorsque l'assuré justifie de périodes correspondant à la jouissance d'une pension d'invalidité, accordée en vertu du présent livre, se situant avant l'âge de cinquante-cinq ans, il est tenu compte dans la somme visée à l'article 214, 1) de la base de référence visée à l'article 216, 2) pour la durée de ces périodes, pour autant qu'il n'y ait pas superposition avec des salaires, traitements ou revenus cotisables. En cas de superposition, la prise en compte de la base de référence en lieu et place des salaires, traitements ou revenus cotisables pour l'ensemble de la période n'est effectuée que dans la mesure où ce mode de calcul s'avère plus favorable. L. 27.7.87

1 **Art. 216.** La pension d'invalidité annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,I,10°

1) les majorations proportionnelles prévues à l'article 214, alinéa 1, point 1);

2) les majorations proportionnelles spéciales correspondant au produit de la multiplication du taux des majorations proportionnelles visé à l'article 214, alinéa 1, point 1), appliqué à la base de référence définie à l'article 221 par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la cinquante-cinquième année d'âge;

3) les majorations forfaitaires prévues à l'article 214, alinéa 1, point 2);

4) les majorations forfaitaires spéciales correspondant à autant de quarantièmes du produit de la multiplication du taux des majorations forfaitaires visé à l'article 214, alinéa 1, point 2) par le montant de référence défini à l'article 222 qu'il manque d'années entre le début du droit à la pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis, sans que le nombre d'années mises en compte au titre des points 3) et 4) ne puisse dépasser celui de quarante; l'année commencée compte pour une année entière.

2 Si l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans, les majorations prévues au point 4) ci-dessus ne sont allouées qu'en proportion du nombre des années visées à l'article 214, alinéa 1, point 2) accomplies après le début de l'année civile suivant celle où l'assuré a atteint l'âge de vingt-quatre ans par rapport au nombre d'années se situant entre ce début et l'échéance du risque.

1 **Art. 217.** La pension de survie annuelle du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, se compose de trois quarts des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou l'assuré avait ou aurait eu droit conformément à l'article 214 ou 216. L. 9.7.04,15,29°

2 L'alinéa 2 de l'article 192 est applicable le cas échéant. L. 24.4.91, I

3 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt.

1 **Art. 218.** La pension de survie annuelle de l'orphelin se compose d'un quart des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que d'un tiers des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou l'assuré décédé avait ou aurait eu droit conformément à l'article 214 ou 216.

2 L'alinéa 2 de l'article 192 est applicable le cas échéant.

3 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt.

4 Pour les orphelins de père et de mère la pension sera du double de celle visée ci-dessus. Lorsqu'un droit à pension d'orphelin existe tant du chef du père que du chef de la mère en vertu du présent livre, seule la pension la plus élevée est payée, application faite de la phrase précédente. L. 27.7.87

1 **Art. 219.** En aucun cas l'ensemble des pensions de survivants du chef d'un assuré ne peut être supérieur à la pension qui aurait été due à l'assuré ou, si ce mode de calcul est plus favorable, à la moyenne visée à l'article 226, sans que cette moyenne ne puisse être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour cent. L. 21.12.12,I,11°

2 Si le total des pensions des survivants dépasse cette limite, elles sont réduites proportionnellement. L. 27.7.87

1 **Art. 219bis.** Une allocation de fin d'année est allouée aux personnes qui ont droit à une pension au 1er décembre, à condition que le taux de cotisation global visé à l'article 238 ne dépasse pas 24 pour cent. L. 21.12.12,I,12°

Pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité, de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant l'allocation équivaut à 1,67 euro pour chaque année d'assurance accomplie ou commencée, au titre des articles 171 à 174 sans que le nombre d'années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante. Ce montant correspond au nombre cent de

l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et à l'année de base prévue à l'article 220. Il est adapté au coût de la vie ainsi que revalorisé en vertu de l'article 225 et réajusté en vertu de l'article 225bis**.**

3 Pour les bénéficiaires d'une pension d'orphelin, l'allocation correspond à un tiers de l'allocation déterminée conformément à l'alinéa qui précède. Elle est de deux tiers pour les orphelins de père et de mère. L. 28.6.02,1,7°

4 L'allocation est répartie, le cas échéant, entre deux ou plusieurs conjoints survivants, conjoints divorcés ou partenaires au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivants conformément à l'article 198, alinéa 4. L. 9.7.04,15,30°,b)

5 L'allocation est également allouée aux bénéficiaires visés à l'article 198, alinéa 1er. L. 28.6.02,1,7°

6 Si la pension n'est pas versée au bénéficiaire pour l'année civile entière, ladite allocation se réduit à un douzième pour chaque mois de calendrier entier, les journées du mois commencé étant comptées uniformément pour un trentième du mois. Le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats[1)] ayant vécu en communauté domestique avec le bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité a droit à la totalité de l'allocation pour la période de l'année civile s'étendant jusqu'à la fin du mois du décès.

7 Le montant de l'allocation n'est pas pris en compte pour l'application des dispositions des articles 226 à 229, mais il est réduit dans la même mesure que la pension par l'effet de ces dispositions.

8 Par dérogation à l'article 141 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, la retenue d'impôt est déterminée d'après le barème de retenue mensuelle.

Définition des bases de calcul

1 **Art. 220.** Les salaires, traitements ou revenus cotisables, postérieurs au 1er janvier 1988 intervenant dans le calcul des pensions, sont portés ou réduits par année de calendrier au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 sur la base de la moyenne annuelle pondérée des indices mensuels du coût de la vie, sauf les salaires, traitements ou revenus de l'année de la réalisation du risque pour lesquels est appliquée la moyenne pondérée des indices mensuels du coût de la vie correspondant aux mois entiers écoulés jusqu'à cette date. L. 27.7.87

2 Pour les salaires, traitements ou revenus cotisables antérieurs au 1er janvier 1988, continuent à sortir leurs effets les anciens articles 202, alinéas 2 à 7 du Code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1987 et l'article 37, alinéas 2 et 3 de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés. Pour la conversion au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, des cotisations ou revenus portés en compte antérieurement au 1er janvier 1988, continuent à sortir leurs effets les dispositions contenues aux anciens articles 15, alinéa 1[4)] de la loi du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des artisans, telle qu'elle a été modifiée notamment par la loi du 23 décembre 1976 portant fusion des régimes de pension des artisans et des commerçants et industriels et la loi du 3 septembre 1956 ayant pour objet la L. 21.12.12,I,13° L. 27.7.87

création d'une caisse de pension agricole; pour autant que de besoin les cotisations mises en compte antérieurement au 1er janvier 1985 sont converties en revenus en les multipliant par le facteur dix.

3 Pour les périodes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 7) est mise en compte la moyenne mensuel des revenus cotisables portés en compte au titre de l'article 171 au cours des douze mois d'assurance précédant immédiatement celui de l'accouchement ou de l'adoption, déduction faite des revenus cotisables portées en compte au profit des intéressés à un autre titre. Toutefois, le revenu porté en compte au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 7), ne peut être inférieur à 270,28 euros par enfant et par mois au nombre indice 100 du coût de la vie du 1er janvier 1948 et à l'année de base 1984. L. 21.12.12,I,14° L. 17.11.03,I,6°

4 Les salaires, traitements ou revenus ainsi portés ou réduits au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions. A cet effet ils sont divisés par des facteurs de revalorisation exprimant la relation entre le niveau moyen brut des salaires de chaque année de calendrier et le niveau moyen brut des salaires de l'année de base. L. 21.12.12,I,15°

5 Les revenus correspondant à un achat rétroactif, réduits ou portés au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie de l'année de base en les divisant par le facteur de revalorisation de l'année de la réalisation du risque lorsque celle-ci est postérieure à l'année de base.

6 L'année de base servant de référence pour le calcul des pensions est l'année 1984.

7 Un règlement grand-ducal fixe les facteurs de revalorisation applicables aux salaires, traitements ou revenus des années se situant jusqu'au 31 décembre 2011. Ceux des années postérieures sont fixés annuellement par règlement grand-ducal avant le 31 décembre de l'année subséquente. R. 26.12.12 R. 13.12.17

8 Si au moment du calcul de la pension le facteur de revalorisation de l'année du début du droit à la pension ou de l'année précédente n'est pas encore fixé, celui déterminé pour l'année précédente est applicable. Il n'est pas procédé à la modification des bases de calcul lors de la fixation ultérieure des facteurs.

1 **Art. 221.** La base de référence annuelle servant au calcul des majorations proportionnelles spéciales visée à l'article 216 est définie comme suit: L. 27.7.87

1) Lorsque l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173, 173bis et 174 et correspondant à la période se situant entre le début de l'année civile suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de vingt-quatre ans et l'échéance du risque, divisée par le nombre d'années se situant dans la période correspondante. Au cas où cette période est inférieure à deux années, sont prises en compte les deux années précédant l'échéance du risque.

2) Ne sont pas à comprendre dans le diviseur le nombre d'années se situant dans cette période et correspondant aux périodes prévues aux numéros 1) à 4) ainsi qu'au numéro 7) de l'article 172 pendant lesquelles des cotisations n'ont pas été portées en compte; au cas où L. 24.4.91,I,19°

des cotisations auraient été portées en compte simultanément au titre des articles 171, 173, 173bis[2)] et 174 la prise en compte de ces revenus cotisables et de ces périodes se fait suivant le mode de calcul le plus favorable pour l'assuré.

3) Lorsque l'échéance du risque se situe avant l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173 et 174 divisés par le nombre d'années d'assurance au titre des mêmes articles. Sont négligées tant au numérateur qu'au dénominateur les périodes pendant lesquelles l'assuré cotisait sur une assiette inférieure au salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, la base de référence ne saurait être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222. L. 27.7.87 L. 24.4.91,I

2 En aucun cas, la base de référence ne peut dépasser le quintuple du montant de référence prévu à l'article 222.

Art. 222. Le montant de référence annuel au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et défini pour l'année de base prévue à l'article 220 est égal à 2 085 euros. L. 28.6.02,1,9°

Pensions minima et maxima

1 **Art. 223.** Aucune pension d'invalidité ou de vieillesse ne peut être inférieure à quatre-vingt-dix pour cent du montant de référence prévu à l'article 222 lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de quarante années au titre des articles 171 à 174. Si l'assuré n'a pas accompli le stage prévisé mais justifie de vingt années d'assurance au titre des mêmes articles, la pension minimum se réduit d'un quarantième pour chaque année manquante. L. 24.4.91,I,21° L. 27.7.87

2 En cas d'invalidité sont prises en compte pour parfaire le stage prévu à l'alinéa précédent, le nombre d'années manquantes entre le début du droit à pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis sans que le nombre total d'années, compte tenu des années prévues à l'alinéa précédent, ne puisse dépasser celui de quarante. Lorsque l'invalidité survient après l'âge de vingt-cinq ans, le nombre d'années visé à la phrase précédente n'est pris en compte que dans la proportion de la durée[1)] au sens de l'alinéa précédent entre le début de l'année suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de vingt-quatre ans et l'échéance du risque par rapport à la durée totale de cette période.

3 Pour autant que de besoin, un complément est alloué. En cas de décès d'un assuré ou d'un bénéficiaire de pension remplissant les conditions de stage prévues ci-dessus, le complément pour la pension de survie est alloué à raison d'un quart pour l'orphelin. La pension de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats est augmentée jusqu'à concurrence de la pension minimum à laquelle avait ou aurait eu droit l'assuré décédé. L. 25.7.05,I,24°

4 Aucune pension personnelle ne peut être supérieure à cinq sixièmes du quintuple du montant de référence prévu à l'article 222. Les facteurs de réversion prévus aux articles 217 et 218 sont applicables. L. 27.7.92,III,5°

Adaptation au coût de la vie

Art. 224. Les pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survie calculées conformément aux dispositions qui précèdent correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat. L. 27.7.87

Revalorisation au moment de l'attribution de la pension

1 **Art. 225.** Les pensions dont le début du droit se situe avant le 1er janvier 2014 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de l'année 2009, fixé par dérogation à l'article 220, alinéa 7 à 1,405. L. 21.12.12,I,16°

2 Les pensions dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2013 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la pension.

Réajustement des pensions

1 **Art. 225bis.** Les pensions calculées conformément à l'article 225 sont multipliées par le produit des différents facteurs de réajustement déterminés par année de calendrier et ce à partir de l'année postérieure au début du droit à la pension, mais au plus tôt à partir de l'année 2014. L. 21.12.12,I,17°

2 Le facteur de réajustement représente pour une année de calendrier la somme de l'unité et du produit de la multiplication du taux de variation annuel du facteur de revalorisation entre l'avant-dernière année et l'année précédant celle-ci par le modérateur de réajustement applicable pour l'avant-dernière année.

3 Ce modérateur de réajustement est fixé à 1 à partir de l'année 2012.

4 Tous les ans, le Gouvernement examine s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du modérateur de réajustement par la voie législative. Si la prime de répartition pure de l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse le taux de cotisation global visé à l'article 238, le Gouvernement soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant refixation du modérateur de réajustement à une valeur inférieure ou égale à 0,5 pour les années à partir de l'année précédant la révision.

5 Toutefois, le modérateur de réajustement peut de nouveau être augmenté à une valeur ne dépassant pas 1 pour les années à partir de l'année précédant la révision, si le taux de cotisation global visé à l'article 238 pour l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse la prime de répartition pure.

6 La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension. Un règlement grand-ducal fixe annuellement la prime de répartition pure de l'année précédente. R. 13.12.17

Concours de pensions avec d'autres revenus

1 **Art. 226.** En cas de concours d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité avec des salaires, traitements ou indemnités pécuniaires versées au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident, réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger, la pension est réduite dans la mesure où ces revenus dépassent ensemble avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, si la pension est inférieure à ce plafond, et elle est réduite du montant de ces revenus si la pension est supérieure à ce plafond. Ce plafond ne peut être inférieur au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de cinquante pour cent. L. 21.12.12,I,18°

2 Pour le calcul de la moyenne visée ci-dessus, il est fait abstraction dans l'intérêt du bénéficiaire de pension de la première et de la dernière année d'affiliation ou de l'une de ces années seulement. Si la durée d'affiliation est inférieure à cinq années civiles, la moyenne est égale à la moyenne des salaires, traitements ou revenus cotisables correspondants. L. 27.7.87

Art. 227.En cas de concours d'une pension d'invalidité ou de vieillesse avec une rente d'accident à titre personnel, due en vertu du présent code ou d'un régime étranger, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident la moyenne visée à l'article 226, sans que cette moyenne ne puisse être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour cent. Pour le cas où cet autre mode de calcul est plus favorable, le revenu professionnel qui a servi de base au calcul de la rente d'accident est pris en compte. L. 21.12.12,I,19°

1 **Art. 228.** En cas de concours d'une pension de survie avec une rente d'accident de survie due en vertu du présent code ou d'un régime étranger du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident trois quarts des plafonds visés à l'article qui précède lorsqu'il s'agit d'une veuve, d'un veuf, d'un ancien partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou d'un orphelin de père et de mère, ou d'un tiers de ces plafonds lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère. Toutefois, l'ensemble des pensions et rentes d'accident du chef du même assuré ne peut pas dépasser les plafonds visés à l'article qui précède. L. 12.5.10,3,6°

2 Les alinéas 2 et 3 de l'article qui précède sont applicables.

1 **Art. 229** Lorsque la pension de survie, attribuée en vertu des articles 195, 197, 198 et 205 et calculée conformément aux articles 202, 203 et 217 dépasse ensemble avec les revenus personnels du bénéficiaire un seuil correspondant au montant de référence prévu à l'article 222, augmenté de cinquante pour cent, elle est réduite à raison de trente pour cent du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le seuil prévisé au cas où la pension de survie est inférieure à ce seuil. Ce seuil est augmenté de quatre pour cent pour chaque enfant ouvrant droit à la mise en compte au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 7) ou du forfait d'éducation créé par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. Ce pourcentage est porté à douze pour cent pour chaque enfant bénéficiant d'une pension au titre de l'article 199. L. 24.4.91,I,25° L. 28.6.02,1,11°,a)

2 En cas de concours de la pension de survie avec une rente d'accident de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, due en vertu du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, les revenus personnels et le seuil ne sont pris en compte pour l'application de l'alinéa qui précède qu'au prorata de la pension de survie par rapport à l'ensemble de cette pension et de la rente de survie. L. 12.5.10,3,7°

3 Sont pris en compte au titre des revenus personnels: L. 13.12.17,3,13°

1) qu'ils soient réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger:

a) les revenus professionnels et les revenus de remplacement au sens de l'article 171, alinéa 1, sous 3) dépassant deux tiers du montant de référence visé à l'article 222,

b) les pensions et les rentes issues d'un régime légal au sens de la législation sociale, à l'exception des pensions ou rentes de survie du chef du même conjoint ou du même partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;

2) le forfait d'éducation prévu par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation.

4 L'indemnité visée à l'article L. 125-1, paragraphe 2 du Code du travail n'est pas prise en compte au titre de l'alinéa précédent. L. 13.12.17,3,14°

1 **Art. 230.** En cas de concours avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement au sens de l'article 171, alinéa 1, point 3), la pension de vieillesse anticipée, la pension d'invalidité ou la pension de survie n'est recalculée qu'une fois par année conformément aux articles 226 et 229 et ce avec effet au 1er avril. L. 21.12.12,I,20°

2 Pour les activités salariées est pris en considération le revenu correspondant à l'année civile précédant le début de la pension ou le recalcul annuel prévu à l'alinéa précédent. Au cas où l'activité ne couvre pas l'année civile entière, le revenu annuel à porter en compte est déterminé sur base des revenus mensuels entiers de cette année et, à défaut, sur base du dernier revenu mensuel entier de la période subséquente. Pour l'application de l'article 226, il n'est pas tenu compte des revenus provenant d'une activité exercée avant l'échéance du risque.

3 Pour les activités non salariées, est mis en compte le revenu qui sert ou servirait à la détermination de l'assiette cotisable de l'année civile du début de la pension de survie ou du recalcul annuel prévu à l'alinéa 1 du présent article. Il n'est fait application ni du minimum ni du maximum cotisable. L. 24.4.91,I,26°

L. 6.4.99,II,11)

4 Par dérogation aux alinéas qui précèdent, toute reprise d'une activité professionnelle et toute augmentation du revenu professionnel en cours d'année dépassant vingt-cinq pour cent entraînent la refixation de la pension à partir du mois qui suit cette augmentation. La refixation est effectuée sur demande du bénéficiaire lorsque celui-ci prouve une diminution de son revenu, pendant trois mois et à raison de dix pour cent au moins, par rapport à celui mis en compte. La réduction cesse à partir du mois suivant l'abandon de l'activité professionnelle. L. 24.4.91,I,26°

5 En cas de concours d'une pension de survie avec des pensions ou rentes, celles-ci sont mises en compte pour l'application de l'article 229 suivant le montant correspondant au mois de la réduction.

6 Le bénéficiaire de pension doit signaler à la caisse de pension les revenus au sens des articles 226 et 229 et en justifier les montants. Les montants versés en trop sont récupérés ou déduits de la pension nonobstant la limitation prévue à l'article 211. La caisse de pension peut toutefois renoncer en tout ou en partie à la récupération des montants versés en trop. Si le bénéficiaire de pension ne fournit pas les indications requises, le paiement de la pension est suspendu.

7 Pour l'application des articles 226 à 229, tous les montants sont portés en compte pour leur valeur réduite au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et définis pour l'année de base prévue à l'article 222. Le revenu en concours avec la pension est réduit au niveau de l'année de base en le divisant par le produit de la multiplication du facteur de revalorisation applicable à la pension au sens de l'article 225 par les facteurs de réajustement applicables à la pension au sens de l'article 225bis. L. 21.12.12,I,21°

Art. 231. En cas de concours de plusieurs prestations de sécurité sociale, le cas échéant, avec des revenus professionnels, les dispositions de non-cumul sont appliquées dans l'ordre suivant: article 223, 219, 226, 227, 228 et 229. Une pension réduite par suite de l'application de l'une de ces dispositions est portée en compte pour l'application de la disposition subséquente à raison de son montant réduit. L. 27.7.87

Art. 231bis. En cas de concours d'une pension visée par le présent livre et d'une pension de même nature due en vertu de la législation d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument international en matière de sécurité sociale, à condition que ce pays applique également des clauses de réduction, de suspension ou de suppression à l'égard de la prestation considérée, tous les éléments intervenant dans les clauses de réduction, de suspension ou de suppression sont pris en compte au prorata de la durée des périodes au titre des articles 171, 173, 173 bis et 174 accomplies avant la réalisation du risque par rapport à la durée totale des périodes accomplies avant la réalisation du risque sous les différentes législations en cause. L. 6.4.99,II,12)

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 232. Si celui à qui compète une pension en vertu du présent livre possède contre des tiers un droit légal à la réparation du dommage résultant pour lui de l'invalidité ou du décès fondant son droit à la pension, le droit à la réparation des dommages de la même espèce que ceux couverts par la pension passe à la caisse de pension jusqu'à concurrence de ses prestations. Si la pension revêt un caractère permanent, le recours porte sur le capital de couverture, déduction faite des expectatives acquises. Les modalités d'application peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal. L. 27.7.87 R. 18.11.92

Art. 233. Au cas où l'assuré a touché l'indemnité due par le tiers responsable, nonobstant les dispositions qui précèdent, la caisse peut compenser la pension due avec l'indemnité touchée, à moins que l'assuré ne consente à rétrocéder l'indemnité touchée à la caisse.

Concours de l'assurance et de l'assistance

Art. 234. Les dispositions du présent livre ne modifient ni les obligations légales des communes et des offices sociaux envers les indigents, en général, ni les obligations légales, statutaires ou contractuelles, concernant l'assistance des

vieillards, des malades, des personnes indigentes ou atteintes d'incapacité de travail.

1 **Art. 235.** La commune, le Fonds national de solidarité ou l'office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de pension pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une pension, a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrérages de pension, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

2 La demande doit être présentée, sous peine de forclusion, dans un délai de trois mois à dater de la cessation des prestations.

Art. 236. L'Agence pour le développement de l'emploi qui a versé l'indemnité de chômage complet pour une période pendant laquelle l'assuré avait droit à une pension d'invalidité, peut se faire attribuer par simple lettre les arrérages de pension redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité relative à la même période. Le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 235 est applicable.

Mesures de réhabilitation et de reconversion

1 **Art. 237.** Les mesures de réhabilitation et de reconversion prévues à l'article 189 sont à charge de la caisse de pension chargée du paiement de la pension.

2 Les conditions et les modalités des mesures visées à l'alinéa ci-avant sont fixées par voie de règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d'Etat et de la commission de travail de la chambre des députés. R. 2.9.88

3 Le même règlement fixe les montants à déduire le cas échéant de la pension au titre de frais d'entretien du bénéficiaire dans un établissement spécialisé. Au cas où le bénéficiaire a des membres de famille à sa charge, cette déduction ne peut avoir pour effet de réduire la pension au-dessous des pensions de survie auxquelles les membres de famille auraient droit en cas de décès de l'assuré.

Chapitre III. - **Voies et moyens**

Système de financement

1 **Art. 238.** Pour faire face aux charges qui incombent au régime général de pension, la Caisse nationale d'assurance pension applique le système de la répartition des charges par périodes de couverture de dix ans avec constitution d'une réserve de compensation qui doit être supérieure à 1,5 fois le montant des prestations annuelles. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général de pension sont couvertes par des cotisations. L. 21.12.12,I,22°

2 Un taux de cotisation global est fixé pour chaque période de couverture sur base d'un bilan technique et de prévisions actuarielles établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

3 Au milieu de chaque période de couverture, l'Inspection générale de la sécurité sociale procède à une actualisation de son bilan technique et de prévisions actuarielles.

4 Si ce bilan actualisé montre que le taux de cotisation global fixé initialement ne permet pas de respecter les conditions de l'alinéa 1, le taux de cotisation global est refixé par loi spéciale pour une nouvelle période de couverture de dix ans.

5 Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est fixé à vingt-quatre pour cent.

Cotisations

1 **Art. 239.** L'Etat supporte un tiers des cotisations. L.13.5.08,2,14°

2 Il verse mensuellement des avances fixées à un douzième de la part de l'Etat, telle que prévue dans le budget annuel de la caisse pour l'exercice en cours.

Art. 240. En dehors de l'intervention de l'Etat conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe: L. 28.7.00,27,30)

1) par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11); L. 17.12.10,1,51°

2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, alinéa 1, point 12); L. 9.5.12,2,2.,a)

3) entièrement à charge des assurés pour autant qu'il s'agit de périodes visées aux articles 171, 173, 173bis et 174; L. 28.7.00,27,30)

4) par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause pour autant qu'il s'agit de périodes visées à l'article 171, alinéa 1, point 3); L. 23.7.15,II,13°

5) entièrement à charge des employeurs pour les périodes visées à l'article 171, 4) pour autant que les personnes y visées soient occupées dans un établissement appartenant à leur congrégation; L. 28.7.00,27,30)

6) aux assurés visés à l'article 171, 2) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 6) du même article;

7) à l'assurance dépendance dans la limite prévue à l'article 357 et pour autant qu'il s'agit de périodes au sens de l'article 171 sous 1) ou 13) pendant lesquelles l'assuré a assuré des aides et des soins à une personne dépendante;

8) aux organismes agréés conformément à la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins et pour autant qu'il s'agit de périodes au sens de l'article 171 sous 14) pendant lesquelles l'assuré a assuré l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour;

9) à l'Etat pour autant qu'il s'agit de périodes prévues à l'article 171, 15) jusqu'à concurrence du salaire social minimum;

10) par parts égales à l'Etat et à l'assuré, pour autant qu'il s'agit de périodes visées à l'article 171, 16) jusqu'à concurrence de l'indemnité de congé parental; L. 3.11.16,II,1°

11) par parts égales à l'Etat et aux assurés visés à l'article 171, alinéa 1, point 8) et à l'article173bis, alinéa 2. L. 9.5.12,2,2.,b)

12) par parts égales à l'Etat ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 171, 17). L. 12.9.03,41,7°

13) à l'Etat pour autant qu'il s'agit de périodes prévues à l'article 171, 18) jusqu'à concurrence du salaire social minimum. L. 3.8.05,22,5

Assiette de cotisation L. 27.7.87

1 **Art. 241.** L'assiette de cotisation est constituée dans le cadre de l'assurance pension obligatoire par le revenu professionnel des assurés et dans le cadre de l'assurance pension continuée par un montant déterminé par règlement grand-ducal. R. 5.5.99

2 L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, sauf causes de réduction légalement prévues et sauf pour les activités non salariées exercées à titre accessoire par une personne affiliée à un régime de pension statutaire. Par dérogation à ce principe et à la demande de l'assuré, le minimum de l'assiette de cotisation mensuelle peut dans le cadre de l'assurance pension continuée ou facultative, pour une période maximale de cinq ans, être réduit à un tiers du salaire social minimum mensuel pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. L. 21.12.12,I,23°

3 Pour une activité exercée au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective. L. 6.4.99,II,14)

4 En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable défini à l'alinéa 2 est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois. Le minimum cotisable ne s'applique pas à la rente accident partielle, à moins que l'assiette cotisable ne comprenne un autre revenu. L. 12.5.10,3,8°

5 Pour les périodes correspondant à une activité salariée le revenu professionnel au sens de l'alinéa 1 est constitué par la rémunération brute gagnée, y compris tous les appointements et avantages même non exprimés en numéraire dont l'assuré jouit à raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion de la rémunération des heures supplémentaires. Les rémunérations en nature sont portées en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal. Le règlement grand-ducal peut exclure de l'assiette de cotisation certains éléments de la rémunération non soumis à l'impôt sur le revenu. L. 13.5.08,2,15°,a) R. 16.12.08

6 Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. Les rémunérations non périodiques telles que les indemnités de congé non pris et les gratifications ne sont pas cotisables pour autant qu'elles sont payées après le début du droit à la pension et se rapportent à l'activité exercée avant l'échéance du risque. L. 27.7.87

7 En cas de substitution au revenu professionnel d'un revenu de remplacement au sens de l'article 171, 3), ce revenu est pris en considération pour l'assiette de cotisation. En cas d'indemnité d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

8 Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de

référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

9 Pour les périodes correspondant à une activité non salariée autre qu'agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10 numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. L. 24.4.91,I,28°

10 En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul. Toutefois, les cotisations provisoires mises en compte dans la pension ne sont recalculées qu'à la demande du bénéficiaire qui peut être présenté même lorsque que la décision d'attribution de la pension est devenue définitive. L. 19.6.98,IV,4)

11 Pour les périodes correspondant à une activité non salariée agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est fixé forfaitairement, suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions au revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel. L. 24.4.91,I,28°' R. 27.6.16 R. 27.6.16

12 Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédent précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation. R. 27.6.16

13 (alinéa abrogé) L. 13.5.08,2,15°,b)

1 **Art. 242.** Pour les travailleurs non salariés à l'exception de ceux exerçant une activité agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 de l'article 241 est divisé, le cas échéant, par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal le revenu ne peut dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal. L. 9.7.04,15,34°

2 (alinéa abrogé) L. 19.6.98,IV,5)

Art. 243. Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due. L. 24.4.91,I,29°

1 **Art. 244.** Sur demande à présenter par l'assuré exerçant une activité non salariée autre qu'agricole et disposant de revenus professionnels inférieurs au salaire social minimum, l'assiette cotisable minimum prévue à l'article 241, alinéa 2 est réduite jusqu'à concurrence d'un tiers de ce salaire. Les modalités d'application du présent alinéa peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 28.7.00,27,31)

2 En cas d'arrêt de l'établissement ou de l'exploitation pour cause de maladie ou d'accident personnel du chef d'entreprise, l'assuré obligatoire visé à l'article 171, 2) et 6) peut être dispensé sur sa demande du paiement des cotisations pour la période où le paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendu dans la mesure où l'arrêt s'étend sur les mois de calendrier entiers. L. 27.7.87

3 La disposition de l'alinéa qui précède n'est pas applicable lorsque les actes de la profession sont exercés par un tiers pour le compte de l'assuré, si ce n'est que précairement à titre d'entraide professionnelle.

1 **Art. 245.** La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte-cotisation. L. 23.5.84,1,I,14)

2 (alinéa abrogé) L. 24.4.91,I

Répartition du produit des cotisations

1 **Art. 246.** Les recettes en cotisations sont transférées mensuellement par le Centre commun de la sécurité sociale à la Caisse nationale d'assurance pension. La Caisse conserve un montant lui permettant de couvrir ses charges et de parfaire, le cas échéant, un fonds de roulement jusqu'à concurrence de vingt pour cent du montant des prestations annuelles de l'exercice précédent. L'excédent est transféré au Fonds de compensation. L. 21.12.12,I,24°

2 En cas d'insuffisance des recettes en cotisations à percevoir conformément à l'alinéa 1, il incombe au Fonds de compensation de mettre à la disposition de la Caisse les moyens nécessaires en les prélevant sur la réserve de compensation.

Administration du patrimoine

Art. 247. La gestion de la réserve de compensation incombe à un établissement public dénommé Fonds de compensation commun au régime général de pension, dénommé ci-après «le Fonds de compensation», constitué suivant l'article 260. L. 13.5.08,2,17°

Politique de placement

1 **Art. 248**. La réserve de compensation est placée dans le but de garantir la pérennité du régime général de pension. Afin d'assurer la sécurité des placements il est tenu compte de la totalité des actifs et des passifs, de la situation financière, ainsi que de la structure et de l'évolution prévisible du régime. Les placements doivent respecter les principes d'une diversification appropriée des risques. A cette fin, les disponibilités doivent être réparties entre différentes catégories de placement ainsi qu'entre plusieurs secteurs économiques et géographiques. L. 6.5.04,2

2 Les placements effectués par la Caisse nationale d'assurance pension sont limités à des placements à moyen terme en euros. L. 23.12.16,42

3 La Caisse nationale d'assurance pension et le Fonds de compensation ne peuvent effectuer des placements que dans la limite de leurs moyens de trésorerie. L. 13.5.08,2,18°,b)

Art. 249. Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,52°

Chapitre IV. - **Organisation de l'assurance** L. 13.5.08,2,19°

Gestion de l'assurance pension

1 **Art. 250.** La gestion de l'assurance pension incombe à la Caisse nationale d'assurance pension.

2 La Caisse nationale d'assurance pension est également compétente pour la mise en oeuvre des articles 171, alinéa 1, point 7), 172, 174, 178, alinéa 2, 213 et 213bis ainsi que de l'article 32 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. L. 13.12.17,3,15°

1 **Art. 251**. La Caisse nationale d'assurance pension est placée sous la responsabilité d'un comité directeur. L. 13.5.08,2,19°

2 Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

3 Il lui appartient notamment:

1) d'établir le règlement d'ordre intérieur de la caisse;
2) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
3) de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan;
4) de statuer au sujet des prestations légales dans les limites des lois et règlements;
5) de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

4 Les décisions prévues aux points 1) à 3) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

5 Le règlement d'ordre intérieur est publié au Mémorial.

1 **Art. 252.** Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc:

1) de huit délégués des salariés du secteur privé, désignés par la Chambre des salariés;
2) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce;
3) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers;
4) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture;
5) de quatre délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce;
6) d'un délégué des employeurs désigné par la Chambre des métiers.

2 Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

3 Un vice-président est élu alternativement et pour une période quinquennale par le groupe des délégués visés au point 1) et le groupe des délégués visés aux points 2) à 6) de l'alinéa 1 ci-dessus.

4 Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés.

Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

5 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 9.12.08 R. 7.1.09

1 **Art. 253.** Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions.

2 Les modalités de la nomination sont déterminées par règlement d'ordre intérieur.

Art. 254. Toute demande de l'assuré en rapport avec une prestation à charge de la Caisse est tranchée par décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

Détermination de la pension

1 **Art. 255.** La demande en obtention d'une pension est présentée, accompagnée des pièces justificatives, à la Caisse nationale d'assurance pension.

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les formalités à remplir et les pièces à produire pour l'obtention des prestations.

3 Si la demande est admise, le montant et le point de départ de la pension, à l'exclusion de l'allocation de fin d'année, sont déterminés aussitôt par une décision notifiée au bénéficiaire à laquelle est joint le relevé des périodes d'assurance servant de base à ce calcul.

4 Aussi longtemps que la fixation définitive des pensions n'est pas possible, des avances sont accordées sur les pensions.

5 L'octroi, le rejet, le retrait ou la suspension d'une pension ne peut être prononcé que par une décision écrite et motivée qui indique le délai du recours et l'instance compétente pour en connaître.

Voies de recours

1 **Art. 256.** Les décisions prises par le comité directeur conformément à l'article 255 peuvent être attaquées par le demandeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

2 Le recours n'est pas suspensif.

3 Une copie de la décision du Conseil arbitral est notifiée au demandeur et au comité directeur.

1 **Art. 257.** Si le Conseil arbitral juge la demande en obtention de la pension fondée, il détermine le point de départ de la pension.

2 Du moment que la décision adjugeant la demande en principe a acquis force de chose jugée, la Caisse nationale d'assurance pension détermine le montant de la pension.

1 **Art. 258.** Le Conseil arbitral statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. Un règlement grand-ducal fixe la valeur en capital pour laquelle les pensions demandées entrent en ligne de compte au point de vue de l'application du présent article.

2 L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale et a un effet suspensif.

3 Si, tout en admettant la demande en principe le Conseil arbitral ou le Conseil supérieur n'ont pas fixé le montant et le point de départ de la pension, la Caisse nationale d'assurance pension accorde aussitôt, en cas de pourvoi en cassation, par une décision non susceptible de recours, une pension provisoire.

4 La Caisse nationale d'assurance pension ne procède pas à la répétition de la pension provisoire, mais l'impute, le cas échéant, sur la pension accordée à titre définitif.

1 **Art. 259.** En cas de rejet d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité au motif que les conditions prévues à l'article 187 du présent livre ne sont pas remplies, la reproduction de cette demande n'est pas recevable avant l'expiration d'une année depuis la notification de la décision définitive, à moins qu'il ne résulte à suffisance de droit d'un certificat joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

2 A défaut de ce certificat la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours.

Fonds de compensation

Art. 260. Il est créé un Fonds de compensation qui a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation conformément aux dispositions des articles 247 et 248.

1 **Art. 261.** Le Fonds de compensation est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration. Le conseil d'administration gère le Fonds de compensation dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

2 Il lui appartient notamment:

1) d'établir les statuts du Fonds de compensation;
2) d'établir les directives concernant les principes et règles de gestion du patrimoine;
3) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan.

3 Les décisions visées aux points 1) à 4) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 9.12.08

1 **Art. 262.** Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose:

1) du président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension et de trois membres désignés par le Gouvernement en Conseil;
2) de quatre membres délégués par les assurés;
3) de quatre membres délégués par les employeurs.

2 Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

3 Le mode de désignation des délégués des assurés et des employeurs et de leurs suppléants est déterminé par règlement grand-ducal.

4 La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension.

5 Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des

votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

1 **Art. 263.** Le conseil d'administration est assisté par un comité d'investissement.

2 Le comité d'investissement comprend en dehors du président du Fonds de compensation ou de son délégué, un délégué des assurés, un délégué des employeurs et trois membres externes désignés par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier.

3 En matière d'investissement les décisions du conseil d'administration sont préparées par le comité d'investissement.

4 Les membres du comité d'investissement touchent une indemnité dont le montant est fixé par les statuts.

5 Le conseil d'administration peut instituer des commissions et recourir au service d'experts.

1 **Art. 264**. Les membres des organes du Fonds de compensation sont tenus d'agir dans l'intérêt exclusif du Fonds de compensation. Un membre, qui dans l'exercice de ses fonctions est amené à se prononcer sur une affaire dans laquelle il peut avoir un intérêt personnel, direct ou indirect, de nature à compromettre son indépendance doit en informer l'organe auquel il appartient.

2 Les membres des organes du Fonds de compensation sont responsables conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Cette action en responsabilité est engagée pour le compte du Fonds de compensation par le conseil d'administration.

1 **Art. 265.** Dans l'accomplissement de sa mission le Fonds de compensation peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale d'assurance pension.

2 En dehors du personnel mis à sa disposition par la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'autorité de surveillance entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

3 Les frais de gestion de la réserve de compensation sont intégralement pris en charge par le Fonds de compensation à l'exception des frais exposés par la Caisse nationale d'assurance pension dans le cadre de l'alinéa 1.

1 **Art. 266.** Le Fonds de compensation est autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif, ci-après dénommés «OPC», régis par la loi du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés. Un règlement grand-ducal détermine les valeurs de la réserve investies à travers ces OPC. R. 22.7.09

2 Les membres effectifs du conseil d'administration visé à l'article 262 et les membres externes du comité d'investissement prévu à l'article 263 composent l'organe dirigeant du ou des organismes de placement collectif dont question à l'alinéa précédent. La responsabilité de ces membres se détermine conformément à l'alinéa 3 de l'article unique de la loi du 25 juillet 1990 concernant le statut des administrateurs représentant l'Etat ou une personne morale de droit public dans une société anonyme.

3 En dehors des placements par l'intermédiaire des OPC, le Fonds de compensation peut effectuer des investissements en prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et, moyennant autorisation du ministre ayant dans ses

attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, en prêts aux communes et aux entreprises, en acquisitions immobilières et en acquisitions de valeurs mobilières.

4 Sont considérées comme valeurs mobilières:

- les actions et autres valeurs assimilables à des actions,
- les obligations et les autres titres de créances, et
- toutes les autres valeurs négociables donnant le droit d'acquérir de telles valeurs mobilières par voie de souscription ou d'échange.

1 **Art. 267.** Les OPC créés en vertu de l'article 266 sont soumis au régime fiscal et comptable des organismes de placement collectif tel qu'il résulte de la législation concernant les organismes de placement collectif, à l'exception de la taxe d'abonnement qui n'est pas due.

2 L'application de l'article 150 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est étendue aux organismes de placement collectif ci-dessus visés.

3 Les actes passés au nom et en faveur des organismes de placement collectif créés par le Fonds de compensation sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession.

1 **Art. 268.** Le Fonds de compensation est placé sous la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale conformément à l'article 409, sans préjudice des compétences de la Commission de surveillance du secteur financier dans le cadre de la loi du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés.

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les modalités de la surveillance de la gestion de la réserve de compensation.

LIVRE IV

PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITE DE CONGE PARENTAL

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Allocation familiale**	Art. 269 - 273
Chapitre II.	-	**Allocation spéciale supplémentaire**	Art. 274
Chapitre III.	-	**Allocation de rentrée scolaire**	Art. 275
Chapitre IV.	-	**Allocations de naissance**	Art. 276 - 305
		Allocation prénatale	*Art. 277*
		Allocation de naissance proprement dite	*Art. 278 - 279*
		Allocation postnatale	*Art. 280 - 305*
Chapitre V.	-	**Indemnité de congé parental**	Art. 306 - 308
		Bénéficiaires	*Art. 306*
		Montant, modalités et paiement de l'indemnité	*Art. 307*
		Demande de l'indemnité	*Art. 308*
Chapitre VI.	-	**Dispositions communes aux prestations**	Art. 309 - 318
		Demande en obtention des prestations	*Art. 309*
		Paiement des prestations	*Art. 311*
		Dispositions pénales	*Art. 312*
		Prescription	*Art. 313*
		Cession, mise en gage et saisie des prestations	*Art. 314 - 318*
Chapitre VII.	-	**Financement des prestations familiales**	Art. 319 - 329
		Financement de l'allocation familiale	*Art. 319 - 329*
Chapitre VIII.	-	**Organisation de la caisse**	Art. 330 - 333

Art. 269. (1) Il est introduit une allocation pour l'avenir des enfants, ci-après «allocation familiale».

Ouvre droit à l'allocation familiale:

a) chaque enfant, qui réside effectivement et de manière continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal;

b) les membres de famille tels que définis à l'article 270 de toute personne soumise à la législation luxembourgeoise et relevant du champ d'application des règlements européens ou d'un autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale et prévoyant le paiement des allocations familiales suivant la législation du pays d'emploi. Les membres de la famille doivent résider dans un pays visé par les règlements ou instruments en question.

(2) Est considérée comme ayant son domicile légal au Luxembourg toute personne qui est autorisée à y résider, y est légalement déclarée et y a établi sa résidence principale.

(3) La condition de la résidence effective et continue dans le chef de l'enfant est présumée remplie lorsque l'enfant réside temporairement à l'étranger avec le parent qui:

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles, ou bien
- y est détaché par son employeur et qui reste soumis à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien
- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant dans le cadre de la loi du 25 avril 1989 remplaçant la loi du 13 juillet 1982 relative à la coopération au développement, ou bien
- participe à une opération pour le maintien de la paix en exécution de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales, ou bien
- exerce une activité en qualité de volontaire au sens de la loi du 28 janvier 1999 sur le service volontaire.

(4) La Caisse pour l'avenir des enfants peut déroger, à titre exceptionnel et individuel, à l'une des conditions ci-avant.

Art. 270. Pour l'application de l'article 269, paragraphe 1er, point b), sont considérés comme membres de famille d'une personne et donnent droit à l'allocation familiale, les enfants nés dans le mariage, les enfants nés hors mariage et les enfants adoptifs de cette personne.

Art. 271. (1) L'allocation est due à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis.

a) Sauf pour le mois de la naissance, les conditions pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies au premier jour du mois. Si une des conditions d'octroi n'est pas remplie au premier du mois, l'allocation familiale est due à partir du premier du mois consécutif.

b) Pour les personnes définies à l'article 269, paragraphe 1er, point b), les conditions d'affiliation pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies de façon prépondérante pour chaque mois. On entend par façon prépondérante, la moitié plus un jour de chaque mois.

c) En cas d'arrivée de l'enfant sur le territoire luxembourgeois, les conditions d'octroi sont remplies à partir du premier du mois suivant celui au cours duquel l'enfant remplissant les conditions prévues à l'article 269 est légalement déclaré au Luxembourg.

d) Tout changement intervenu au cours d'un mois n'est pris en considération qu'au premier du mois suivant.

(2) Le droit à l'allocation familiale est maintenu jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans accomplis:

a) si l'enfant poursuit effectivement, sur place dans un établissement d'enseignement, à titre principal d'au moins vingt-quatre heures par semaine des études secondaires, secondaires techniques ou y assimilées;

b) si l'enfant poursuit effectivement, sur place et à titre principal des études ou une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service ou centre d'éducation différenciée, conformément à la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé par le ministre ayant la Famille dans ses attributions, ou dans un établissement équivalent sis à l'étranger;

c) si l'enfant poursuit un apprentissage dont l'indemnité est inférieure au salaire social minimum.

Sont assimilées à une période d'études:

a) les périodes de vacances annuelles, à condition que les études ouvrant droit au maintien de l'allocation familiale au-delà de dix-huit ans, soient reprises après les vacances scolaires;

b) les interruptions d'études pour des raisons de santé, dûment justifiées par certificat médical, à condition que l'enfant soit hors d'état de poursuivre ses études ou d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, le paiement de l'allocation familiale est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire entamée.

(3) Pour les élèves ayant dépassé l'âge de dix-huit ans, le paiement de l'allocation familiale est limité au 31 juillet de chaque année et n'est repris que sur demande à adresser à la Caisse pour l'avenir des enfants avec présentation d'une attestation de fréquentation à établir par l'établissement scolaire.

(4) En cas d'abandon des études au cours de l'année scolaire, le droit à l'allocation familiale vient à défaillir avec effet au premier du mois qui suit celui de l'abandon.

(5) L'exercice simultané, au cours des études, d'une activité professionnelle ou d'un stage rémunéré d'une durée de plus de quatre mois par année fait perdre le bénéfice à l'allocation familiale si le revenu brut mensuel de cette activité de l'élève est égal ou supérieur au salaire social minimum.

(6) Pour les apprentis qui suivent des cours où les périodes d'enseignement sont groupées, l'indemnité de référence correspond à la moyenne des indemnités calculées sur une période de douze mois correspondant à l'année scolaire.

(7) L'allocation cesse à partir du mois suivant le décès de l'enfant bénéficiaire.

(8) Elle cesse encore dans le même délai si l'une des conditions prévues par le présent chapitre n'est plus remplie.

1 **Art. 272.** Le montant de l'allocation familiale est fixé à 265 euros par enfant et par mois. Le montant ainsi fixé est majoré mensuellement de 20 euros pour chaque enfant à partir du

mois où il atteint l'âge de six ans et de 50 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de douze ans.

2 L'allocation familiale est payée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due tel que prévu à l'article 272 du Code de la sécurité sociale.

Art. 273. (1) En cas de ménage commun des parents et de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale. L'attributaire étant défini comme la personne entre les mains de laquelle le paiement de l'allocation se fait conformément aux modalités prévues à l'article 311.

(2) A défaut de ménage commun des parents et de l'enfant, l'allocation familiale est payée à la personne physique ou morale auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

(3) En cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale.

(4) En cas de placement d'un enfant par décision judiciaire, l'allocation familiale est versée à la personne physique ou morale investie de la garde de l'enfant et auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

(5) À partir du mois de sa majorité, l'enfant peut demander le paiement de l'allocation familiale entre ses mains. Il en est de même pour l'enfant mineur émancipé.

(6) En cas de contestation, il appartient à la Caisse pour l'avenir des enfants de déterminer l'attributaire de l'allocation familiale dans l'intérêt de l'enfant sur base des informations dont la caisse dispose.

Chapitre II – **Allocation spéciale supplémentaire**

1 **Art. 274.** Tout enfant âgé de moins de dix-huit ans, bénéficiant de l'allocation familiale et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire. R. 27.7.16

2 Le montant de l'allocation spéciale supplémentaire est fixé à 200 euros par mois.

3 L'allocation spéciale supplémentaire est payée jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans accomplis.

4 Le paiement de l'allocation spéciale supplémentaire cesse à partir du mois suivant celui au cours duquel il est constaté médicalement que la diminution de la capacité de l'enfant, telle que définie ci-avant, est inférieure à cinquante pour cent.

Chapitre III – **Allocation de rentrée scolaire**

Art. 275. (1) Une allocation de rentrée scolaire est allouée pour les enfants âgés de plus de six ans. Elle est différenciée suivant l'âge.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire est fixé à:

- 115 euros pour l'enfant âgé de plus de six ans;
- 235 euros pour l'enfant âgé de plus de douze ans.

Les enfants admis au deuxième cycle de l'enseignement fondamental sans avoir atteint l'âge de six ans accomplis au moment de la rentrée scolaire, bénéficient de l'allocation de rentrée scolaire sur présentation d'un certificat d'inscription scolaire.

(2) L'allocation de rentrée scolaire est versée d'office aux enfants bénéficiaires de l'allocation familiale pour le mois d'août de chaque année. Elle cesse et n'est plus versée pendant l'année civile au cours de laquelle les études sont clôturées.

Chapitre IV – **Allocation de naissance**

Art. 276. (1) Il est institué une allocation de naissance qui se compose comme suit:

- l'allocation prénatale,
- l'allocation de naissance proprement dite,
- l'allocation postnatale.

(2) Le montant de l'allocation de naissance est fixé à 1.740,09 euros. Elle sera versée sur demande et en trois tranches de 580,03 euros chacune.

(3) Les frais des examens médicaux liés à l'octroi des trois tranches de l'allocation de naissance sont à charge de la caisse de maladie dont relèvent respectivement la femme enceinte et l'enfant en bas âge.

Les frais des examens des personnes non assurées sont à la charge de l'Etat suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

Allocation prénatale

Art. 277. (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation prénatale, la femme enceinte doit se soumettre au cours de sa grossesse à au moins cinq examens médicaux et à un examen dentaire.

Les examens médicaux sont à la fois obstétricaux et généraux et doivent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique pour ce qui concerne les examens obstétricaux et par un médecin spécialiste en médecine interne ou par un médecin généraliste pour ce qui concerne les examens généraux. L'examen dentaire doit être effectué par un médecin-dentiste.

Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal. Les consultations des sages-femmes seront prises en charge par l'Etat. R. 27.7.16

(2) Le médecin examinateur consigne ses observations dans le carnet de maternité dont toute femme enceinte est pourvue. Ce carnet est délivré à la future mère lors du premier examen médical. A cet effet, le ministre ayant dans ses attributions la santé met des carnets de maternité à la disposition des médecins.

(3) L'allocation prénatale n'est versée qu'à condition que la future mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment du dernier examen médical prévu au paragraphe précédent et rapporte la preuve des différents examens médicaux y prévus au moyen des certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

Allocation de naissance proprement dite

Art. 278. (1) La naissance de tout enfant viable ouvre droit à l'allocation de naissance proprement dite.

Est présumé viable au sens du présent chapitre l'enfant dont la gestation a duré, selon le certificat médical, plus de 22 semaines depuis la conception.

(2) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation de naissance proprement dite, la mère doit se soumettre à un examen postnatal permettant de vérifier si son état de santé a été modifié par la grossesse.

L'examen postnatal doit être effectué par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

(3) L'allocation de naissance proprement dite n'est versée qu'à condition que la mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment de la naissance de l'enfant, qu'elle rapporte la preuve de l'examen postnatal prévu au paragraphe précédent au moyen du certificat établi à cet effet par le médecin examinateur lors de la visite.

Art. 279. (1) Le bénéfice de l'allocation prénatale et de l'allocation de naissance proprement dite est strictement réservé aux femmes enceintes ou ayant accouchées.

(2) L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite peuvent être versées conjointement après la naissance de l'enfant.

(3) L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite sont versées à la mère.

(4) Les modalités des examens médicaux, dentaires ainsi que leur périodicité sont fixées par règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé. R. 27.7.16

Allocation postnatale

Art. 280. (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation postnatale, celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde doit soumettre l'enfant à deux examens périnatals et à quatre examens subséquents jusqu'à l'âge de deux ans.

(2) Ces examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie, soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un médecin établi en qualité de médecin généraliste.

(3) Le médecin examinateur consigne les résultats de l'examen auquel il a procédé dans le carnet de santé dont tout enfant est pourvu. Ce carnet est délivré lors de la déclaration de naissance de l'enfant à la mère ou à la personne qui a la garde de l'enfant par l'officier de l'état civil ou par l'administration de l'hôpital dans lequel l'accouchement a eu lieu.

(4) L'allocation postnatale n'est versée qu'à condition que:

a) l'enfant soit élevé de façon continue au Luxembourg depuis la naissance ou

b) que l'enfant soit membre de famille d'une personne définie à l'article 269 b).

(5) Pour ouvrir droit à l'allocation postnatale, la preuve des examens médicaux prescrits doit être rapportée au moyen de certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

(6) La condition que l'enfant doit être élevé d'une façon continue au Luxembourg depuis la naissance n'est pas requise s'il s'agit d'un enfant né à l'étranger et adopté par une personne domiciliée au Luxembourg. Dans ce cas, les conditions relatives aux examens médicaux qui auraient dû être effectués avant l'arrivée de l'enfant au Luxembourg sont présumées remplies si les examens subséquents ont été effectués.

(7) L'allocation postnatale est versée à celui qui supporte les charges d'entretien de l'enfant au moment de l'échéance de la prestation.

(8) En cas de décès de l'enfant avant l'âge de deux ans accomplis, les conditions relatives aux six examens médicaux sont présumées remplies si les examens correspondant aux tranches d'âge antérieures au décès ont été effectués. L'allocation postnatale est alors versée intégralement.

Art. 281. Un règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé, détermine les modalités des examens médicaux, le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui doivent y être portées obligatoirement. R. 27.7.16

Art. 282. La circonstance que les conditions exigées pour l'obtention d'une ou de deux tranches de l'allocation de naissance ne sont pas remplies ne fait pas obstacle à l'obtention de l'autre ou des autres tranches.

Art. 283. La condition de la naissance au Luxembourg et celle exigeant que l'enfant soit élevé d'une façon continue au Luxembourg sont présumées remplies si le bénéficiaire de l'allocation de naissance réside temporairement à l'étranger avec sa famille dans les conditions visées à l'article 269, paragraphe 3.

Art. 284. à Art. 305. (articles abrogés)

Chapitre V – **Indemnité de congé parental**

Bénéficiaires L. 3.11.16,II,3°

Art. 306. (1) Pendant la durée du congé parental accordé en application des articles L. 234-43 à L. 234-48 du Code du travail, 29bis à 29sexies de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat et 30bis à 30sexies de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux, la perte de revenu professionnel est compensée par un revenu de remplacement, désigné ci-après par «indemnité», qui est versée mensuellement par la Caisse. L. 3.11.16,II,4°

(2) Le droit à l'indemnité est encore ouvert au travailleur non salarié pendant la durée du congé parental, accordé en raison de la naissance ou de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants qui n'ont pas atteint l'âge de six ans accomplis et de douze ans accomplis en cas d'adoption, à condition

a) qu'il soit affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise au moment de la naissance ou de l'accueil du ou des enfants à adopter et sans interruption pendant au moins douze mois continus précédant immédiatement le début du congé parental en application de l'article 1er, alinéa 1, sous 4), 5) ou 10);
b) qu'il n'exerce aucune activité professionnelle pendant la durée du congé parental à plein temps ou exerce pendant la durée du congé parental à temps partiel une ou plusieurs activités professionnelles à temps partiel sans que la durée mensuelle totale de travail effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée mensuelle normale de travail presté avant le congé parental ou réduit son ou ses activités professionnelles conformément aux réductions prévues à l'article L. 234-44, paragraphe 2, en cas de congé parental fractionné;
c) qu'il élève dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonne principalement à leur éducation pendant la durée du congé parental.

La condition d'affiliation continue pendant les douze mois précédant immédiatement le début du congé parental ne vient pas à défaillir par une ou plusieurs interruptions ne dépassant pas sept jours au total.

Est assimilée au congé d'accueil la période indemnisée au même titre par la Caisse nationale de santé pour les professions visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 4) et 5) du présent Code.

La durée et les modalités du congé parental alloué au travailleur non salarié sont déterminées par référence aux dispositions des articles L. 234-44 à L. 234-47 du Code du travail.

Montant modalités et paiement de l'indemnité L. 3.11.16,II,5°

Art. 307. (1) L'indemnité est calculée sur la base du revenu professionnel défini au titre de l'assurance pension relatif aux affiliations en cours au début du congé parental. L. 3.11.16,II,6°

Le montant de l'indemnité correspond au revenu professionnel mensuel moyen réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant le début du congé parental. Les modifications de revenus intervenues après le début du congé parental impliqueront le recalcul de l'indemnité.

Les montants du revenu professionnel entrant dans le calcul de l'indemnité sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

(2) L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être inférieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.

L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être supérieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et d'un montant égal à cinq tiers du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros.

Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont inférieures à cinq millièmes d'euros.

(3) L'indemnité est soumise aux charges fiscales et sociales, à l'instar du revenu sur base duquel elle est calculée, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire de maladie ainsi que des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales. La part patronale des cotisations sociales est à charge de la Caisse.

(4) Pendant la durée du congé parental à plein temps, le paiement de l'indemnité est continué en cas de survenance d'une maladie pour autant que les autres conditions restent remplies. Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie et, pour les salariés, également le droit à la continuation de la rémunération est suspendu.

Pour le parent bénéficiaire d'un congé parental à temps partiel, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou à la

continuation de la rémunération est maintenu pour la durée de travail restante.

(5) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25.

(6) L'indemnité n'est pas prise en compte jusqu'à concurrence de trente pour cent de son montant brut en vue de la détermination des prestations dues au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

(7) Si la période indemnisée est inférieure à un mois, le parent bénéficiaire a droit à un prorata de l'indemnité pour la fraction du mois entamée.

(8) L'indemnité est versée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due, à condition que la demande et les autres pièces justificatives aient été introduites dans le délai prescrit. En cas de présentation tardive de la demande ou des autres pièces justificatives requises, elle est versée dès que l'instruction du dossier par la Caisse est terminée.

(9) Les mensualités déjà versées donnent lieu à restitution intégrale en cas de violation des dispositions des articles L. 234-43, paragraphe 1er du Code du travail, 29bis, paragraphe 1er de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat et 30bis, paragraphe 1er de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux et en raison

a) de la résiliation volontaire du contrat de travail par le parent, lorsque la résiliation prend effet avant l'expiration du congé parental, ou

b) de l'interruption du congé non motivée par une cause extérieure au parent bénéficiaire et entièrement indépendante de sa volonté.

Les exceptions prévues au point b) ci-dessus ne sont prises en considération qu'à condition que l'interruption du congé et la cause de l'interruption aient été notifiées préalablement à la Caisse par le parent bénéficiaire. Lorsque la cause de l'interruption est extérieure au bénéficiaire, la notification doit être complétée d'une attestation émanant de l'employeur si la cause est inhérente à l'entreprise, sinon de l'autorité compétente pour constater la cause en question.

Toutefois, en cas de changement d'employeur pendant le congé parental, le parent bénéficiaire peut reprendre son travail avant l'expiration du congé, l'indemnité versée jusqu'à cette date restant acquise.

Demande de l'indemnité

L. 3.11.16,II,7°

Art. 308. (1) Pour pouvoir prétendre au paiement de l'indemnité, le parent doit présenter une demande écrite à la Caisse accompagnée, le cas échéant, du plan de congé parental.

L. 3.11.16,II,8°

(2) La demande présentée par le parent salarié doit être dûment certifiée par l'employeur et remise à la Caisse au plus tard dans la quinzaine de la notification de la demande à l'employeur pour ce qui est du congé consécutif au congé de maternité ou au congé d'accueil et dans la quinzaine de la notification de la décision de l'employeur, ou, à défaut, dans la quinzaine de l'expiration du délai de quatre semaines prévu en cas de report du congé pour ce qui est du congé demandé par l'autre parent.

Le parent qui exerce une activité indépendante certifie le début de son congé parental moyennant déclaration sur l'honneur jointe à sa demande, qui est à notifier à la Caisse

deux mois avant le début de la période ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire de maternité en ce qui concerne le premier congé parental et au moins quatre mois avant le début du deuxième congé parental.

(3) La naissance dûment certifiée par l'officier de l'état civil doit être déclarée à la Caisse dans le même délai à compter de la déclaration prévue à l'article 55 du Code civil, ensemble avec les attestations nécessaires à la détermination du droit et de la période de paiement.

En cas d'allaitement, la prolongation du congé de maternité doit être communiquée à la Caisse avant la septième semaine suivant l'accouchement. Dans le cas contraire, le parent concerné en informe par écrit la Caisse dans le même délai.

En cas d'adoption d'un enfant de moins de douze ans, les adoptants doivent transmettre à la Caisse, ensemble avec la demande prévue au paragraphe 2, un certificat du tribunal attestant que la procédure en vue de l'adoption a été entamée.

(4) Dès que le début du congé parental peut être déterminé sur base des pièces justificatives fournies, la Caisse notifie aux parents la décision d'octroi de l'indemnité et la période pour laquelle celle-ci est accordée. En même temps, elle en informe utilement le ou les employeurs du parent salarié.

A partir de la notification de la décision d'octroi de l'indemnité pour la période déterminée, le choix du congé parental est définitif et le parent n'est plus recevable à renoncer au congé parental.

Les parents bénéficiaires sont tenus à notifier dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale à fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi de l'indemnité de congé parental.

(5) Les employeurs, les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle de l'indemnité de congé parental.

Chapitre VI – **Dispositions communes aux prestations**

Demande en obtention des prestations

Art. 309. (1) Les prestations prévues au présent livre sont payées sur la déclaration écrite des personnes qui prétendent au droit au paiement, pour autant qu'il ne soit pas autrement disposé. La demande n'est admissible que si elle est complétée, signée et accompagnée des pièces requises. L. 23.7.16

(2) Les déclarants sont tenus de notifier dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale de fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi des prestations prévues par le présent livre.

(3) Les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre

support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle des prestations prévues par le présent Livre. La même obligation incombe aux employeurs concernés en ce qui concerne l'indemnité de congé parental.

Paiement des prestations

1 **Art. 311.** Le paiement des prestations se fait par virement bancaire ou postal sur le compte indiqué par la personne définie à l'article 273 et est réputé fait avec effet libératoire.

2 Les prestations familiales sont exemptes d'impôts et de cotisations d'assurance sociale.

3 Le paiement des compléments différentiels prévus par les règlements européens ou tout autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale se fait au moins une fois par année.

4 Lorsqu'un enfant domicilié et résidant effectivement au Luxembourg ouvre droit à la fois aux prestations familiales en vertu de la législation luxembourgeoise et à des prestations familiales en vertu d'un régime non luxembourgeois, les prestations familiales dues conformément à la législation luxembourgeoise sont suspendues jusqu'à concurrence des prestations familiales payées suivant le régime non luxembourgeois.

5 En cas de controverse sur la nature du droit éventuel résultant du régime non luxembourgeois, les prestations familiales ne sont prises en charge par le régime luxembourgeois qu'à condition que la personne qui y ouvre droit ait effectivement fait valoir ses droits auprès du régime non luxembourgeois.

6 Il n'est dû en toute hypothèse qu'une prestation de même nature par enfant.

Dispositions pénales

Art. 312. (1) Sont punis des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, indépendamment du remboursement des sommes indûment perçues, ceux qui ont frauduleusement amené la caisse à fournir une prestation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie.

Celui qui a indûment obtenu une prestation par défaut de la déclaration prescrite ou qui a frauduleusement amené la caisse à fournir une prestation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie, peut être puni d'une amende d'ordre jusqu'à concurrence des sommes indûment perçues sans préjudice de la répétition desdites sommes. Cette amende est fixée par le comité directeur de la caisse ou l'organe administratif qui en assure la gestion. Est considéré comme défaut de la déclaration prescrite au sens du présent article le défaut de déclarer le changement de résidence auprès de la ou des administrations communales compétentes.

(2) Quiconque s'est approprié un carnet de santé ou l'a ouvert à l'insu du titulaire ou de son représentant légal dans l'intention d'en violer le secret, est puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 euros à 1.250 euros, ou d'une de ces peines seulement.

(3) Est puni des mêmes peines quiconque fait de la production du carnet de santé une condition en vue de l'octroi d'une prestation quelconque ou de la conclusion d'un contrat quelconque.

Prescription

Art. 313. (1) Le droit à l'allocation familiale, à l'allocation spéciale supplémentaire et à l'allocation de rentrée scolaire ne se prescrivent pas.

(2) Les arrérages non payés de l'allocation familiale, de l'allocation spéciale supplémentaire et de l'allocation de rentrée scolaire se prescrivent par une année à partir de la fin du mois pour lequel ils sont dus.

(3) L'allocation de naissance se prescrit par un an à partir de la naissance. Toutefois, la prescription de l'allocation postnatale ne prend cours qu'à la date à laquelle l'enfant pour lequel elle est due obtient l'âge de deux ans.

(4) La prescription n'est interrompue valablement que par une demande admissible au sens de l'article 309, alinéa 1.

(5) Le délai prévu à l'alinéa qui précède est interrompu si la demande pour une prestation a été adressée à une autorité ou une institution de sécurité sociale incompétente.

Cession, mise en gage et saisie des prestations

1 **Art. 314.** Toutes les prestations prévues au présent livre, à l'exception de l'allocation de naissance, peuvent être cédées, mises en gage ou saisies jusqu'à concurrence de la moitié du terme mensuel dû, pour couvrir:

a) les créances qui compètent aux communes, aux offices sociaux, aux établissements et administrations publiques en remboursement de secours alloués dans la mesure où ces secours concernent les enfants bénéficiaires ou pour rembourser des frais avancés pour l'entretien ou l'éducation des enfants bénéficiaires;

b) une dette de l'attributaire envers une institution de sécurité sociale;

c) les mensualités à verser à titre de remboursement d'un prêt consenti pour la construction ou l'acquisition d'un logement familial, à condition que les enfants bénéficiaires soient héritiers réservataires du débiteur concerné.

L'indemnité de congé parental prévue à l'article 306 ci-avant peut être cédée, mise en gage ou saisie dans les limites fixées par la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes. L. 3.11.16,II,9°

Art. 315. (1) Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. L. 23.7.16

(2) Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.

(3) Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu.

Toute demande de répétition d'un indu par la Caisse doit intervenir au plus tard au terme d'un délai de dix ans commençant à courir à compter de la date à laquelle la somme indue a été versée.

La Caisse peut recourir au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du comité directeur et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie

d'huissier conformément au Code de procédure civile. Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

(4) Si l'attributaire ou le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution, des poursuites judiciaires peuvent être engagées.

(5) Toute question de prestations peut faire l'objet d'une décision du président du comité directeur de la Caisse ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

(6) Une décision attaquable devant les juridictions sociales concernant la restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.

L'opposition visée au point (5) précédent vaut audition de l'intéressé.

(7) Les décisions du comité directeur de la Caisse sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et en appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. R. 27.7.16

Art. 316. à Art. 318. (articles abrogés)

Chapitre VII – **Financement des prestations familiales**

Financement de l'allocation familiale

1 **Art. 319.** Pour le paiement de l'allocation familiale, la Caisse applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Pour faire face aux charges globales, la Caisse pour l'avenir des enfants dispose des ressources suivantes:

a) des cotisations des employeurs visés à l'article 320;

b) d'une dotation étatique annuelle couvrant l'excédent des dépenses sur les recettes, fixée par la loi budgétaire; le crédit à inscrire dans la loi budgétaire est non limitatif et sans distinction d'exercice.

2 La participation de l'Etat est versée par avances mensuelles à la Caisse.

Art. 320. La charge des cotisations incombe à l'employeur pour les personnes occupées moyennant rémunération, autrement que de façon purement occasionnelle, par l'Etat, les institutions de sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles.

Art. 321. (1) Les cotisations à verser aux termes de l'article 320 sont fixées à 1,7 pour cent des traitements, salaires ou rémunérations.

(2) La détermination de l'assiette cotisable, la fixation des cotisations et leur perception s'opèrent suivant les dispositions légales applicables aux cotisations dues à l'assurance pension. Les cotisations sont recouvrées d'après les modalités et avec les garanties, privilèges et hypothèques applicables aux cotisations dues à l'assurance pension.

(3) La fixation de l'assiette des cotisations notamment pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires peut être précisée par règlement grand-ducal. R. 27.7.16

Art. 322. à Art. 329. (articles abrogés)

1 **Art. 330.** La gestion et le paiement des prestations du présent livre incombent à la Caisse pour l'avenir des enfants, abrégée «CAE».

2 La gestion des demandes d'adhésion au dispositif du chèque-service accueil, introduites conformément aux dispositions de la loi modifiée du 4 juillet 2008 sur la jeunesse, par un requérant qui est travailleur ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne et qui est employé sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg au sens du règlement (UE) n°492/2011 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2011 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union, incombe à la Caisse pour l'avenir des enfants.

1 **Art. 331.** La Caisse pour l'avenir des enfants est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

2 Le comité directeur gère la Caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

3 Il lui appartient notamment:

a) d'établir le règlement d'ordre intérieur de la caisse;

b) de statuer sur le budget annuel;

c) de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan;

d) de statuer au sujet des cotisations et amendes d'ordre, sous réserve des dispositions du livre VI du présent Code;

e) de statuer sur le placement à court terme des réserves de la Caisse;

f) de prendre les décisions concernant le personnel de la Caisse.

4 Les décisions visées aux points a), b) et c) ci-avant sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Famille sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

1 **Art. 332.** Le comité directeur se compose en dehors du président:

a) de quatre représentants des syndicats des salariés des secteurs public et privé les plus représentatifs sur le plan national,

b) de trois représentants des chambres professionnelles patronales et

c) d'un représentant des professions libérales.

2 Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

1 **Art. 333.** Le président est un fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement. Les autres membres du comité directeur sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Famille parmi les candidats à présenter par les organisations et chambres concernées. Les listes des candidats doivent parvenir au ministre au moins trois mois avant l'expiration des anciens mandats.

2 Les décisions du comité directeur de la Caisse sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

3 En cas d'absence du président, le membre le plus ancien préside les réunions du comité directeur. Le président du

comité directeur assume la direction administrative de la Caisse.

Art. 334 à **Art. 346** (abrogés) L. 13.5.08,2,20°

LIVRE V

ASSURANCE DÉPENDANCE

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	***Objet de l'assurance***	*Art. 347 - 374*
		Définition de la dépendance	*Art. 348 - 349*
		Détermination de la dépendance	*Art. 350 - 351*
		Cercle des bénéficiaires	*Art. 352*
		Prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile	*Art. 353 - 356*
		Prise en charge des prestations en milieu stationnaire	*Art. 357 - 361*
		Droit aux prestations	*Art. 362 - 365*
		Réévaluation des besoins de la personne dépendante	*Art. 366*
		Retrait des prestations	*Art. 367*
		Prescription des prestations	*Art. 368*
		Suspension et cessation des prestations	*Art. 369*
		Concours avec d'autres prestations et aides	*Art. 370 - 372*
		Concours de l'assurance et de l'assistance	*Art. 373*
		Concours avec la responsabilité de tiers	*Art. 374*
Chapitre II.	-	***Financement***	*Art. 375 - 379*
		Système de financement	*Art. 375*
		Contribution dépendance	*Art. 376 - 378*
		Administration du patrimoine	*Art. 379*
Chapitre III.	-	***Organisation***	*Art. 380 - 388*
		Organisme gestionnaire	*Art. 380 - 382*
		Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance	*Art. 383 - 386*
		Commission consultative	*Art. 387*
		Normes et indicateurs de qualité	*Art. 387bis*
		Action concertée de l'assurance dépendance	*Art. 388*
Chapitre IV.	-	***Relations avec les prestataires d'aides et de soins***	*Art. 388bis - 395bis*
		Conventions-cadre	*Art. 388bis*
		Prestataires du maintien à domicile	*Art. 389*
		Prestataires en milieu stationnaire	*Art. 390 -391*
		Agrément	*Art. 392*
		Commission de surveillance	*Art. 393 - 393ter*
		Fournisseurs spécialisés d'aides techniques	*Art. 394*
		Valeurs monétaires	*Art. 395*
		Facteur d'ajustement	*Art. 395bis*

Chapitre I. - **Objet de l'assurance** L. 19.6.98

1 **Art. 347.** L'assurance dépendance a principalement pour objet, dans les limites fixées par le présent livre, la prise en charge par des prestations en nature, des aides et soins à la personne dépendante fournis intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement. L. 23.12.05,3

2 Pour la personne dépendante maintenue intégralement ou partiellement à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature.

Définition de la dépendance L. 29.8.17,1er,1°

1 **Art. 348.** Est considérée comme dépendance au sens du présent livre, l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

2 Les actes essentiels de la vie comprennent:

1) dans le domaine de l'hygiène corporelle: les aides et soins visant à la propreté du corps;
2) dans le domaine de l'élimination: les aides et soins visant à l'évacuation des déchets de l'organisme;
3) dans le domaine de la nutrition: les aides et soins visant à l'assistance pour l'absorption de l'alimentation, l'hydratation et la nutrition entérale;
4) dans le domaine de l'habillement: les aides et soins visant à s'habiller et à se déshabiller;
5) dans le domaine de la mobilité: les aides et soins visant aux changements de position, aux déplacements et aux accès et sorties du logement.

3 L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes.

1 **Art. 349.** Le bénéfice des prestations prévues par le présent livre est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie définis à l'article 348, pour une durée d'au moins trois heures et demie par semaine, telle que définie à l'article 350, paragraphe 2, et si, suivant toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse six mois ou est irréversible. L. 29.8.17,1er,2°

2 Toutefois, en cas de besoin important et régulier dûment constaté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, les adaptations du logement, les aides techniques et la formation y relative peuvent être allouées sans égard au seuil défini ci-dessus si, suivant toute probabilité, la maladie ou la déficience dépasse six mois ou est irréversible.

3 Les prestations à charge de l'assurance dépendance assurent des aides et soins à la personne dépendante prodigués conformément aux bonnes pratiques en la matière.

4 Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont accordées dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire.

5 Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.

Détermination des prestations requises L. 23.12.05,6

Art. 350. (1) Sont évalués, dans une approche multidisciplinaire, sur base d'un rapport médical du médecin traitant, d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, d'un référentiel des aides et soins et du relevé des aides techniques, les besoins du demandeur en: L. 29.8.17,1er,3°

- aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, tels que définis à l'article 348;
- aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance. Ces activités ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes;
- aides techniques.

(2) Suite à l'évaluation, les aides et soins et leur fréquence sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée forfaitaire pour les différentes prestations du référentiel visé au paragraphe 1er.

Pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les modalités de la détermination de la dépendance chez l'enfant sont fixées par règlement grand-ducal. R. 21.12.06

(3) Sur base de la détermination des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie faite par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu du paragraphe 2, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants:

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1.050 minutes.
- Niveau 7 de 1.051 à 1.190 minutes.
- Niveau 8 de 1.191 à 1.330 minutes.
- Niveau 9 de 1.331 à 1.470 minutes.
- Niveau 10 de 1.471 à 1.610 minutes.
- Niveau 11 de 1.611 à 1.750 minutes.
- Niveau 12 de 1.751 à 1.890 minutes.
- Niveau 13 de 1.891 à 2.030 minutes.
- Niveau 14 de 2.031 à 2.170 minutes.
- Niveau 15 supérieur ou égal à 2.171 minutes.

Pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins, les aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance sont pris en charge en vertu des articles 353, paragraphe 1er, alinéa 3 et 357, alinéa 3 suivant la détermination faite par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance conformément au paragraphe 2.

(4) Dans le cadre d'une prise en charge en milieu stationnaire, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2, le besoin en activités d'accompagnement. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin d'encadrement prolongé est retenu.

Ces activités d'accompagnement consistent en un encadrement durant la journée d'une personne ne pouvant rester seule de façon prolongée. Elles ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante et visent à éviter un isolement social nuisible.

(5) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2, les besoins en activités de gardes soit individuelles soit en groupe. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin constant de surveillance et d'encadrement est retenu.

Ces activités de garde ont pour objectif d'assurer la sécurité de la personne dépendante, d'éviter son isolement social nuisible et d'assurer le répit de l'aidant.

(6) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2 les besoins du demandeur en:

- activités d'assistance à l'entretien du ménage, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins;
- matériel d'incontinence, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins;
- adaptations de son logement;
- formations pour les aides techniques.

(7) Dans le cadre d'un maintien à domicile, le demandeur déclare au moyen d'une fiche de renseignements la présence d'un aidant à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'aidant est une tierce personne qui fournit intégralement ou partiellement les aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors des prestataires visés aux articles 389 à 391.

L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue les capacités et les disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, ainsi que ses besoins d'encadrement et de formation. Cette évaluation se fait sur base de l'outil d'évaluation et de détermination et du référentiel visés au paragraphe 1er, d'une fiche de renseignements dûment complétée et signée par l'aidant et d'un entretien individuel avec l'aidant. L'évaluation permet d'apprécier les disponibilités de l'aidant compte tenu de sa situation professionnelle, de ses charges familiales, de la proximité géographique de son domicile par rapport à celui du demandeur, d'évaluer ses aptitudes psychiques et physiques, ainsi que les possibilités de répit dont il dispose en dehors de la prise en charge par l'assurance dépendance. Une tierce personne ne peut pas être retenue comme aidant si elle se voit attribuer un des

niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins visés à l'article 350, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale à titre personnel.

(8) Suite à l'évaluation du demandeur et de l'aidant, le cas échéant, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une synthèse de prise en charge détaillant les prestations requises conformément aux paragraphes 1 à 6.

Si, dans le cadre du maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance retient que les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont intégralement ou partiellement fournis par un aidant visé au paragraphe 7, elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires visés aux articles 389 et 391. Cette répartition reste valable jusqu'à une nouvelle synthèse établie suite à une réévaluation faite en vertu de l'article 366.

La répartition de l'exécution des prestations requises prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins requis constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Si cette indisponibilité de l'aidant est temporaire, les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux article 389 à 391, sans que la synthèse de prise en charge ne soit modifiée.

(9) Un règlement grand-ducal définit l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et établit un formulaire type pour la synthèse de prise en charge visée au paragraphe 8, la Commission consultative prévue à l'article 387 demandée en son avis. Le même règlement grand-ducal peut encore définir pour différentes pathologies et situations cliniques de manière forfaitaire le temps requis. R. 18.12.98

(10) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux prestations prévues par le présent livre, à l'exception des adaptations de son logement visées à l'article 356, paragraphe 2.

Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins. Les autres prestations auxquelles a droit la personne bénéficiaire de soins palliatifs sont prises en charge dans les limites prévues aux articles 353, 357 et 358. Le règlement grand-ducal visé à l'article 356, paragraphes 1er et 3 définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques sont prises en charge pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs. R. 22.12.06

Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal. R. 28.4.09

1 **Art. 351.** Les décisions individuelles relatives aux prestations accordées, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces et celles portant refus d'une prestation, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L. 23.12.05,7

2 En cas de rejet d'une demande de prise en charge des prestations prévues par le présent livre au motif que le seuil fixé à l'article 349, paragraphe 1er n'est pas atteint, une nouvelle demande n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. À défaut de ce rapport médical, la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours. L. 29.8.17,1er,4°

3 Les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 16.3.09,10,10

Cercle des bénéficiaires L. 19.6.98

1 **Art. 352.** Le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du présent code.

2 Cependant, pour les personnes ayant contracté une assurance facultative en application de l'article 2 alinéa 2 du présent code le bénéfice n'est ouvert qu'après un stage d'assurance d'une année. L. 29.8.17,1er,5°,a)

3 L'article 18 du présent code est applicable. L. 29.8.17,1er,5°,b)

Prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile L. 29.8.17,1er,6°

Art. 353. (1) Les prestations en nature en cas de maintien à domicile dans les domaines des actes essentiels de la vie sont prises en charge intégralement suivant les besoins en aides et soins arrêtés dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie apportés par les prestataires visés à l'article 389 correspond à un des forfaits suivants:

- Forfait 0 de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine.
- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.

- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

(2) L'activité de garde individuelle au domicile de la personne dépendante est prise en charge pour une durée maximale de sept heures par semaine pour garde de jour. Cette durée peut être portée à quatorze heures par semaine dans les cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, sans que la durée de la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance et de l'activité de garde individuelle ne puisse dépasser quatorze heures par semaine.

L'activité de garde en groupe en centre semi-stationnaire est prise en charge pour une durée maximale de quarante heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'activités d'appui à l'indépendance prestées par semaine.

Si la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 retient la prise en charge d'une activité de garde individuelle ou en groupe de jour, la personne dépendante peut demander en outre la prise en charge d'une activité de garde individuelle à son domicile de nuit, à raison de 10 nuits par an, en cas d'absence momentanée de l'aidant figurant dans la synthèse de prise en charge ou en cas de certificat médical attestant un changement fondamental de l'état de santé de la personne dépendante justifiant une telle garde de nuit.

(3) La formation à l'aidant vise à conseiller et à rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides et soins à fournir à la personne dépendante dans les domaines des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Cette formation peut être prise en charge à raison de maximum six heures par an.

(4) Les activités d'assistance à l'entretien du ménage de la personne dépendante visées à l'article 350, paragraphe 6, sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de trois heures par semaine.

1 **Art. 354.** Sur base de la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu de l'article 350, paragraphe 8, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 peuvent être remplacées par une prestation en espèces correspondant à l'un des forfaits suivants: L. 29.8.17,1er,7°

- Forfait 1 de 12,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure moins de 61 minutes par semaine.

- Forfait 2 de 37,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 61 et 120 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 62,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 121 et 180 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 87,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 181 et 240 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 112,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 241 et 300 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 137,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 301 et 360 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 162,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 361 et 420 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 187,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 421 et 480 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 212,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 481 et 540 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 262,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure 541 minutes par semaine ou plus.

2 Ce remplacement prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins selon la synthèse de prise en charge constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

3 Pour les enfants visés à l'article 350, paragraphe 2, alinéa 2 la durée des prestations réalisées par l'aidant est affectée en outre d'un coefficient d'adaptation tenant compte des besoins supplémentaires par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les coefficients d'adaptation et les modalités d'application de la présente disposition sont déterminés par règlement grand-ducal. R. 21.12.06

4 Les prestations en espèces ne sont pas soumises aux charges sociales et fiscales. L'article 441, à l'exclusion de l'alinéa 3, est applicable.

5 La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.

1 **Art. 355.** A la demande de la personne dépendante, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension de l'aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7, ne bénéficiant pas d'une pension personnelle, permettant de couvrir ou de compléter les périodes pendant lesquelles l'aidant assure, d'après la synthèse de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile. L. 29.8.17,1er,8°

2 La prise en charge des cotisations pour l'assurance pension se fait au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Art. 356. (1) La personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile, sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, à la prise en charge: L. 29.8.17,1er,9°

- des adaptations de son logement;
- des aides techniques et de la formation y relative;
- du matériel d'incontinence.

(2) Des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement.

Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et selon les modalités et limites à fixer par règlement grand-ducal. Ce règlement peut également prévoir en lieu et place de l'adaptation du logement les modalités et les limites d'une prise en charge du coût supplémentaire engendré par le déménagement dans un logement adapté à l'état de dépendance de l'ayant droit. R. 22.12.06

(3) Des aides techniques peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillage, des activités d'assistance à l'entretien du ménage et de la communication verbale ou écrite.

La prise en charge des aides techniques peut répondre également aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs.

La mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins.

Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont inscrites sur une liste proposée par la Commission consultative et arrêtée par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal détermine les limites, les conditions et les modalités de l'intervention de l'assurance dépendance. Il détermine en outre les termes pour le renouvellement périodique des aides techniques et la charge des frais d'entretien et de réparation des aides techniques. R. 22.12.06

Les aides techniques sont mises à disposition aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance sur base d'une location conformément aux conditions et modalités déterminées à l'article 394.

Si une location n'est pas possible ou indiquée, l'assurance dépendance accorde une subvention financière à la personne dépendante pour lui permettre l'acquisition des aides techniques répondant à ses besoins spécifiques.

Lorsque l'aide technique peut compenser le même besoin que l'adaptation du logement, le droit à l'aide technique est prioritaire.

La mise à disposition ou l'acquisition sont faites à la suite d'un avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance qui détermine le type d'aide technique ainsi que la formation s'y rapportant. Cette formation, destinée au bénéficiaire et à son aidant, selon l'article 350, paragraphe 7, peut être prise en charge à raison d'un total de deux heures par an.

(4) Un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois est accordé en cas d'utilisation du matériel d'incontinence fixé par règlement grand-ducal. Le montant correspondant au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Prise en charge des prestations en milieu stationnaire L. 29.8.17,1er,10°

1 **Art. 357.** Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants:

- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

2 Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

3 Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

4 L'activité d'accompagnement de la personne dépendante dans un établissement à séjour continu est prise en charge suivant un forfait correspondant à quatre heures par semaine.

5 Un règlement grand-ducal définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques et le matériel d'incontinence sont pris en charge pour les personnes dépendantes hébergées dans un établissement d'aides et de soins. R. 22.12.06

1 **Art. 358.** Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, elle a droit aux prestations visées à l'article 357 pour les périodes de séjour dans cet établissement et aux prestations visées aux articles 353 à 356 pour les périodes de séjour à domicile. L. 23.12.05,12

2 Lorsque la personne dépendante se trouve dans un établissement dont le financement incombe au budget de l'Etat, elle a toutefois droit, pour les périodes de séjour à domicile, aux prestations visées aux articles 353 à 356, sans préjudice des dispositions de l'article 371.

3 (alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,11°

Art. 359. Si à la suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8, les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15. L. 29.8.17,1er,12°

Art. 360. (article abrogé) L. 23.12.05,13

Art. 361. (article abrogé) L. 29.8.17,1er,13°

Droit aux prestations

1 **Art. 362.** Les prestations prévues par le présent livre sont dues au plus tôt à partir du jour de la présentation de la demande comprenant le formulaire de demande accompagné, le cas échéant, par la fiche de renseignements relatifs à l'aidant et le rapport du médecin traitant dûment remplis. L. 29.8.17,1er,14°

2 Les prestations peuvent être accordées pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

3 Pour la période précédant la date de la décision visée à l'article 351, les personnes dépendantes ayant eu recours aux services des réseaux d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 ou 391 ont droit aux prestations en nature au sens des articles 353, 357 ou 358 en fonction des prestations requises sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

4 En cas de décès de la personne protégée avant la date de la décision visée à l'article 351, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge en fonction des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

5 En cas de décès de la personne protégée avant que l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ait pu procéder à une évaluation, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge suivant un forfait de sept cent quatre-vingt minutes par semaine.

Art. 363. Les prestations en nature prévues par le présent livre sont accordées sous forme de prise en charge directe par l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, le prestataire n'ayant d'action contre la personne protégée que pour la partie dépassant la prise en charge de l'assurance. L. 19.6.98

Art. 364. Les prestations prévues par le présent livre sont dues par jour, chaque jour représentant un septième de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. L. 29.8.17,1er,15°

1 **Art. 365.** Les prestations en espèces sont payées après le terme échu. L. 29.8.17,1er,15°bis

2 Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie.

3 Le paiement de la prestation en espèces prend fin le jour de la décision de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance suite au constat de l'indisponibilité de l'aidant. Si cette indisponibilité constatée est temporaire, le paiement de la prestation en espèces est suspendu pendant les

périodes où les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391.

4 Le paiement se fait par virement postal ou bancaire sur le compte du bénéficiaire ou, en cas d'enfant mineur, d'une personne placée sous tutelle ou sous curatelle, sur le compte de la personne légalement autorisée. Les frais sont à charge du bénéficiaire.

Réévaluation des besoins de la personne dépendante L. 29.8.17,1er,16°

1 **Art. 366.** (1) À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes:

1) lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge;
2) lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge;
3) lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission;
4) lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante;
5) lorsque l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

À la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visés à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

(2) La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut

être confiée au prestataire à la demande de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance révise et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant.

Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge.

(3) La décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

(4) Sans préjudice des dispositions de l'article 367, la décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée.

Retrait des prestations L. 19.6.98

1 **Art. 367.** Toute prestation d'assurance dépendance est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

2 Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée. L. 23.12.05,18,1°

3 La restitution des prestations est obligatoire, si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après attribution. L. 19.6.98

4 La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé ait été entendu soit verbalement, soit par écrit.

5 Les prestations en espèces sont retirées ou réduites s'il appert d'un avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance qu'elles ne sont pas employées aux fins spécifiées à l'alinéa 1 de l'article 354 sans préjudice d'une augmentation correspondante des prestations en nature.

6 Pour toutes les décisions de retrait, de réduction ou de suppression des prestations de l'assurance dépendance, l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance doit être demandé.

Prescription des prestations

1 **Art. 368.** L'action des prestataires d'aides et de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus.

2 L'action des assurés à l'égard de l'assurance se prescrit dans le même délai à compter de l'ouverture du droit.

Suspension et cessation des prestations

1 **Art. 369.** Les prestations en nature sont suspendues pendant un séjour à l'hôpital au sens de l'article 60, alinéa 2. Le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédant l'hospitalisation est maintenu pendant les trois semaines qui suivent cette admission. Toutefois, en cas de séjours successifs, le maintien du droit aux prestations en espèces ne peut dépasser vingt et un jours par année. L. 23.12.05,19

2 Par dérogation à l'alinéa 1er, la personne dépendante prise en charge par un centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation au sens de l'article 1er, alinéa 1er, point b), de la

loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, peut bénéficier des prestations en nature nécessaires au maintien à domicile pour le temps passé en dehors de ce centre à charge de l'assurance dépendance. Les prestations sont accordées suite à un avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Concours avec d'autres prestations et aides

Art. 370. Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues au titre de l'assurance maladie. Cependant lorsqu'un droit à la prise en charge d'aides techniques est ouvert au titre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire. L.19.6.98

Art. 371. Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues par l'assurance accident, la législation sur les dommages de guerre, la législation relative aux personnes handicapées et la législation relative à l'éducation différenciée. L. 23.12.05,21

Art. 372. Les aides prévues par l'article 13 de la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement sont suspendues jusqu'à concurrence de la prise en charge des adaptations du logement prévue à l'article 356. L. 19.6.98

Concours de l'assurance et de l'assistance

1 **Art. 373.** Le présent livre ne modifie ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en vertu du présent livre ou de leurs survivants.

2 Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance dépendance, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites des prestations prévues par le présent livre.

3 L'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance est tenu d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par le présent livre.

Concours avec la responsabilité de tiers

1 **Art. 374.** Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance dépendance.

2 L'alinéa 1er ne s'applique pas à la réparation de dommages causés par des faits dommageables survenus avant le 1er janvier 1999. L. 23.12.05,22

Chapitre II. - **Financement** L. 19.6.98

Système de financement

1 **Art. 375**. Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être

inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses courantes.

2 En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées:

1) par une contribution de l'Etat à raison de quarante pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve; L. 16.12.11,37

2) par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe "électricité" imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à vingt-cinq mille kWh, à charge du secteur de l'énergie électrique, qui est affectée au financement de l'assurance dépendance; L. 24.7.00,30

3) pour le restant par une contribution dépendance déterminée conformément aux dispositions des articles 377 et suivants. L. 19.6.98

3 En ce qui concerne la contribution visée à l'alinéa 2 sous 1), l'Etat verse mensuellement des avances.

Contribution dépendance

1 **Art. 376.** L'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que les revenus du patrimoine.

2 Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4 pour cent. L. 22.12.06,33,2°

1 **Art. 377.** La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 13) et 15) de l'article 1er, alinéa 1 dans les conditions prévues à l'article 32. L. 9.5.12,2,3.

2 Pour les personnes assurées en vertu des numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er, l'employeur ou l'institution débitrice effectue la retenue afférente sur la rémunération ou le revenu de remplacement. A défaut d'opérer la retenue, il en devient débiteur pur et simple du montant redu. L. 19.6.98

3 La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue à l'article 33, mais sans application du minimum et du maximum inscrit à l'article 39.

4 Pour les personnes visées à l'article 1er sous 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20), l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Un règlement grand-ducal fixe les modalités particulières de l'abattement en cas de travail à temps partiel, d'occupation ne couvrant pas un mois de calendrier entier, d'occupations multiples, de concours de plusieurs pensions et de concours de pension avec une occupation professionnelle. R. 23.12.16

5 Elle est établie et perçue par le Centre commun de la sécurité sociale suivant les dispositions prévues aux articles 42 et 425 à 435, 445 et 447.

1 **Art. 378.** La contribution dépendance sur les revenus du patrimoine à charge des contribuables résidents en vertu de l'article 2 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est déterminée à raison des revenus

nets visés aux numéros 6 à 8 de l'article 10 de la même loi. Le revenu net pour chacune des catégories énumérées est à prendre en considération seulement lorsque son montant est positif.

2 L'établissement et la perception pour le compte de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine incombe à l'administration des contributions directes. Il en est de même de la contribution dépendance à prélever sur base du revenu net résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi prévisée à l'exception des prestations versées par un régime complémentaire de pension dans le cadre de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension et des pensions personnelles ou de survie servies en vertu du livre III du présent code ou de la législation et de la réglementation sur les pensions d'un régime statutaire.

3 Les contribuables résidents ne sont redevables de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine et sur les revenus nets résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, que s'ils relèvent du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance, tel que défini à l'article 352 du présent code. L. 21.12.01,4

4 La contribution dépendance sur les revenus du patrimoine ne dépassant pas mille francs, vingt-quatre virgule soixante-dix-neuf euros (24,79 €) par an est considérée comme nulle. L. 19.6.98

5 La contribution dépendance n'est pas à considérer comme impôt sur le revenu et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales prévus dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

6 Toutefois les voies de recours en matière d'impôts directs s'appliquent à l'encontre des bases d'imposition des bulletins d'impôt servant au calcul de la contribution dépendance au sens du présent article.

7 La perception et le recouvrement de la contribution dépendance au sens du présent article s'opèrent et se poursuivent dans les mêmes formes et avec les mêmes privilège et hypothèque légale que ceux des contributions directes.

8 Le produit de la contribution dépendance au sens du présent article ainsi que son affectation à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est imputé sur le budget des recettes et des dépenses pour ordre de l'Etat.

9 Un règlement grand-ducal peut régler l'exécution pratique des dispositions du présent article.

Administration du patrimoine

1 **Art. 379.** La réserve visée à l'article 375 est placée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance à court et à moyen terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agrées à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 23.12.16,43

2 L'organisme gestionnaire ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 19.6.98

Organisme gestionnaire

Art. 380. La gestion de l'assurance dépendance est assumée par la Caisse nationale de santé. L. 13.5.08,2,21°

1 **Art. 381.** Le comité directeur a pour mission:

1) de statuer sur le budget annuel et le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, à approuver par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'autorité de surveillance; R. 19.12.08

2) de préparer les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations;

3) de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

2 Dans les matières visées ci-dessus, le comité directeur délibère en l'absence des délégués visés à l'article 46, alinéa 1, sous 8).

3 Les décisions du comité directeur sont prises à la majorité des voix.

4 Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Le président dispose du même nombre de voix que les délégués des assurés. Le nombre de voix dont dispose le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

5 Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 7.1.09

6 Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. L. 29.8.17,1er,20°

1 **Art. 382.** A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. L. 13.5.08,2,21°

2 Les demandes en obtention de prestations et les oppositions formées à la suite d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué sont régulièrement posées si elles émanent du demandeur lui-même, de son représentant légal, de son partenaire ou d'une des personnes énumérées à l'article 106 du Nouveau Code de procédure civile comme ayant qualité de représenter le demandeur à l'audience des justices de paix. Le représentant, s'il n'est avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

3 Les prérogatives visées à l'alinéa précédent peuvent être également exercées par les délégués des organisations professionnelles ou syndicales dûment mandatés, visés à l'article 2 de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat.

4 Les demandes en obtention de prestations sont encore régulièrement posées si sur le formulaire de demande dûment complété, le médecin traitant du demandeur certifie

une incapacité d'agir de ce dernier et si le médecin certifie avoir procédé à la déclaration visée à l'article 491-1 du Code civil.

5 Les décisions prises en matière de prestations par le comité directeur sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

6 Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

7 Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code. L. 29.8.17,1er,21°

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance L. 29.8.17,1er,22°

Art. 383. Il est créé une administration de l'État dénommée «Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance», placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et qui a, dans le cadre des prestations de l'assurance dépendance, des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil telles que précisées aux articles 384 à 384ter.

Art. 384. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance émet les avis prévus par le présent livre, détermine les aides et soins que requiert la personne dépendante et établit la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. L. 29.8.17,1er,23°

1 **Art. 384bis.** Tous les deux ans, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance: L. 29.8.17,1er,24°

- contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante;
- contrôle la qualité des prestations fournies à la personne dépendante compte tenu des indicateurs visés à l'article 387bis, au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante.

2 L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au comité directeur de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

1 **Art. 384ter.** L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance informe et conseille les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, y compris l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prise en charge des personnes dépendantes. L. 29.8.17,1er,25°

2 Elle conseille l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et les départements ministériels chargés du financement et de l'agrément des services et les établissements d'aides et de soins en vue de l'adaptation des structures aux besoins de la population dépendante.

3 Elle fournit des expertises à la demande d'autres services publics.

1 **Art. 385**. Les avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance à portée individuelle s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance a été contredit par l'expert chargé par le Conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel. L. 29.8.17,1er,26°

1 **Art. 386.** L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance exerce ses missions en prenant des renseignements et en procédant à une évaluation au lieu de vie habituel des personnes demandant les prestations prévues à l'article 347, et de leur aidant le cas échéant. En tenant compte de l'état de la personne dépendante, l'évaluation peut avoir lieu dans les salles d'examen dont dispose l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L. 29.8.17,1er,27°,b)

2 Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut, dans l'exercice de ses missions et muni des pièces justificatives de ses fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité les aides et soins, les aides techniques et les adaptations du logement prévus par le présent livre ou à l'établissement qui les héberge, afin de procéder aux constatations nécessaires en vue de l'octroi, du maintien ou du retrait des prestations. Les visites à domicile ou dans l'établissement ne peuvent avoir lieu qu'entre six heures et demie et vingt heures. L. 23.12.05,27,1°

3 Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut se faire présenter par les prestataires d'aides et de soins la documentation d'aides et de soins relative aux personnes dépendantes. L. 23.12.05,27,2°

4 Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ne peut profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en sa faveur par une personne pendant la période où elle a touché des prestations de l'assurance dépendance, sauf dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement. L. 19.6.98

5 Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations et organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir à l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'exercice des missions lui confiées.

6 L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions pour autant que ces services n'ont pas conclu un contrat d'aides et de soins avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance en vertu des articles 388bis à 391.

Commission consultative

1 **Art. 387.** Il est institué une commission consultative qui se compose des membres suivants:

- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale; L. 23.12.05,28,1°
- de deux membres représentant l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance; L. 23.12.05,28,2°
- de deux membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille; L. 19.6.98
- du président de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de son délégué;
- de deux membres désignés par et parmi les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4;
- de deux membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391; L. 29.8.17,1er,28°,b)
- de deux membres désignés respectivement par le conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées. L. 19.6.98

2 Le délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale assure les fonctions de président de la commission. L. 23.12.05,28,3°

3 Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant. La commission peut s'adjoindre des experts. L. 29.8.17,1er,28°,c)

4 La Commission consultative peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions prévues aux articles 350, paragraphe 9, 356, paragraphe 3, alinéa 4 et 387bis. Elle peut être saisie également par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, ou encore le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391. L. 29.8.17,1er,28°,d)

5 Le fonctionnement et la désignation des membres et membres suppléants de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal qui peut prévoir l'institution de sous-commissions. L. 23.12.05,28,5°
R. 25.6.98

6 En cas de partage des votes au sein de la commission ou d'une sous-commission, la voix du président prévaut. L. 23.12.05.28,6°

7 Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat. L. 19.6.98

Normes et indicateurs de qualité L. 29.8.17,1er,29°

Art. 387bis. (1) Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 dans le respect des normes concernant la qualification et la dotation du personnel, et suivant des coefficients de qualification du personnel et d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal, la Commission consultative demandée en son avis. R. 13.12.17

Les normes concernant la qualification du personnel fixent les qualifications minimales requises par les professionnels pour la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont fixées en tenant compte des compétences professionnelles minimales nécessaires pour exécuter les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'accompagnement, les activités de gardes, les activités de formation de l'aidant, ainsi que les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Les normes de dotation du personnel fixent la combinaison des professionnels intervenant dans la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont

fixées pour chaque type de prestation énuméré à l'alinéa 2 et chaque catégorie de prestataire visé aux articles 389, 390 et 391. Elles tiennent compte des qualifications minimales requises et des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Les coefficients de qualification du personnel résultent des normes de dotation et sont fixées en tenant compte des revenus des professionnels suivant les compétences professionnelles nécessaires pour exécuter pour chaque type de prestation énuméré à l'alinéa 2.

Les coefficients d'encadrement du groupe déterminent pour les activités d'appui à l'indépendance et les activités de garde en groupe, l'encadrement moyen annuel du groupe nécessaire pour atteindre l'objectif de ces activités, en assurant la sécurité des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, et en tenant compte des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

(2) Les dispositions organisant les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 sont fixées par règlement grand-ducal. La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives relatives à la personne dépendante prise en charge, les informations relatives aux soins et à la prise en charge thérapeutique, les indications concernant l'admission en établissement d'aides et de soins ou le début de la prise en charge par un réseau d'aides et de soins, ainsi que la documentation renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante.

La documentation par le prestataire d'aides et de soins comporte une semaine-type de prise en charge, qui se distingue de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. La documentation de la semaine-type, régulièrement tenue à jour, renseigne des aides et soins, de l'accompagnement et de l'encadrement réguliers et quotidiens de la personne dépendante. De la documentation de la semaine-type résulte la mise à jour régulière d'une fiche de transfert, comportant les données nécessaires pour assurer la sécurité, la continuité des aides et soins, ainsi que leur coordination. Le contenu de la semaine-type et de la fiche de transfert sont définis par règlement grand-ducal. R. 13.12.17

Toute personne consultant ou mettant à jour les données recueillies doit être identifiable à tout moment.

Ce règlement grand-ducal détermine par ailleurs les modalités du contrôle de la qualité des prestations fournies visé à l'article 384bis, paragraphe 1er, alinéa 1, 2ième tiret, ainsi que le contenu des indicateurs de qualité de la prise en charge. Les indicateurs permettent à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante et correspondent, auprès des prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391, à un recensement du nombre de personnes dépendantes présentant une escarre, des personnes dépendantes pour lesquelles l'évaluation de la douleur est réalisée, de la prévalence de chutes et de leur récidive chez les personnes dépendantes, du suivi nutritionnel des personnes dépendantes, du mécanisme formalisé de gestion des plaintes, et du contenu de la documentation.

Action concertée de l'assurance dépendance

Art. 388. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque périodiquement un comité qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, les organisations oeuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit. Ce comité a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes. A cet effet il peut réaliser ou faire réaliser des études. Des experts peuvent être adjoints à ce comité. L. 19.6.98

Chapitre IV. - **Relations avec les prestataires d'aides et de soins** L. 23.12.05,30

Conventions-cadre L. 29.8.17,1er,30°

1 **Art. 388bis.** Les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins visés aux articles ci-après, sont définis par des conventions-cadre.

2 Ces conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.

3 Les conventions déterminent obligatoirement:

1) l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité; L. 29.8.17,1er,30°,b)

2) les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel visées à l'article 387bis; L. 29.8.17,1er,30°,c)

3) l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année; L. 23.12.05,30

4) les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification; L. 29.8.17,1er,30°,d)

5) les conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante et le prestataire adhèrent au contrat de prise en charge et peuvent y mettre fin; L. 23.12.05,30

6) l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. L. 19.12.08,40,(2)

4 Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues à l'alinéa 1er, points 1 et 3, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge. L. 23.12.05,30

5 Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations pour leur renouvellement total L. 29.8.17,1er,30°,e)

ou partiel sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

6 L'article 62 du présent Code est applicable. L. 29.8.17,1er,30°,f)

7 Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Le contrat d'aides et de soins précise le cercle de personnes prises en charge par le prestataire, ainsi que, pour les prestataires visés à l'article 389, la délimitation géographique de ses activités, qui ne peut être inférieure à celle correspondant au territoire d'une circonscription électorale. L. 23.12.05,30

8 Les conventions-cadre sont publiées au Mémorial, le cas échéant, sous forme d'un texte coordonné.

Prestataires du maintien à domicile L. 29.8.17,1er,31°

Art. 389. (1) Est considéré comme réseau d'aides et de soins au sens du présent livre un ensemble valablement constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. L. 23.12.05,31

Tous les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins doivent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins.

Les réseaux d'aides et de soins peuvent recourir à des centres semi-stationnaires.

(2) Sont considérées comme centres semi-stationnaires au sens du présent livre, les institutions accueillant soit de jour, soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

(alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,31°

Prestataires en milieu stationnaire L. 29.8.17,1er,32°

1 **Art. 390.** Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour continu au sens du présent livre, les institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. L. 23.12.05,31

2 L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

1 **Art. 391.** Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, les institutions hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative L. 13.5.08,2,21bis°

aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 272, alinéas 4 et 5.

2 L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre. L. 23.12.05,31

3 (alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,33°

Agrément L. 29.8.17,1er,34°

1 **Art. 392.** Une même personne physique ou morale peut exercer son activité en tant que prestataire au sens des articles 389 à 391 à condition d'avoir conclu pour ces différentes activités des contrats d'aides et de soins différents et de tenir des comptabilités distinctes. L. 23.12.05,31

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour l'ensemble des prestataires. R. 13.12.17

Commission de surveillance L. 29.8.17,1er,35°

Art. 393. (1) La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur le montant de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,58°

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le médecin-directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;

2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance;

3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance;

4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;

5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque prestation d'aides et de soins, dès lors que l'assuré ne s'y est pas explicitement opposé; L. 29.8.17,1er,35°,c)

6) l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéas 3 et 4. L. 29.8.17,1er,35°,d)

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes: L. 17.12.10,1,58°

1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;

2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le médecin-directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables.

1 **Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du médecin-directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires. L. 17.12.10,1,59°

2 La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

3 Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

4 La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393,

paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.

Art. 393ter. 1 Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du médecin-directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable: L. 17.12.10,1,60°

1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

2 Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

3 Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.

Fournisseurs spécialisés d'aides techniques L. 29.8.17,1er,38°

Art. 394. Peuvent être chargés de la mise à disposition des aides techniques dans le cadre du présent livre les fournisseurs spécialisés qui ont conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat de prestations de services se rapportant à cet objet. Ce contrat contient obligatoirement l'engagement de la part des prestataires de respecter les conditions relatives aux points suivants: L. 19.6.98

- la détermination du cahier de charges;
- la détermination des prix de location;
- les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques.

Valeurs monétaires L. 29.8.17,1er,39°

Art. 395. (1) Le montant des prestations à payer aux prestataires visés aux articles 389 à 391 est déterminé en multipliant les durées visées aux articles 350, paragraphe 10, 353, 357, 358 et 359, par une valeur monétaire fixée séparément pour:

- les réseaux d'aides et de soins;
- les centres semi-stationnaires;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu;
- les établissements à séjour intermittent.

(2) Tous les deux ans, les valeurs monétaires sont négociées par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des prestataires visés aux articles 389 à 391.

Les valeurs monétaires correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Les valeurs monétaires résultant des négociations sont arrêtées au moyen d'un protocole d'accord signé par le président de la Caisse nationale de santé et le représentant mandaté par l'organisme représentatif des prestataires d'aides et de soins au 31 décembre au plus tard.

Sont applicables pour autant que nécessaires les dispositions des articles 69, 70, 71 et 84, alinéa 3.

(3) Les valeurs monétaires applicables à la période biennale sont pondérées en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe fixés par le règlement grand-ducal visé à l'article 387bis, paragraphe 1er.

(4) Les prestataires d'aides et de soins remettent à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance annuellement pour le 15 juillet au plus tard les documents suivants se rapportant aux deux exercices précédents:

- le compte d'exploitation;
- les rapports de la comptabilité analytique;
- le tableau relatif au personnel par carrière.

Facteur d'ajustement L. 29.8.17,1er,40°

1 **Art. 395bis**. Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1er octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.

2 Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.

3 L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre.

4 En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicilie visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaires visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires.

LIVRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES

SOMMAIRE

TITRE Ier.	-	**ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**	
Chapitre Ier.	-	**Institutions de sécurité sociale**	Art. 396 - 412
		Situation juridique des institutions sociales	*Art. 396 - 399*
		Mandataires	*Art. 400 - 403*
		Personnel	*Art. 404*
		Budgets et comptes	*Art. 405 - 408*
		Surveillance	*Art. 409 - 410*
		Obligation de secret	*Art. 411*
		Assistance administrative	*Art. 412*
Chapitre II.	-	**Centre commun de la sécurité sociale**	Art. 413 - 417
Chapitre III.	-	**Contrôle médical de la sécurité sociale**	Art. 418 - 421
Chapitre IV.	-	**Inspection générale de la sécurité sociale**	Art. 422 - 424
TITRE II.	-	**FONCTIONNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**	
Chapitre Ier.	-	**Affiliation et perception des cotisations**	Art. 425 - 435
Chapitre II.	-	**Prestations**	Art. 436 - 441
		Caractère des indemnités	*Art. 436 - 439*
		Saisissabilité et cessibilité des droits	*Art. 440 - 441*
Chapitre III.	-	**Obligations des employeurs et des assurés**	Art. 442 - 452
		Obligations des employeurs	*Art. 442 - 446*
		Obligations des assurés	*Art. 447*
		Produit des amendes d'ordre	*Art. 448*
		Dispositions pénales	*Art. 449 - 452*
Chapitre IV.	-	**Recours**	Art. 453 - 460
		Mise en intervention des institutions de sécurité sociale	*Art. 453*
		Juridictions de la sécurité sociale	*Art. 454 - 456*
		Litiges entre institutions de sécurité sociale	*Art. 457*
		Notifications	*Art. 458 - 459*
		Gestion électronique des données	*Art. 460*

Chapitre Ier – **Institutions de sécurité sociale**

Situation juridique des institutions de sécurité sociale

1 **Art. 396.** La Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48, la Mutualité des employeurs, l'Association d'assurance accident, la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation, la Caisse pour l'avenir des enfants et le Centre commun de la sécurité sociale, désignés ci-après comme «institutions de sécurité sociale», sont des établissements publics. Ils jouissent de la personnalité civile. R.18.2.09

2 Ils peuvent recevoir des dons et legs conformément à l'article 910 du Code civil.

3 Ils ne peuvent pareillement acquérir des droits immobiliers dépassant la valeur de quatre mille euros sans l'autorisation du ministre de tutelle, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, et si de ces droits leur adviennent par donation ou legs, l'acte portant autorisation de les accepter disposera en même temps s'il y aura lieu de les garder ou de les aliéner, en fixant dans ce dernier cas, le délai dans lequel l'aliénation devra être faite.

4 Ils estent en justice, représentés par le président de l'organe directeur respectif et sont assimilés aux établissements de bienfaisance mentionnés dans la loi du 23 mars 1893 pour l'obtention de la faveur de plaider en débet pour tous les actes d'instance et d'exécution quelconques, sans préjudice des dispositions de l'article 454, alinéas 3 et 4. Ils peuvent se porter partie civile aux fins des articles 82, 118, 232 et 374 devant les juridictions répressives et être appelés en cause aux mêmes fins et devant les mêmes juridictions par les demandeurs et défendeurs au civil.

1 **Art. 397.** Le président du comité directeur respectivement du conseil d'administration représente l'institution de sécurité sociale judiciairement et extrajudiciairement. Cette délégation s'étend aussi aux affaires et actes judiciaires pour lesquels les lois exigent une procuration spéciale.

2 Les actes posés par le président et le comité directeur dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale.

3 Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire ou employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale.

4 En cas d'absence prolongée, le président est remplacé pendant l'absence par le fonctionnaire le plus ancien en rang. Dans les caisses visées à l'article 48, le président est remplacé par le vice-président.

1 **Art. 398.** Les actes passés au nom ou en faveur des institutions de sécurité sociale sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession.

2 Leurs valeurs mobilières et immobilières ainsi que les revenus en provenant sont affranchis de tous impôts de l'Etat et des communes y compris la taxe sur la valeur ajoutée.

3 Tous les actes dont la production est la suite du présent Code et, notamment les extraits de registres de l'état civil, les certificats, les actes de notoriété, d'autorisation ou de révocation, sont délivrés gratuitement avec exemption de tous droits.

1 **Art. 399.** L'avoir social de l'institution de sécurité sociale garantit seul ses obligations.

2 Aucune saisie ne peut être pratiquée à sa charge qu'après une communication écrite faite au Gouvernement.

Mandataires

1 **Art. 400.** Ne peuvent être désignées délégués des assurés et des employeurs faisant partie d'un organe d'une institution de sécurité sociale que les personnes qui sont âgées de dix-huit ans au moins au jour de la désignation.

2 Les délégués sont désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur.

3 En cas de démission d'un délégué, la chambre professionnelle ou l'autorité compétente pour sa désignation procède à son remplacement.

4 Les conditions et les modalités de la désignation et de la démission des délégués des différents organes sont déterminées par règlement grand-ducal. R. 9.12.08

5 Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du délégué viennent à être connus, le ministre de tutelle peut, sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications.

Art. 401. Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion.

Art. 402. (1) Les membres des organes des institutions de sécurité sociale remplissent leur mandat à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité. R. 18.2.09

(2) Les membres des professions indépendantes qui font partie d'un organe d'une institution de sécurité sociale touchent en outre une indemnité pour pertes de revenu dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément.

(3) Un règlement grand-ducal détermine le tarif applicable au remboursement des débours et des indemnités prévus au paragraphe (1), ainsi que le montant de l'indemnité allouée aux membres des professions indépendantes en application du paragraphe (2). R. 19.12.08 R. 18.2.09

Art. 403. Des amendes d'ordre de vingt-cinq à deux cent cinquante euros peuvent être infligées par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué aux membres des organes des institutions de sécurité sociale qui, sans motif légitime, refusent le mandat leur confié ou n'assistent pas régulièrement aux séances ou manquent de toute autre manière à leurs devoirs. Le produit de l'amende revient à l'institution de sécurité sociale concernée.

Personnel

1 **Art. 404.** Les comités directeurs des institutions de sécurité sociale sont assistés par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, ainsi que par des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Les modalités de cette assimilation, en ce qui concerne notamment les droits et devoirs, la formation et les examens, la nomination, la rémunération, la cessation des fonctions et la retraite, sont déterminées par règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat entendu en son avis. Ce règlement peut avoir un effet rétroactif en tant qu'il a pour objet de prendre des

dispositions correspondant à celles applicables au personnel de l'Etat. Il détermine le cadre des employés publics et fixe en outre un nombre limite pour l'effectif total affecté à chacune de ces institutions.

2 Un ou plusieurs fonctionnaires de la carrière supérieure de l'Etat peuvent être adjoints aux présidents de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale d'assurance pension, de la Caisse nationale des prestations familiales et du Centre commun de la sécurité sociale auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions. Les traitements et pensions des fonctionnaires sont pris en charge par les institutions conformément à l'article 408.

3 Les fonctionnaires et employés publics des institutions de sécurité sociale prêtent avant d'entrer en fonction entre les mains du ministre de tutelle ou de son délégué le serment suivant: «Je jure fidélité au Grand-Duc, obéissance à la Constitution et aux lois de l'Etat. Je promets de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité.»

Budgets et comptes

1 **Art. 405.** Chaque année, l'institution de sécurité sociale établit le budget pour l'exercice subséquent dans les formes et délais prescrits par l'autorité de surveillance.

2 Le budget arrêté par l'organe compétent est immédiatement soumis pour approbation au ministre de tutelle sur avis de l'autorité de surveillance.

3 L'approbation du budget se fait en fonction de sa conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, du caractère réaliste des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que de la croissance globale des frais d'administration. R. 19.12.08

4 L'exécution du budget est soumise au contrôle du ministre de tutelle qui peut autoriser le dépassement de crédits sur avis de l'autorité de surveillance.

1 **Art. 406.** Les institutions de sécurité sociale produisent les comptes annuels de l'exercice écoulé à l'autorité de surveillance dans les formes et délais que celle-ci prescrit. R. 19.12.08

2 Les comptes annuels peuvent être arrêtés par l'organe compétent au plus tôt six semaines après la transmission des documents à l'autorité de surveillance.

Art. 407. Un règlement grand-ducal précise les règles applicables à la tenue de la comptabilité, à la procédure budgétaire et aux comptes annuels. R. 19.12.08

1 **Art. 408.** Les institutions de sécurité sociale supportent leurs propres frais d'administration.

2 Les frais d'administration communs à plusieurs institutions de sécurité sociale sont répartis entre elles suivant une clé à fixer par règlement grand-ducal qui peut également définir les frais concernés. R. 19.12.08

3 Les frais d'administration des caisses de maladie visées à l'article 48 sont assumés par la Caisse nationale de santé dans les conditions et limites déterminées par règlement grand-ducal. R. 19.12.08

4 La retenue pour pension due au titre de l'article 61 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois est perçue au bénéfice de l'institution de sécurité sociale si un droit à pension existe auprès de cette institution.

Surveillance

1 **Art. 409.** Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

2 L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières.

3 A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en oeuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

4 L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance.

5 Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

6 Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension conformément à l'article 410.

1 **Art. 410.** Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation.

2 Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée.

3 Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

4 Si un recours est introduit par un assuré devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale contre une décision de l'institution de sécurité sociale, la procédure prévue aux alinéas 1 et 2 du présent article ne peut s'exercer.

Obligation de secret

1 **Art. 411.** Les mandataires et le personnel des institutions de sécurité sociale, des juridictions sociales ainsi que des autorités exerçant le contrôle, sont tenus de garder le secret sur les faits et installations qu'ils parviennent à connaître dans l'accomplissement de leur mission et de s'abstenir d'utiliser ou de révéler les secrets de fabrication ou les secrets d'affaires.

2 Les personnes chargées spécialement du contrôle prêtent avant d'entrer en fonction, devant le juge de paix de leur

résidence, le serment suivant: «Je jure de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité. Je jure de garder le secret sur les faits et installations que je parviendrai à connaître dans l'accomplissement de ma mission et de m'abstenir d'utiliser ou de révéler les secrets d'affaires.»

3 En cas de contravention aux dispositions de l'alinéa 1, les personnes y désignées seront passibles des peines édictées par l'article 458 du Code pénal.

Assistance administrative

1 **Art. 412.** Les autorités publiques donnent suite aux demandes qui leur parviennent dans l'intérêt de l'exécution du présent Code de la part des comités directeurs, du Conseil arbitral de la sécurité sociale ou d'autres organes des institutions de sécurité sociale ou d'autres autorités publiques et adressent spontanément aux organes des institutions de sécurité sociale toutes les communications pouvant intéresser leur fonctionnement.

2 Le même devoir incombe aux organes des institutions de sécurité sociale dans leurs rapports réciproques.

3 Les institutions de sécurité sociale, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale et les juridictions arbitrales sont habilités à obtenir tous les renseignements individuels indispensables à l'exécution de leurs missions. L. 29.8.17,3,1°

4 Les frais résultant de l'exécution de ces devoirs sont remboursés par les institutions de sécurité sociale, comme faisant partie des frais d'administration, en tant qu'ils consistent en frais de voyage et de séjour, ainsi qu'en taxe aux témoins et aux experts ou en d'autres déboursés. L. 13.5.08,2,22°

Chapitre II – **Centre commun de la sécurité sociale**

1 **Art. 413.** Un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale, qui porte la dénomination «Centre commun de la sécurité sociale» est chargé de:

1) l'organisation de l'informatisation, la collecte et le traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Administration du personnel de l'Etat, dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces institutions et administrations;

2) l'affiliation des assurés, la détermination, la perception et le recouvrement des cotisations d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale, la comptabilisation et la répartition de celles-ci entre les différentes institutions;

3) la création d'une banque de données de la sécurité sociale et l'exploitation de cette banque selon les besoins spécifiques des institutions et administrations de la sécurité sociale;

4) la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale;

5) la réalisation de tâches communes et d'études lui confiées par l'une ou l'autre ou par plusieurs des institutions et administrations prévues au point 1);

6) la perception et le recouvrement forcé des cotisations légalement dues aux chambres professionnelles, ceci à leur demande et à leurs frais; R. 4.11.10 R. 17.12.10

7) la collaboration avec l'Administration du personnel de l'Etat et les autres administrations compétentes pour l'application des régimes spéciaux de pensions;

8) la fourniture au ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ainsi qu'aux administrations et services qui en relèvent des données nécessaires à l'application de la législation du travail.

2 Sont dévolues au Centre les compétences des différentes institutions et de leurs organes prévues en matière d'affiliation, de détermination, de perception et de recouvrement des cotisations prévues au titre des lois et règlements.

3 Le Centre maintient un réseau d'agences locales multifonctionnelles, servies par des agents détachés par les différentes institutions de sécurité sociale. Le fonctionnement de ces agences est déterminé par règlement grand-ducal.

4 Le Centre délivre aux assurés et aux ayants droit une carte indiquant les données personnelles et le numéro d'identité.

5 Il fournit à l'Inspection générale de la sécurité sociale toutes données nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

6 Un règlement grand-ducal détermine les données nominatives contenues dans les banques de données gérées par le Centre qui peuvent être consultées par télétraitement en vue de l'exercice de leurs missions légales, réglementaires et statutaires respectives, par les institutions et administrations visées aux points 1) et 8) de l'alinéa 1 ci-dessus.

7 L'organisation et le fonctionnement du Centre ainsi que ses relations avec les institutions de sécurité sociale sont fixés par règlement grand-ducal. R. 12.5.75

1 **Art. 414.** Le Centre est placé sous la responsabilité d'un comité directeur comprenant: R. 9.12.08

1) les présidents de la Caisse nationale de santé, de la Caisse nationale d'assurance pension, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale des prestations familiales et du Fonds national de solidarité ou leurs délégués;

2) cinq délégués des assurés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés;

3) un délégué des assurés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics;

4) cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et la Chambre des métiers;

5) un délégué désigné par la Chambre d'agriculture.

2 Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

3 La présidence du comité directeur est exercée par le président de l'Association d'assurance accident.

4 Dans les votes la voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

1 **Art. 415.** Le comité directeur gère le Centre dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

2 Il lui appartient notamment:

1) d'arrêter le budget annuel; R. 19.12.08
2) de statuer sur le bilan annuel;
3) d'établir les règles relatives au fonctionnement des organes du Centre;
4) d'établir le schéma directeur informatique du Centre;
5) de prendre les décisions concernant le personnel du Centre.

3 Les décisions visées aux points 1) à 4) ci-avant sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. P. XVII,1 P. XX,50 P. XXI,413

1 **Art. 416.** Toutes les questions d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre peuvent faire l'objet d'une décision du président ou de son délégué et doivent le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

2 Le président peut déléguer à un fonctionnaire ou employé dirigeant du Centre la signature des décisions prévues à l'alinéa qui précède et des contraintes visées à l'article 429, alinéa 2.

Art. 417. Les frais du Centre sont à charge des administrations et institutions de sécurité sociale d'après une clé de répartition déterminée par règlement grand-ducal. R. 19.12.08

Chapitre III – **Contrôle médical de la sécurité sociale**

Art. 418. L'administration de l'État dénommée «Contrôle médical de la sécurité sociale», placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité. L. 7.8.15,1

1 **Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

2 Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

3 Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

4 Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

5 Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Art. 420. Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

1 **Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

2 Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1er de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

3 Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

4 Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

5 Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

6 Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

Chapitre IV – **Inspection générale de la sécurité sociale**

Art. 422. Il est institué au sein de l'administration gouvernementale une Inspection générale de la sécurité sociale, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, désignée ci-après par les termes «Inspection générale». L. 13.5.08,2,22°

Art. 423. L'Inspection générale a pour mission:

1) de contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale;
2) d'assurer le contrôle des institutions sociales qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement;
3) d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés;
4) de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme pour toutes les institutions sociales;
5) de préparer des projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement;
6) de contribuer, sur le plan international, à tout travail d'élaboration en rapport avec les règlements communautaires et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants et d'en surveiller l'exécution dans le pays;
7) d'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

1 **Art. 424.** L'Inspection générale peut être chargée de l'examen de toutes autres questions que le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou un autre membre du Gouvernement ayant dans ses attributions une branche ou un régime de sécurité sociale juge utile de lui soumettre.

2 Elle peut faire au Gouvernement toute suggestion susceptible d'améliorer la législation de sécurité sociale ou l'organisation des institutions de sécurité sociale.

TITRE II – **Fonctionnement de la sécurité sociale**

Chapitre Ier – **Affiliation et perception des cotisations**

1 **Art. 425.** Toutes déclarations d'entrée ou de sortie ainsi que tout changement généralement quelconque ayant une influence sur les modalités de l'assurance sont adressés au Centre commun de la sécurité sociale dans un délai de huit jours. Ces déclarations sont faites par l'assuré, ou par l'employeur si l'assuré exerce pour le compte d'autrui une occupation donnant lieu à assurance.

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les indications à fournir sur l'employeur, sur l'assuré et sur la relation de travail.

1 **Art. 426.** Les employeurs sont tenus de déclarer tous les mois pour chaque salarié l'ensemble des informations relatives aux assiettes cotisables et au remboursement par la

Mutualité ainsi que le nombre d'heures supplémentaires prestées.

2 Par dérogation à l'alinéa qui précède, les employeurs déclarent les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance. Un règlement grand-ducal peut prévoir que la rémunération déclarée est adaptée d'office à l'évolution de l'indice du coût de la vie et du salaire social minimum et sert d'assiette de cotisation, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale dans un délai déterminé une divergence avec la rémunération effectivement payée. R. 18.11.98

3 Pour les occupations visées à l'alinéa qui précède, le Centre commun procède à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations. L'impôt perçu est transmis chaque mois à l'Etat ensemble avec les données à caractère personnel servant de base à cette perception.

4 Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique. L. 7.8.15,5,1°

5 L'employeur est tenu de fournir mensuellement les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, y compris celles pour lesquelles ceux-ci bénéficient de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. L. 13.5.08,2,22°

6 Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique. L. 7.8.15,5,2°

1 **Art. 427.** Les données de base servant au calcul des cotisations sont à communiquer au Centre dans les formes et délais fixés par règlement grand-ducal. Les indications nécessaires pour la constatation et la fixation des activités non salariées même exercées à titre accessoire sont fournies par l'Administration des contributions directes, sans préjudice des dispositions de l'article 241, alinéas 11 et 12 relatives à la détermination du revenu de l'exploitation agricole. A défaut de ces données le Centre procède d'office aux estimations nécessaires à l'établissement de la cotisation. Il en est de même en cas de contestation relative à l'assiette cotisable, sous réserve de redressement éventuel. L. 13.5.08,2,22°

2 Les données à caractère personnel nécessaires à la constatation des revenus professionnels agricoles servant d'assiette à la fixation des cotisations sont recueillies en tout ou en partie au moyen d'un recensement annuel par le ministre de l'Agriculture et de la viticulture ou les services placés sous son autorité. Elles sont transmises ensemble avec d'autres données intervenant dans la détermination de l'assiette cotisable, le cas échéant, sur support informatique au Centre commun de la sécurité sociale.

3 Le Centre est tenu de conserver les données ci-dessus visées pendant cinq ans au moins à compter de l'année au cours de laquelle elles ont été établies.

1 **Art. 428.** Les employeurs et assurés sont tenus de se libérer des cotisations, amendes et autres redevances leur réclamées par le Centre, dans les dix jours de l'émission des extraits de compte cotisations, nonobstant toute contestation relative à l'assiette cotisable.

2 Si l'assuré exerce pour le compte d'autrui une occupation ou s'il est bénéficiaire de pension ou de rente, l'employeur ou l'organisme luxembourgeois, débiteur de la pension ou de la rente, doit effectuer le versement et de la part de la cotisation incombant à l'assuré et de la part incombant, soit à l'employeur, soit à l'organisme. A cet effet, l'employeur ou l'organisme retient la part des cotisations qui est à supporter par les assurés sur la rémunération, la pension ou la rente. Si l'assuré est bénéficiaire d'une indemnité pécuniaire de maladie, de maternité ou d'accident ou s'il est bénéficiaire d'une indemnité de chômage, le même devoir incombe aux organismes payeurs de ces indemnités.

3 La cotisation individuelle est comptée en euros à deux décimales près, les fractions de cents étant arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros et vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

4 Les cotisations non payées à l'échéance sont productives d'intérêts moratoires à percevoir avec les mêmes garanties que le principal; le taux d'intérêt et toutes les autres modalités d'application nécessaires sont fixés par règlement grand-ducal. R. 28.1.87 R. 18.12.98

5 Le Centre peut accorder des délais de paiement. Le règlement grand-ducal prévu à l'alinéa qui précède peut fixer les conditions dans lesquelles le respect des délais de paiement ouvre droit à l'application d'un taux d'intérêt réduit.

1 **Art. 429.** La perception des cotisations, des amendes d'ordre et d'autres redevances que les lois et règlements mettent à charge des assurés et des employeurs se fait par le Centre commun de la sécurité sociale et, pour autant que de besoin, par l'Administration des contributions directes. Elle s'opère et se poursuit dans les mêmes formes, avec les mêmes privilèges et hypothèque légale, dispensée d'inscription, que ceux des impôts directs, le droit de priorité de ces derniers étant réservé, sauf que la part de l'assuré aura une priorité absolue.

2 Le Centre peut toutefois lui-même procéder au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du comité directeur et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément au Code de procédure civile. Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

1 **Art. 430.** L'imputation des paiements s'effectue successivement sur les intérêts, les amendes et le principal de la dette de cotisation la plus ancienne.

2 La répartition du produit entre les différentes institutions créancières s'effectue proportionnellement aux redevances respectivement dues.

1 **Art. 431.** L'entrepreneur principal et les sous-entrepreneurs sont solidairement tenus au paiement des cotisations et autres prestations que la loi et les règlements mettent à leur charge.

2 Les personnes physiques et morales peuvent, au moment d'engager du personnel assujetti à la sécurité sociale, être tenues par le comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale soit au dépôt d'un cautionnement soit à la présentation d'une garantie bancaire servant à garantir l'exécution de leurs obligations légales et réglementaires. Le montant de la garantie à fournir correspond à la somme présumée de six mensualités de cotisations sans toutefois être inférieur à deux mille cinq cents euros. Ce montant peut être adapté tous les six mois. Le dépôt du cautionnement s'opère dans les conditions de la loi du 29 avril 1999 sur les consignations auprès de l'Etat. L. 13.12.17,4,3°

3 La garantie bancaire exigible sur première demande du Centre doit être fournie par une banque agréée au Grand-Duché de Luxembourg. L. 13.5.08,2,22°

4 La libération soit des sommes consignées soit de la garantie bancaire s'effectue sur décision coulée en force à prendre par le comité directeur du Centre au moment de la cessation des activités de l'employeur et notamment en cas de liquidation de faillite ou de gestion contrôlée d'une entreprise. Le cautionnement y compris les intérêts est liquidé au profit du Centre jusqu'à concurrence de ses créances.

1 **Art. 432.** La prescription des cotisations, des amendes d'ordre et autres redevances connexes est régie par la législation relative au recouvrement des contributions directes, des droits d'accises et des cotisations de sécurité sociale. Cependant, lorsqu'il est prouvé par les livres de l'employeur, par des décomptes réguliers de salaires ou par une condamnation en vertu de l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 que les cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées dans les délais impartis, la prescription n'est acquise que trente ans après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la retenue a été opérée.

2 Le droit au remboursement des cotisations payées indûment se prescrit dans un délai de cinq ans à partir de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles ont été payées.

1 **Art. 433**. Les décisions du comité directeur du Centre, en matière d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre sont susceptibles d'un recours auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale qui statuent dans la composition prévue pour le régime de sécurité sociale concerné.

2 Au cas où le litige a trait à des dispositions légales, réglementaires ou statutaires concernant plusieurs régimes, l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension est applicable.

Art. 434. Le comité directeur ou son président et délégué peuvent à tout moment et en tout état de procédure ordonner l'exécution provisoire des décisions au sujet de l'affiliation et des cotisations.

Art. 435. Un règlement grand-ducal peut prévoir des dispositions dérogatoires pour les gens de mer en ce qui concerne les modalités administratives relatives à l'affiliation, la perception des cotisations et le service des prestations.

Caractère des indemnités

1 **Art. 436.** Les prestations allouées conformément au présent Code ne sont pas considérées comme secours de l'assistance publique.

2 Les capitaux alloués pour le rachat des rentes en vertu du présent Code donnent lieu à récompense au profit du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, bénéficiaire du rachat lors de la liquidation de la communauté de biens entre époux ou de la dissolution du partenariat lorsque le rachat a eu lieu au cours de cette communauté ou de ce partenariat. Les arrérages censés échus pendant le mariage ou le partenariat sont toutefois portés en déduction.

3 Les sommes représentatives des mensualités de rentes qui seraient venues à échéance après la dissolution de la communauté donnent lieu à récompense, dans les hypothèses de la disposition finale de l'alinéa 7 de l'article 102 et de l'alinéa final de l'article 113 et de l'alinéa 2 de l'article 205.

1 **Art. 437.** S'il est établi que le bénéficiaire d'une pension ou indemnité en espèces la détourne ou pourrait la détourner de son but naturel ou que les intérêts de ses ayants droit sont lésés, le juge de paix de sa résidence pourra désigner une tierce personne qui emploiera ladite pension ou indemnité aux fins auxquelles elle est destinée.

2 Il fixera la durée et les autres modalités de cette mission qui, le cas échéant, pourra être prorogée.

3 Le juge de paix est saisi par requête présentée:

- soit par le conjoint de l'assuré contre lequel il n'existe pas de jugement de séparation de corps coulé en force de chose jugée;
- soit par le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
- soit par les père ou mère de l'assuré;
- soit par le subrogé tuteur de l'assuré majeur incapable;
- soit par le président de l'office social de la commune où l'assuré a son domicile ou son délégué; L. 21.12.12,IV
- soit par l'institution de sécurité sociale concernée. L. 17.12.10,1,61°

4 L'instruction de la requête se fera en chambre du conseil. Le juge ordonnera toutes mesures d'investigation; à ces fins, il pourra requérir directement les agents de la force publique. L'assuré et le requérant seront entendus ou dûment convoqués. Il sera statué par ordonnance rendue en chambre du conseil. L'ordonnance sera notifiée à l'assuré et à l'organisme d'assurances sociales intéressé. Elle sortira ses effets dès la notification.

5 L'ordonnance ne sera pas susceptible d'opposition.

6 Si la valeur du litige dépasse trois cents euros en principal ou quinze euros de revenu, l'assuré pourra se pourvoir en appel devant le tribunal d'arrondissement. L'appel sera formé par requête à déposer au greffe du tribunal dans les quarante jours de la notification de l'ordonnance. Il n'aura pas d'effet suspensif. Il sera instruit et jugé en chambre du conseil, sur les conclusions du procureur d'Etat, l'assuré et le demandeur entendus ou dûment convoqués. Le jugement ne sera pas susceptible d'opposition.

7 Un règlement d'administration publique détermine la procédure à suivre devant le juge de paix et devant le tribunal d'arrondissement. Les actes de procédure sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

Art. 438. A l'exclusion de celles accordées en vertu du livre III du présent Code, les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, sinon à ses successeurs légaux ou testamentaires à condition qu'ils aient vécu en communauté domestique avec lui à l'époque du décès; dans les autres cas ces prestations sont payées jusqu'à concurrence des frais funéraires exposés. Il en est de même pour les remboursements dus pour les prestations en nature.

Art. 439. Les prestations en espèces sont productives d'intérêts moratoires au taux légal calculés pour les mois entiers de calendrier se situant entre leur échéance et leur paiement. Ces intérêts ne commencent toutefois à courir qu'à l'expiration d'une période de six mois de calendrier suivant l'introduction de la demande dûment remplie auprès de l'institution débitrice.

Saisissabilité et cessibilité des droits

1 **Art. 440.** A l'exception des rentes et pensions, les autres droits dérivant de la présente loi peuvent être engagés, cédés ou saisis sans limitation pour couvrir:

1) une avance qui a été faite à l'intéressé sur ses droits par son employeur, une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité;
2) les créances qui compètent aux communes, aux offices sociaux et au Fonds national de solidarité, en vertu des articles 127 et 235;
3) les créances résultant des articles 203, 205, 206, 207, 212, 214, 268, 280, 301, 359 et 385 du Code civil.

2 Dans tous les autres cas les prestations autres que les rentes et pensions prévues par la présente loi ne peuvent être cédées ni saisies. Les montants des prestations indûment touchées ne peuvent être répétés ou compensés par l'Association d'assurance accident que s'ils ont été obtenus, gardés ou consommés de mauvaise foi par les bénéficiaires.

1 **Art. 441.** Les créances réciproques entre une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité et un assuré se compensent d'après les règles du droit commun.

2 Lorsqu'une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité possède une créance contre un assuré et que celui-ci possède une créance envers une autre institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité, cette dernière créance passe jusqu'à concurrence de la première de l'assuré à l'institution de sécurité sociale créancier ou au Fonds national de solidarité.

3 Toutefois, la compensation et la cession prévues aux alinéas qui précèdent ne s'appliquent au terme mensuel courant d'une prestation périodique que dans la limite des parties saisissable et cessible déterminées d'après les dispositions de l'article 4, alinéas 1 et 2, de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des rentes et pensions.

Chapitre III – **Obligations des employeurs et des assurés**

Obligations des employeurs

Art. 442. Les organes et mandataires des organismes de sécurité sociale, ainsi que les autres autorités, fonctionnaires ou employés exerçant le contrôle sont autorisés à procéder à tous les examens, contrôles ou enquêtes jugés nécessaires pour s'assurer que les dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles relevant de leur champ de compétence sont effectivement observées et notamment:

a) à s'informer auprès de l'employeur sur la nature, l'établissement et l'activité de l'entreprise ainsi que sur l'identité, la résidence, l'activité, le lieu de travail, la durée d'occupation et le montant de la rémunération des personnes qu'elle occupe;

b) à demander à l'employeur la communication dans les meilleurs délais de tous documents et pièces relatifs aux renseignements prévus au point a);

c) à visiter, pendant les heures de travail, les locaux de l'entreprise et les lieux d'occupation du personnel et à prendre inspection de tous documents et pièces ayant trait aux renseignements prévus au point a).

Art. 443. Les frais de contrôle feront partie des frais d'administration. Les comités directeurs pourront, pour autant qu'ils consisteront en déboursés, les imposer au patron qui les aura occasionnés par l'inexécution des obligations.

Art. 444. L'entrepreneur principal est solidairement responsable avec le sous-entrepreneur de l'accomplissement de toutes les obligations imposées aux employeurs par les lois, règlements et statuts concernant la matière des assurances sociales.

Art. 445. Les chefs d'entreprise et autres employeurs qui n'exécutent pas ou qui exécutent tardivement les obligations leur imposées par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires, ceux qui fournissent tardivement ou d'une façon inexacte les renseignements auxquels ils sont tenus, ceux qui ne se conforment pas aux mesures de contrôle ainsi que ceux qui ne paient pas les cotisations à l'échéance peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser deux mille cinq cents euros.

1 **Art. 446.** Les chefs d'entreprise ou autres employeurs pourront déléguer l'accomplissement des devoirs leur imposés conformément à l'article précédent, aux personnes chargées de la direction ou de la gérance d'une exploitation, à condition d'en indiquer les noms et le domicile au comité directeur compétent.

2 Dans ce cas, le délégué qui contreviendra à l'un de ces devoirs, de la manière prévue au même article, sera passible de l'amende édictée par cet article.

Obligations des assurés

1 **Art. 447.** Les assurés sont tenus de fournir tous renseignements, documents et pièces demandés sur les éléments énumérés à l'article 442, alinéa 1 sous a).

2 Les assurés qui n'exécutent pas ou qui exécutent tardivement les obligations leur imposées par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires, ceux qui fournissent tardivement ou d'une façon inexacte les renseignements auxquels ils sont tenus ou qui ne se

conforment pas aux mesures de contrôle peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser sept cent cinquante euros.

Produit des amendes d'ordre

Art. 448. Les amendes d'ordre prononcées en vertu du présent Code profitent à l'institution de sécurité sociale concernée.

Dispositions pénales

1 **Art. 449.** Sont punis d'une amende de deux cent cinquante et un euros à six mille deux cent cinquante euros, à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale ou réglementaire:

1) le chef d'entreprise, le patron ou l'employé qui, sciemment, aura exclu, par des conventions ou des règlements de travail, l'application totale ou partielle des dispositions de la présente loi, au détriment des assurés, ou restreint la liberté de ceux-ci dans l'acceptation ou l'exercice d'une fonction honorifique leur conférée par la même loi;

2) le chef d'entreprise, le patron ou l'employé qui, sciemment, aura opéré, sur les salaires des assurés, des retenues non autorisées par la loi;

3) le chef d'entreprise ou le patron qui n'aura pas employé aux fins de l'assurance les retenues par lui opérées, en vertu de la présente loi, sur les salaires des personnes qu'il occupe.

2 Si, dans ce dernier cas, le coupable a agi dans une intention frauduleuse ou méchante, le juge pourra prononcer, en dehors de l'amende, une peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois.

3 Les conventions et règlements visés au point 1) seront nuls et de nul effet.

4 En outre, le tribunal peut exclure le chef d'entreprise de la participation aux marchés publics passés par l'Etat, les communes, les syndicats de communes et les établissements publics pour une durée de trois mois à trois ans.

Art. 450. Les dispositions de l'article précédent s'appliquent également aux représentants légaux de patrons incapables, aux membres de la direction d'une société commerciale ou d'une association.

1 **Art. 451.** Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de deux cent cinquante et un euros à quinze mille euros à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale, ceux qui ont frauduleusement amené les institutions de sécurité sociale à fournir des prestations, une pension, des secours ou d'autres avantages qui n'étaient pas dus ou n'étaient dus qu'en partie.

2 La tentative de ce délit sera punie d'un emprisonnement de huit jours à deux ans et d'une amende de deux cent cinquante et un euros à dix mille euros.

3 Les coupables pourront de plus être placés, pour un terme de deux à cinq ans, sous la surveillance spéciale de la police et condamnés à l'interdiction de tout ou partie des droits énumérés à l'article 31 du Code pénal, pour un terme de cinq à dix ans.

1 **Art. 452.** Dans les enquêtes instituées par une institution de sécurité sociale, les témoins peuvent être entendus sous la foi du serment.

2 Les personnes qui refuseraient de comparaître ou de déposer sont passibles des peines comminées par l'article 77 du Code d'instruction criminelle; le procès-verbal constatant le refus est transmis au procureur d'Etat.

3 La taxe des témoins est celle applicable devant la justice de paix, en matière civile.

Chapitre IV – **Recours**

Mise en intervention des institutions de sécurité sociale

1 **Art. 453.** Les agents de la force publique et les officiers de police judiciaire chargés de l'instruction d'une infraction pouvant donner lieu à un recours des institutions de sécurité sociale en vertu des dispositions légales en vigueur, vérifieront si la victime de l'infraction a ou avait la qualité d'assuré social. Ils recherchent les institutions de sécurité sociale qui possèdent un droit légal à réparation.

2 Dans les affaires portées devant les juridictions répressives, les officiers du ministère public sont tenus d'informer en temps utile les institutions de sécurité sociale intéressées de l'ouverture de l'instruction, de les inviter à prendre inspection des dossiers dès la clôture de l'instruction et de leur notifier une copie de la citation à l'audience délivrée aux prévenus. En cas de constitution de partie civile, la victime ou ses ayants droit, ainsi que le tiers responsable peuvent, en tout état de cause, même en appel, appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun ou réciproquement. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en déclaration de jugement commun des institutions intéressées.

3 Dans les affaires portées devant les juridictions civiles ou commerciales, le demandeur doit appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun, sous peine d'irrecevabilité de la demande. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en déclaration de jugement commun de ces institutions. Il en est de même pour les affaires portées par citation directe devant les juridictions répressives.

4 Les droits de la victime assurée et de l'institution de sécurité sociale intéressée sont indivisibles. Les actes conservatoires accomplis par l'assuré sortent leurs effets à l'égard de l'institution de sécurité sociale intéressée et inversement.

Juridictions de la sécurité sociale

Art. 454. (1) Sont compétents pour connaître des recours prévus par le présent Code, le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale sauf s'il en est autrement disposé.

(2) Le siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale est à Luxembourg. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale peut fixer les audiences à Esch-sur-Alzette et à Diekirch. La compétence du Conseil arbitral de la sécurité sociale s'exerce sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(3) Le Conseil arbitral de la sécurité sociale se compose d'un président, et de deux assesseurs choisis par lui parmi ceux nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et relevant de la même caisse de maladie dont relève l'assuré ayant présenté R. 9.12.08

le recours. S'il s'agit d'un salarié, le président désigne un assesseur-assuré et un assesseur-employeur.

Lorsque la détermination de la caisse de maladie compétente soulève une difficulté ou lorsqu'il s'agit d'un recours en application des articles 59, 318, 382, 457 du présent Code et de l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le président statue seul.

Le nombre des assesseurs-assurés siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral et au Conseil supérieur de la sécurité sociale est fixé respectivement:

1) à vingt-cinq et à dix pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé;
2) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
3) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Le nombre des assesseurs-employeurs siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral et au Conseil supérieur de la sécurité sociale est fixé respectivement:

1) à vingt-cinq et à dix pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé;
2) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
3) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale pour une durée de cinq ans sur base d'une liste de candidats présentée par les chambres professionnelles intéressées. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. L. 13.5.09,3,3°

Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,62° R. 9.12.08

(4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1er du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. L. 13.5.08,2,22°

(5) Le président, le vice-président et les juges qui se suppléent mutuellement sont des fonctionnaires de l'Etat

nommés par le Grand-Duc. Ils doivent être détenteurs du diplôme de docteur en droit délivré par un jury luxembourgeois ou titulaire d'un grade étranger d'enseignement supérieur en droit homologué et transcrit conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur et avoir satisfait aux prescriptions légales sur le stage judiciaire. Avant d'entrer en fonction, ils prêtent serment devant le président du tribunal d'arrondissement de Luxembourg conformément aux articles 112 et 114 de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire. Les articles 155 à 169 et 174 à 180 de la même loi leur sont applicables. En cas d'empêchement temporaire ou de récusation du président et du vice-président, ils sont remplacés par des magistrats à désigner par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Justice.

(6) Le siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale est à Luxembourg. Sa compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(7) Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose d'un président et de deux assesseurs-magistrats. Le mode de délégation et la suppléance sont régis par l'article 39, paragraphe (8) de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire. L. 23.7.16,1

Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 73bis, 318, 382, 393ter et 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs, nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.

(8) Le magistrat appelé à remplacer le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale touche une indemnité spéciale, accordée par le Gouvernement en Conseil, sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et sur avis préalable du ministre ayant dans ses attributions la Fonction publique.

Les assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs auprès des juridictions de la sécurité sociale touchent des vacations ou indemnités, à fixer par règlement grand-ducal. R. 22.1.09 R.19.12.08

Les membres des professions indépendantes, siégeant aux juridictions de la sécurité sociale, touchent en outre une indemnité pour pertes de revenu, dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément par règlement grand-ducal.

1 **Art. 455.** Sans préjudice des dispositions ci-après, la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, les délais et frais de justice sont déterminés par règlement grand-ducal. L. 13.5.08,2,22° R. 24.12.1993

2 Avant d'entrer en fonction, les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs auprès des deux conseils prêtent entre les mains du président le serment prévu à l'article 110 de la Constitution, à moins qu'il ne s'agisse de fonctionnaires.

3 Sans préjudice des dispositions des articles 72bis, 73 et 257, le Conseil arbitral statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel lorsque la valeur du litige dépasse cette somme.

4 Les décisions rendues en dernier ressort par le Conseil arbitral ainsi que les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont susceptibles d'un recours en cassation. Le

recours ne sera recevable que pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité. Le pourvoi sera introduit, instruit et jugé dans les formes prescrites pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale.

5 Les jugements et arrêts ainsi que tous les autres actes relatifs aux contestations dont s'agit, seront exempts des droits d'enregistrement, de timbre et de greffe et ne donneront lieu à d'autres salaires qu'à ceux des greffiers.

1 **Art. 456.** Les requêtes concernant des questions d'affiliation et de cotisation individuelles seront communiquées par la voie du greffe aux tiers intéressés pour intervention et déclaration de jugement commun. Il en est de même des recours visés à l'article 72bis.

2 Les institutions de sécurité sociale, le Fonds national de solidarité et les offices sociaux peuvent procéder par tierce opposition, s'ils n'ont pas été mis en cause, pour voir procéder conformément à ce qui précède.

Litiges entre institutions de sécurité sociale

1 **Art. 457.** Les contestations opposant, entre eux, les institutions de sécurité sociale, le Fonds national de solidarité et les offices sociaux sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, composé de son président et de deux assesseurs-magistrats.

2 Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 et suivants du présent Code.

3 Toute contrariété de décision entre les institutions ci-dessus sera considérée comme contestation au sens du présent article. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale statuera à la requête de la partie la plus diligente, toutes autres parties appelées en cause.

Notifications

1 **Art. 458.** Les notifications ayant pour objet de faire courir les délais des voies de recours ordinaires ou de cassation, seront faites par lettre recommandée à la poste.

2 Si le destinataire refuse l'acceptation de la lettre recommandée, le délai courra à dater du refus.

3 Les récépissés de la poste établiront, à l'expiration d'une année depuis leur délivrance, la présomption que la notification avait été effectuée dans le délai réglementaire, à partir de la remise de la lettre à la poste.

4 Les personnes ne résidant pas au Luxembourg doivent, à la demande du comité directeur compétent, y élire domicile, faute de quoi la notification est remplacée par un avis affiché pendant huit jours dans les locaux de l'organisme de sécurité sociale compétent, du bureau postal chargé de la notification et du secrétariat communal de la dernière résidence de l'intéressé.

5 La même procédure sera suivie, si le domicile actuel est inconnu.

6 Si l'intéressé n'a pas eu connaissance de la notification, ou s'il en a eu une connaissance tardive, sans qu'une faute lui soit imputable, il sera réintégré dans ses droits, pourvu qu'il ait formé sa demande dans les trente jours à partir de celui où il a eu connaissance de l'existence de la notification.

Art. 459. Les décisions prises en application des articles 9 à 16, 97, alinéa 2, sous 2° et 3°, 187 du présent Code ainsi que

celles prises en application de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle sont communiquées en copies à l'employeur ou à l'assuré par simple lettre à la poste.

Gestion électronique des données

1 **Art. 460.** Les images électroniques archivées définitivement sur support numérique dans le cadre du système de gestion électronique de documents de l'institution de sécurité sociale conformément à la norme standard ont la même valeur probante que les documents papier dont elles sont issues par numérisation sans la moindre altération par rapport à l'original et dont elles sont présumées, sauf preuve contraire, être une copie fidèle.

2 La banque d'images, constituée de copies numérisées de documents papier et de copies directes de documents électroniques, a valeur d'archives légales de l'institution de sécurité sociale. Celle-ci est autorisée à détruire chaque document original six mois après l'archivage définitif de l'image correspondante tel que défini à l'alinéa qui précède. Les images visées ci-avant ou la copie imprimée sur papier de ces images sont recevables en justice à l'égal des documents originaux.

3 Un règlement grand-ducal peut préciser la norme standard.

RÈGLEMENTS

LIVRE Ier

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Règlement grand-ducal du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 69 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre I - Désignation du médiateur

R. 21.6.93

Art. 1er. Tous les cinq ans et pour la première fois au 15 juillet 1993, les parties à chacune des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale adressent au directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale une liste comprenant six personnes ayant accepté la mission de médiateur et présentant des garanties d'honorabilité, de compétence, d'indépendance et d'impartialité.

R. 24.7.11

A défaut de présentation d'une liste, en cas de présentation d'une liste incomplète ou si les conditions d'honorabilité, de compétence, d'indépendance et d'impartialité ne sont pas remplies, le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale demande au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale d'établir ou de compléter la liste endéans un mois.

Art. 2. Aux échéances prévues dans la loi, le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué convoque les parties à la convention à jour et à heure fixes pour leur demander s'ils ont pu s'entendre sur la personne d'un médiateur. Si tel n'est pas le cas, il procède de suite au tirage au sort du nom d'un des médiateurs figurant sur la liste établie conformément à l'article 1er.

R. 21.6.93

Les personnes ayant accepté de figurer sur la liste de médiateurs ne peuvent refuser une mission de médiation sauf pour motifs graves à apprécier par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué; dans ce cas il est procédé à un nouveau tirage au sort.

Aux fins de l'application de l'alinéa 1er du présent article, la partie signataire en cause notifie copie du préavis de dénonciation totale ou partielle de la convention à l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé notifie copie de la convocation de négociation sur l'élaboration d'une nouvelle convention ou sur les dispositions conventionnelles obligatoires à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

R. 24.7.11

Chapitre II - Procédure de médiation

Art. 3. Les parties sont convoquées par les soins du secrétariat administratif aux jour et heure ainsi qu'à l'endroit fixés par le médiateur.

R. 21.6.93

Elles comparaissent en personne ou par fondé de procuration.

Elles exposent au médiateur leur position sur les points litigieux. Le médiateur peut demander aux parties d'étayer celle-ci dans une note écrite dans un délai qu'il leur fixe.

Le médiateur peut ordonner toute mesure d'instruction qu'il juge nécessaire et s'adjoindre à cet effet des experts, qu'il désigne.

Après avoir entendu les parties et procédé aux mesures d'instruction nécessaires, le médiateur soumet ses propositions de médiation aux parties.

Il peut leur accorder un délai pour prendre position sur cette proposition.

Il peut, s'il le juge opportun, reformuler ses propositions initiales.

Art. 4. Si les parties acceptent la proposition de médiation, elles signent la convention ou l'avenant tenant compte des solutions proposées par le médiateur.

Si les parties ne peuvent pas accepter la proposition du médiateur dans le délai imparti à celui-ci par la loi, le médiateur dresse un procès-verbal de non conciliation reprenant les positions des parties au litige, les renseignements ou expertises recueillis ainsi que ses propres propositions.

Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au greffe du Conseil supérieur de la sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige. Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige. R. 24.7.11

Chapitre III - Dispositions diverses

Art. 5. Les honoraires du médiateur sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque médiation la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué au médiateur pour chaque vacation d'une heure une indemnité de treize euros et quatre-vingt-neuf cents au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage du médiateur sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Le secrétaire administratif touche pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros.

Règlement grand-ducal du 13 juillet 1993 concernant l'attribution d'un numéro d'ordre unique pour les listes de candidats présentées par la même organisation professionnelle, le même syndicat ou groupe de salariés pour les élections des chambres professionnelles, des caisses de maladie et des délégations du personnel

Vu l'article 57 du Code des assurances sociales;

Art. 1er. Lorsque les élections pour la désignation des membres des chambres professionnelles, des délégations du personnel et/ou des délégations des caisses de maladie ont lieu au cours d'une période de six mois, toute organisation professionnelle, tout syndicat ou groupe de salariés qui envisage de présenter une liste de candidats pour une ou plusieurs de ces élections peut solliciter l'attribution d'un numéro d'ordre unique en adressant une requête au premier ministre dans le délai de vingt jours après la publication de la date de la première de ces élections. La requête indique la dénomination choisie pour la ou les listes de candidats. R. 13.7.93

Art. 2. Les organisations des salariés, représentatives sur le plan national pour le secteur public ou privé, obtiennent l'attribution

d'un numéro d'ordre par un premier tirage au sort. Un deuxième tirage au sort a lieu entre les autres organisations professionnelles, syndicats ou groupes de salariés ayant présenté une requête. Le premier ministre ou son délégué procède aux deux tirages au sort en présence d'un représentant de chacune de ces organisations, en commençant le second tirage par le numéro d'ordre qui suit immédiatement le dernier numéro attribué lors du premier tirage.

L'attribution d'un numéro d'ordre conformément aux dispositions de l'alinéa qui précède n'est pas susceptible d'un recours selon les règles du contentieux électoral.

Art. 3. Le premier ministre communique aux ministres concernés et au juge de paix directeur de Luxembourg les numéros d'ordre attribués par lui en application des articles qui précèdent.

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie

Vu l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Sur les médicaments pris en charge par l'assurance maladie en vertu du livre I du Code de la sécurité sociale, les pharmaciens accordent à la Caisse nationale de santé un abattement de cinq pour cent par rapport aux prix de vente officiels après déduction de la taxe sur la valeur ajoutée. R. 23.12.93

Art. 2. Les médicaments inscrits dans la liste positive que l'autorisation de mise sur le marché définit comme orphelins sont exempts de l'abattement visé à l'article 1er. R. 1.12.11

Art. 3. L'abattement est réduit de 5 à 1,40 pour cent pour cent sur les médicaments, à condition que le pharmacien communique à la Caisse nationale de santé sur support informatique l'identification de la personne protégée, du prescripteur, de l'ordonnance ainsi que du médicament, conformément aux dispositions prévues par la convention conclue en vertu de l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. R. 26.5.00 R. 1.12.11

Art. 4. La convention à conclure entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel des pharmaciens conformément à l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale détermine les formalités administratives à remplir par les pharmaciens pour permettre le calcul de l'abattement et les modalités de paiement de celui-ci. R. 23.12.93

La même convention règle aussi la périodicité et les autres modalités de la communication informatique prévue à l'article qui précède, y compris la spécification des données y visées.

Art. 5. Peuvent être dispensés sur leur demande du paiement de l'abattement pendant les vingt-quatre premiers mois d'exploitation, les pharmaciens bénéficiant d'une première autorisation d'exploitation d'une pharmacie nouvellement créée, ainsi que tout pharmacien justifiant au moyen d'un certificat établi par l'administration de l'enregistrement et des domaines que le chiffre d'affaires annuel global sur les médicaments est inférieur à cinq cent mille euros. R. 1.12.11

Règlement grand-ducal du 2 mai 1996 déterminant les règles relatives à l'apurement des créances existantes au 31 décembre 1994 dans le secteur hospitalier

R. 24.12.93

Vu l'article XXI, 3) quatrième alinéa de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé;

R. 2.5.96

Art. 1er. L'assurance maladie prend en charge pour chaque hôpital le déficit net résultant des comptes de profits et pertes des exercices 1993 et 1994 établis d'après le règlement grand-ducal du 28 février 1994 fixant un schéma de présentation uniforme des comptes annuels des hôpitaux, approuvés par la personne ou l'instance chargée du contrôle des comptes des hôpitaux. Pour le centre hospitalier de Luxembourg est pris en compte le déficit net résultant de l'activité hospitalière.

Aux fins de l'application de l'alinéa 1 du présent article ne sont pas pris en considération parmi les recettes:

a) les remboursements exceptionnels de la Caisse nationale de santé en vertu des avenants 49 et 50 à la convention collective du 31 décembre 1974 réglant les rapports entre l'entente des hôpitaux luxembourgeois, d'une part, et le comité central de la Caisse nationale de santé, d'autre part;
b) les reprises sur provisions;
c) les subventions sur intérêts se rapportant aux exercices 1993 et 1994 ayant pour objet la réduction de l'endettement des hôpitaux relevant des congrégations;
d) le rattrapage en 1993 et 1994 de l'amortissement de subventions d'investissement se rapportant à des amortissements antérieurs à 1993.

Ne sont pas considérés parmi les dépenses:

a) les loyers versés au propriétaire de l'hôpital, ces loyers étant remplacés par les frais d'amortissement correspondant aux biens loués;
b) les dotations aux provisions.

Les déficits correspondant à l'exercice 1993 et à l'exercice 1994 sont imputés sur les budgets hospitaliers respectivement pour l'exercice 1996 et pour l'exercice 1997 à titre de frais fixes. Au cas où le déficit de l'exercice 1994 dépasse celui de 1993, la moitié du déficit cumulé des deux exercices est imputée sur chaque budget.

Art. 2. L'assurance maladie verse à partir de l'exercice 1993 aux hôpitaux relevant des congrégations pour le compte de celles-ci des pensions complémentaires au titre des personnes exerçant ou ayant exercé dans les hôpitaux luxembourgeois une activité définie à l'article 71, alinéa 1 sous 4 du Code de la sécurité sociale.

Ces pensions complémentaires correspondent à la différence entre la pension minimum prévue à l'article 223 du Code de la sécurité sociale après quarante années d'assurance au titre des articles 171 à 174 du même code et la pension revenant à ces personnes en vertu d'un régime de pension légal luxembourgeois ou étranger.

Le montant annuel à verser aux hôpitaux est déterminé forfaitairement en multipliant par douze le montant du complément calculé pour le mois de janvier pour l'ensemble des pensionnés présents au 1er janvier de chaque exercice. Ce montant est versé par douzièmes ensemble avec la mensualité des frais fixes. Les montants annuels correspondant à 1993, 1994 et 1995 sont versés dans un délai de trois mois à partir de la mise en vigueur du présent règlement grand-ducal.

En contrepartie, les congrégations restituent à l'hôpital, le cas échéant, le montant du loyer dépassant les frais d'amortissements des biens loués et mettent à la disposition de l'hôpital avec effet au 1er janvier 1995 un prêt sans intérêts et non exigible pendant la durée de l'exploitation de l'hôpital. Ce prêt correspond à la différence entre, d'une part, la dette totale de l'hôpital envers la congrégation et, d'autre part, le montant des actifs amortissables déduction faite des subsides publics d'investissement, telle qu'elle résulte du bilan de fin d'exercice au 31 décembre 1994. Le solde de la dette est transformé en un prêt à taux d'intérêt et à échéance de remboursement définis pour autant que ce montant soit couvert par des actifs nets amortissables.

Aux fins de l'application du présent article, les congrégations organisées sous la forme d'une société commerciale sont considérées comme congrégations.

Art. 3. L'assurance maladie verse à partir de l'exercice 1995 aux hôpitaux privés à but lucratif, ne tombant pas sous l'application de l'article 2 du présent règlement, l'amortissement correspondant à la valeur actualisée des constructions et installations pendant la durée de l'exploitation de ceux-ci. Le montant annuel de l'amortissement est calculé à raison de quatre pour cent sur base de la valeur à neuf desdites constructions et à raison de dix pour cent sur base de la valeur actualisée des installations. Par valeur actualisée on entend la valeur à neuf des constructions et installations déduction faite d'un abattement pour vétusté.

Le montant correspondant à l'amortissement est versé par douzièmes ensemble avec la mensualité des frais fixes. Le montant correspondant à l'exercice 1995 est versé dans un délai de trois mois à partir de la mise en vigueur du présent règlement.

Art. 4. Les créances des hôpitaux, déterminées conformément aux dispositions du présent règlement sont exemptes d'intérêts de retard pour les périodes courues avant la date de la constatation définitive du montant de la créance et avant les échéances de paiement prévues dans le présent règlement.

Règlement grand-ducal du 12 juin 1998 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 septembre 1967 déterminant le statut des volontaires de l'Armée

Vu les articles 20. (2), 27 et 29 de la loi du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'Armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisation internationales;

Art. 16. Les volontaires bénéficient: R. 12.6.98

1. [...]
2. [...]
3. [...]
4. [...]
5. De la gratuité médicale, médico-dentaire et pharmaceutique dans la mesure du nécessaire et suffisant pour autant que le traitement médical et médico-dentaire est assuré par le service médical de l'armée. En contrepartie, le volontaire est tenu de se conformer aux dispositions ci-après:

a) En cas de maladie ou d'accident, le volontaire doit obligatoirement contacter d'abord un des médecins militaires.

   Exception de la procédure qui précède n'est faite qu'en cas d'absence des médecins militaires ou en cas d'urgence. Dans ces deux conditions, le volontaire peut consulter d'abord un médecin ou un (médecin)-dentiste civils.

   Le service médical de l'armée est à informer au plus tard le premier jour ouvrable qui suit.

b) En cas d'incapacité de travail prescrite par un médecin ou un (médecin-)dentiste civils, le traitement médical sera assuré par le service médical de l'armée à l'infirmerie du Centre Militaire.

   Toutefois, les frais résultant d'actes médicaux ou médico-dentaires prescrits par les médecins ou (médecins) dentistes civils sont à charge des organisations de la sécurité sociale. De même, dans l'hypothèse précitée, la participation statutaire éventuelle est à charge du volontaire.

c) En tout cas de figure, ce sont uniquement les médecins militaires et le (médecin-)dentiste de l'armée qui peuvent autoriser un traitement médical au domicile du volontaire malade ou blessé.

   Des congés extraordinaires sans solde peuvent être accordés aux volontaires pour des motifs exceptionnels par le ministre de la Force publique.

La durée de ces congés ne peut dépasser trois mois et ne compte pas comme service actif.

Règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 72 et 393 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le président et le vice-président sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. R. 24.7.11

En cas de démission ou de décès du président ou du vice-président, un nouveau président, respectivement un nouveau vice-président, est nommé pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 2. Dans le cadre de l'article 72 du Code de la sécurité sociale, le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le Conseil supérieur des professions de santé, le groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes et les autres groupements professionnels, signataires d'une convention visée à l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale leur liste avec les délégués pouvant faire partie de cette commission.

Dans le cadre de l'article 393 du Code de la sécurité sociale, le comité directeur de la Caisse nationale de santé, composé conformément à l'article 381 du Code de la sécurité sociale, et chaque groupement professionnel, signataire d'une convention visée à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale, communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale leur liste avec les délégués pouvant faire partie de cette commission.

Les listes doivent être renouvelées tous les cinq ans et sont approuvées par arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

En cas de démission ou de décès d'un délégué, un nouveau délégué est inscrit en application de la procédure visée aux alinéas 1 à 3 sur la liste respective pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Si deux ou plusieurs groupements professionnels ont signé une convention avec la Caisse nationale de santé, ils doivent établir leur liste d'un commun accord et la communiquer sous forme d'une lettre collective signée par les mandataires de chacun des groupements.

Art. 3. La Commission de surveillance se réunit, sur convocation du président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Au vu des affaires soumises, le président convoque les quatre délégués désignés suivant les modalités de l'article 72, respectivement de l'article 393, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale.

Hormis le cas d'urgence, la convocation des délégués est faite par écrit, au moins cinq jours avant la réunion. La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion.

Art. 4. En matière d'assurance maladie et d'assurance accident, la Commission de surveillance délibère valablement si au moins deux des délégués, dont un délégué de la liste du comité directeur de la Caisse nationale de santé et un délégué de l'une des deux listes établies pour les affaires mettant en cause le prestataire concerné, sont présents. R. 19.6.13

En matière d'assurance dépendance, la Commission de surveillance délibère valablement si au moins deux des délégués, dont un délégué de la liste du comité directeur de la Caisse nationale de santé et un délégué de la liste du groupement professionnel respectif signataire d'une convention prévue à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale, sont présents.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion. Dans ce cas il convoque, endéans les trois jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu sous l'article 3, alinéa 3. La commission siège alors valablement quel que soit le nombre des délégués présents. R. 24.7.11

Art. 5. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à mettre au vote.

Le président et les quatre délégués disposent chacun d'une voix. Ils votent à main levée. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Le président et les délégués de la Commission de surveillance sont tenus au secret des délibérations.

Art. 6. Pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4, 146, alinéa 2, et 383 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins et la Caisse nationale de santé ou l'Association d'assurance accident pour les entendre en leurs moyens.

Art. 7. Pour les litiges lui déférés par un prestataire de soins ou par un assuré en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins, l'assuré et la Caisse nationale de santé, respectivement R. 26.12.12

la caisse de maladie compétente pour les entendre en leurs moyens.

Art. 8. Si un litige est déféré à la Commission de surveillance après que la prescription conformément à l'article 84 du Code de la sécurité sociale est acquise, le président informe la partie intéressée de la prescription de l'action sans que l'affaire ne soit portée à l'ordre du jour de la commission. R. 25.10.99

Art. 9. La lettre de convocation précise l'objet de la demande et informe les parties du droit de se faire assister ou représenter par une personne mandatée à cet effet. Les parties en cause reçoivent communication de tous les éléments du dossier sur lesquels la Commission de surveillance entend fonder sa décision.

Art. 10. La Commission de surveillance prend, après l'audition des parties, une décision motivée.

Art. 11. La décision est notifiée aux parties en cause avec indication des voies de recours, de la juridiction à laquelle il doit être adressé et de la forme dans laquelle il doit être présenté.

Art. 12. Dans le cadre de ses attributions prévues aux articles 73 et 393 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins et la partie, qui lui a soumis l'affaire pour les entendre en leurs moyens. R. 24.7.11

La lettre de convocation précise l'objet de l'instruction et informe le prestataire de soins du droit de se faire assister ou représenter par une personne mandatée à cet effet.

Le prestataire de soins reçoit communication de tous les éléments du dossier ou est informé du lieu, de la date et de l'heure où il peut prendre connaissance du dossier. R. 25.10.99

Art. 13. Après avoir entendu le prestataire de soins et, le cas échéant, la partie qui lui a soumis l'affaire, la Commission de surveillance peut recueillir tous éléments d'information auprès du Centre commun de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance accident, des caisses de maladie et du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elle peut déléguer ce pouvoir d'investigation à son président ou à son vice-président. Elle dresse un procès-verbal des informations ainsi réunies. Le prestataire de soins reçoit une copie du procès-verbal. R. 24.7.11

La Commission de surveillance peut ordonner une expertise et demander un avis à la Cellule d'expertise médicale. Elle précise les renseignements qu'elle désire obtenir des experts ainsi que les questions sur lesquelles elle appelle leur attention et dont elle demande la solution. L'expertise est dressée selon les formes contradictoires. Le prestataire de soins reçoit une copie de l'expertise.

La Commission de surveillance peut mettre le prestataire de soins en demeure de produire, dans un délai qu'elle détermine, toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à l'éclairer.

Art. 14. A la clôture de son instruction, la Commission de surveillance peut, préalablement à sa décision de renvoi, décider de recourir à une médiation débouchant, le cas échéant, sur une transaction en vertu des articles 73, alinéa 5 ou 393bis, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. La Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins. Au cours de cette réunion une transaction peut être conclue. La transaction est rédigée en deux exemplaires et contient notamment la qualité des parties, l'engagement de mettre fin aux pratiques illégales et, le cas échéant, le montant de la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé. La transaction met fin au litige.

Art. 15. La Commission de surveillance prend, après l'examen de l'affaire, une décision motivée de classement de l'affaire ou une décision motivée de renvoi de l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. La décision de classement met fin au litige. La décision est notifiée au prestataire et à la partie, qui a soumis l'affaire à la Commission de surveillance. R. 25.10.99

Art. 16. La Commission de surveillance est assistée d'un secrétaire à nommer pour une durée de cinq ans par un arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. En cas de démission ou de décès du secrétaire, un nouveau secrétaire est nommé pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Art 17. Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des délégués présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises avec les motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire. Il est communiqué aux parties en cause. R. 24.7.11

Art. 18. Le président ou le vice-président de la Commission de surveillance touche pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Les délégués touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des délégués représentant des professions libérales qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Le secrétaire et les agents de l'Etat touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros.

Art. 19. Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents (8,25 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public. R. 25.10.99

Art. 20. Le règlement grand-ducal du 22 décembre 1993 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relatives à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant: a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués

Vu la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie;

Vu l'article 22 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - Définitions

Art. 1er. Aux fins de l'application de l'article 22 du Code de la sécurité sociale et de la détermination des critères découlant des articles 17 et 23 du même code, on entend par: R. 12.12.02

«autorisation de mise sur le marché» en abrégé «A.M.M.», l'acte visé par l'article 3 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ou celui visé par l'article 3 de la directive 65/65/CEE du 26 janvier 1995 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux médicaments;

«code ATC», le code anatomique, thérapeutique et chimique attribué par le «World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Drug Statistics Methodology»

«demande», la demande introduite auprès de la Caisse nationale de santé par le titulaire en vue d'obtenir l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie;

«fixation d'un prix au public», la décision prise en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale; R. 1.12.11

«médicament de comparaison», le médicament administré par la même voie, figurant dans la liste positive qui, soit: R. 12.12.02

- est composé du ou des mêmes principes actifs,
- présente des principes actifs comparables aux niveaux pharmacologiques et thérapeutiques, en particulier les principes actifs chimiquement apparentés,
- comporte la même visée thérapeutique;

«médicament essentiellement similaire», le médicament ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché en application de l'article 1er, sous 8, a) i) ou iii), du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments;

«médicament homéopathique unitaire», le médicament disposant d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg, obtenu selon la méthode dite Hahnemannienne à partir d'une seule souche homéopathique d'origine végétale, minérale ou chimique, commercialisé sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes et destiné à la voie d'administration orale. R. 21.12.04

«médicament homéopathique unitaire de comparaison», le médicament homéopathique unitaire, figurant dans la liste positive, obtenu à partir de la même souche homéopathique, présenté sous la même forme pharmaceutique, destiné à la même voie d'administration, quel qu'en soit le degré de dilution;

«médicament de référence», le médicament ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché en dehors de l'application de l'article 1er, sous 8, a) i) ou iii), du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments et figurant dans la liste positive; R. 12.12.02

«notice au public», la notice d'information pour l'utilisateur établie conformément aux articles 13, 14 et 15 du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments;

«numéro national», le numéro d'identification attribué par le ministre ayant la Santé dans ses attributions à une présentation d'un médicament lors de l'attribution de l'autorisation de mise sur le marché; R. 1.12.11

«numéro national collectif», le numéro d'identification attribué par la direction de la santé, division de la pharmacie et des R. 12.12.02

médicaments, à des médicaments homéopathiques unitaires obtenus à partir d'une même souche homéopathique;

«présentation», l'unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur; R. 1.12.11

«présentation d'un médicament homéopathique unitaire», l'emballage d'une contenance déterminée, comprenant un médicament homéopathique unitaire, obtenu à partir de la même souche homéopathique et d'une même forme pharmaceutique; R. 21.12.04

«résumé des caractéristiques du produit en abrégé RCP», les éléments énumérés à l'article 2 du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments; R. 12.12.02

«titulaire», le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou son représentant dûment mandaté à cet effet;

«voie d'administration», la voie d'administration indiquée dans le résumé des caractéristiques du produit ou, dans le cas des médicaments homéopathiques, la voie d'administration indiquée dans l'autorisation de mise sur le marché. R. 21.12.04

Chapitre 2 - Procédure

Art. 2. Sous peine d'irrecevabilité, une demande doit être introduite par le titulaire moyennant le formulaire défini à l'annexe 1 ou, le cas échéant, à l'annexe 2 (Médicaments homéopathiques) du présent règlement, dûment rempli et accompagné des documents requis. R. 21.12.04

Art. 3. La demande peut être introduite avant qu'une décision relative à la fixation du prix au public du médicament n'ait été obtenue. R. 12.12.02

Art. 4. Lorsqu'il est constaté qu'une demande est incomplète quant à la forme, le titulaire en est informé par écrit dans les quinze jours de la réception de la demande avec indication des éléments qui font défaut.

Art. 5. Un accusé de réception est envoyé au titulaire dès que sa demande est complète quant à la forme. L'accusé de réception indique que la décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive sera communiquée dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de l'accusé de réception. R. 1.12.11

Art. 6. Lorsqu'il est constaté que les renseignements donnés dans la demande sont insuffisants, le délai visé à l'article 5 est suspendu à partir du jour de la notification au titulaire d'une requête précisant les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Le délai reprend son cours le jour suivant la réception des renseignements complémentaires exigés. La réception de ces renseignements est confirmée par la Caisse nationale de santé moyennant un accusé de réception indiquant le délai dans lequel la décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive doit intervenir. Faute par le titulaire de communiquer à la Caisse nationale de santé les renseignements demandés endéans un délai de cent quatre-vingts jours, la demande est classée sans suite. R. 12.12.02 R. 1.12.11

Art. 7. Lorsqu'une demande contient des erreurs matérielles constatées par le titulaire avant l'octroi de la décision, celles-ci sont corrigées par un remplacement intégral de la feuille afférente du formulaire de demande. La feuille corrigée contient une paraphe apposée par le titulaire, la date ainsi que la mention «remplace la feuille du ……. » avec indication de la date de la demande ayant contenu la feuille à remplacer. R. 12.12.02

Au cas où la correction est notifiée à la Caisse nationale de santé moins de trente jours avant l'échéance du délai communiqué conformément aux articles 5 et 6 et s'il appert que les corrections ont un caractère fondamental au regard des critères à prendre en

considération en vue de la décision, le délai est prorogé d'office de trente jours.

Art. 8. (abrogé) R. 1.12.11

Art. 9. (abrogé)

Art. 10. Aucune décision n'est prise à l'égard des présentations que le titulaire déclare ne pas vouloir commercialiser effectivement. R. 12.12.02

Art. 11. La décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive indique notamment le cas échéant: R. 1.12.11

- les présentations visées par la décision ainsi que leur numéro national ou leur numéro national collectif,
- les taux de prise en charge des présentations visées par la décision et les prix au public auxquels ils s'appliquent,
- le code ATC et
- les conditions de prise en charge particulières.

Art. 12. La décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou excluant un médicament de cette liste prend effet le premier du mois qui suit la date de la décision.

Art. 13. Le titulaire est tenu à assurer la commercialisation effective du médicament et son approvisionnement en continu, sous toutes les présentations qui ont été inscrites sur la liste positive et de prévenir immédiatement la Division de la pharmacie et des médicaments et la Caisse nationale de santé de la non commercialisation d'une ou de plusieurs présentations concernées. R. 12.12.02

Art. 14. Le titulaire est tenu à soumettre préalablement à la Caisse nationale de santé tout texte diffusé notamment au corps médical et aux autres fournisseurs de soins de santé dans lequel il est fait état de la prise en charge par l'assurance maladie au Luxembourg.

Art. 15. Le titulaire est tenu à signaler à la Caisse nationale de santé, au moyen des pages correspondantes du formulaire de demande, toute modification significative apportée à un des éléments ayant figuré dans une demande antérieure. Cette communication se fait dans un délai d'un mois suivant l'événement à la base de la modification. Si à la suite de cette modification le médicament ne remplit plus les critères ayant été à la base de son intégration dans la liste positive, le médicament est exclu de la liste.

Art. 16. Les présentations d'un médicament sont radiées d'office avec effet immédiat de la liste positive en cas de suspension ou de retrait de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou en cas d'arrêt de la commercialisation d'une présentation. Une nouvelle demande est nécessaire pour une réintégration éventuelle dans la liste positive. R. 1.12.11

Art. 17. (abrogé)

Art. 18. (abrogé)

Chapitre 3 - Application des critères prévus aux articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale

Art. 19. Lorsque la demande concerne un médicament autre que visé par l'article 22, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale pour lequel il existe des médicaments de comparaison et si celui-ci comporte un coût supérieur à celui des médicaments de comparaison, le titulaire doit justifier ce dépassement au moyen d'une étude comparative du point de vue pharmacologique, thérapeutique et économique fondée sur l'état actuel de la science. Dans cette comparaison, il y a lieu de prendre en R. 21.12.04

compte l'indication la plus fréquente, le dosage médicalement le plus approprié et les groupes de patients les plus fréquemment visés.

Une telle étude comparative doit être fournie sur demande de la Caisse nationale de santé si celle-ci constate que le coût d'un médicament inscrit sur la liste positive est supérieur à celui des médicaments de comparaison. R. 12.12.02

Lorsque la demande concerne un médicament homéopathique unitaire pour lequel il existe une présentation d'un médicament homéopathique unitaire de comparaison et si celui-ci comporte un coût supérieur à celui du médicament homéopathique unitaire de comparaison, le titulaire doit justifier ce dépassement au moyen d'une justification du point de vue économique. Une telle justification doit être fournie sur demande de la Caisse nationale de santé si celle-ci constate que le coût d'un médicament homéopathique unitaire inscrit sur la liste positive est supérieur à celui des médicaments de comparaison. R. 21.12.04

Art. 20. Lorsque la demande concerne un médicament essentiellement similaire, ce médicament ne peut être inscrit sur la liste positive que si son coût est inférieur ou égal à celui du médicament de référence.

Art. 21. Une présentation ne peut être inscrite sur la liste positive lorsqu'elle ne correspond pas à un usage conforme aux indications figurant dans le résumé des caractéristiques du produit, à l'exception de celle se rapportant aux médicaments homéopathiques unitaires. R. 21.12.04

Chapitre 4 - Entraide administrative

Art. 22. (abrogé) R. 1.12.011

[...]

Chapitre 6 - Dispositions transitoires et finales

Art. 25. Les médicaments qui font l'objet d'un remboursement au 31 décembre 2002 sont dispensés de l'introduction d'une demande au sens du présent règlement et sont inscrits d'office sur la liste positive pour autant qu'ils répondent à la définition de celle-ci, prévue par les statuts. R. 12.12.02

Art. 26. Les demandes introduites avant le 1er janvier 2003 et au sujet desquelles une décision n'a pas encore été prise à cette date, sont instruites sur base de l'ancienne législation.

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminant la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents

Vu l'article 44 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Si les assurés exerçant une activité relevant de l'une des caisses de maladie visées à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale exercent par ailleurs une activité relevant de la Caisse nationale de santé, la première reste compétente pour le service des prestations visées à l'article 48 du même Code, sauf option contraire. R. 16.12.08

En cas d'exercice d'activités relevant de différentes caisses de maladie visées à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale, le service des prestations visées à l'article 48 du même Code est assuré par la caisse de maladie compétente en raison de l'occupation comportant le nombre d'heures le plus élevé.

Art. 2. En cas de cumul de plusieurs pensions du chef d'un même assuré, la compétence de la caisse de maladie est déterminée en fonction de l'organisme de pension compétent pour le paiement de la pension, en vertu de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

En cas de cumul d'une activité avec une pension, la nature de l'activité est prise en considération.

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs

Vu les articles 17, alinéa final et 350, paragraphe 6 du Code de la sécurité sociale;

Vu la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Art. 1er. Le droit aux soins palliatifs visé à l'article 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie est ouvert sur déclaration présentée par le médecin traitant sur un formulaire spécial comprenant un volet administratif et un volet médical et formant annexe du présent règlement. R. 28.4.09

Art. 2. La déclaration est à adresser par le médecin traitant signataire du formulaire au Contrôle médical de la sécurité sociale, sous pli fermé. Lorsqu'une donnée du volet administratif de la déclaration change, le médecin traitant signataire notifie ce changement au Contrôle médical de la sécurité sociale par l'envoi du volet administratif modifié.

Art. 3. La déclaration est validée par le Contrôle médical de la sécurité sociale conformément à l'article 418, alinéa 1, point 13) du Code de la sécurité sociale. Cette validation est inscrite sur le volet administratif du formulaire de déclaration qui est communiqué à la Caisse nationale de santé endéans les trois jours ouvrables de son entrée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

La validation indique la date de l'ouverture du droit aux soins palliatifs, fixée d'après les indications du médecin traitant. La date d'ouverture du droit ne peut être antérieure de plus de cinq jours ouvrables à la date d'entrée de la déclaration auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 4. Le droit aux soins palliatifs expire dans le délai de trente-cinq jours à partir de la date de son ouverture.

A titre exceptionnel le Contrôle médical de la sécurité sociale peut accorder la prorogation du droit aux soins palliatifs pour une ou plusieurs périodes supplémentaires de trente-cinq jours sur initiative dûment motivée du ou des médecins traitants.

La déclaration médicale de prorogation du droit présentée sur un formulaire spécial, formant annexe du présent règlement, doit entrer au Contrôle médical de la sécurité sociale trois jours ouvrables avant l'expiration du droit en cours.

En cas de prorogation du droit, le Contrôle médical de la sécurité sociale en avertit la Caisse nationale de santé par les moyens convenus avec elle.

Art. 5. La Caisse nationale de santé notifie l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation endéans les trois jours ouvrables de la réception de la validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale au médecin traitant signataire de la déclaration et, si la personne en fin de vie est prise en charge par un des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code

de la sécurité sociale, à ces prestataires. La Caisse nationale de santé en informe la personne soignée concernée en lui faisant parvenir une copie du document de notification. Le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation est repris sous le volet 1 du carnet de soins prévu par le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie dûment rempli par la Caisse nationale de santé.

Art. 6. Si la déclaration concerne une personne soignée non affiliée à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance, la Caisse nationale de santé en informe le ministre ayant la Santé dans ses attributions. La décision du ministre de prendre en charge ces prestations est transmise à la Caisse nationale de santé endéans trois jours ouvrables. La Caisse nationale de santé assure le service de ces prestations, à charge de remboursement par l'Etat.

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie

Vu l'article 1er, alinéa 3 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Définition et contenu du carnet de soins

Art. 1er. Le carnet de soins est un outil de liaison, de communication et de coordination. Il contient les informations administratives de base sur la personne soignée en fin de vie, appelée ci-après personne soignée, les coordonnées des intervenants auprès de la personne soignée et consigne les fournitures, actes et services délivrés conformément à l'annexe du présent règlement. R. 28.4.09

Les prestataires de soins conventionnés en vertu des articles 61 à 73 ou des articles 74 à 79 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les prestataires visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale, sont appelés ci-après prestataires.

Le carnet de soins ne remplace pas les ordonnances prévues par les législations de la santé et de la sécurité sociale. Il ne se substitue pas au dossier du patient hospitalier, à la documentation de soins de dépendance, au plan de prise en charge ou à d'autres documents de soins prévus par les différentes législations. Il ne peut se substituer ni aux réunions de concertation, ni aux réunions de coordination.

Mise en place du carnet de soins

Art. 2. La Caisse nationale de santé fait parvenir au médecin traitant ayant introduit la déclaration prévue par le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs le carnet de soins avec le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs. Le médecin traitant met le carnet de soins à disposition des différents prestataires auprès de la personne soignée.

Inscriptions au carnet de soins

Art. 3. Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant à domicile ou en établissement d'aides et de soins et

admise aux soins palliatifs, transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins. Cette transcription se fait conformément à l'annexe du présent règlement.

Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant en établissement hospitalier et admise aux soins palliatifs transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins qui est annexé transitoirement au dossier hospitalier. Lorsque la personne soignée quitte l'établissement hospitalier vers le secteur ambulatoire, le médecin s'assure de la remise du carnet de soins à la personne soignée, en y joignant le résumé clinique comportant obligatoirement le(s) diagnostic(s) sur l'évolution en cours d'hospitalisation, les résultats d'examens pertinents et le traitement de sortie.

Transfert et conservation du carnet de soins

Art. 4. Le carnet de soins reste constamment à disposition auprès de la personne soignée et l'accompagne vers tous les endroits où elle séjourne. L'accès au carnet de soins doit être garanti à la personne soignée et à tous les prestataires.

Chaque prestataire prend les mesures nécessaires pour déterminer la personne responsable pour la surveillance de la bonne tenue des interventions effectuées sous sa responsabilité.

Lors d'un changement du lieu de séjour de la personne soignée, le médecin traitant en charge de la personne soignée au moment du transfert, s'assure de la continuité de la mise à disposition du carnet de soins aux prestataires intervenant auprès de la personne soignée.

Au décès de la personne soignée, le carnet de soins est remis entre les mains du Directeur de la santé pour archivage. La remise est assurée par le médecin ayant établi le certificat de décès.

Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie

Vu l'article 65 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En vue de la constitution de la Commission de nomenclature chargée de faire des recommandations circonstanciées permettant aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé d'arrêter conjointement les nomenclatures pour les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels de ces prestataires communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale la liste des membres effectifs et suppléants qu'ils ont désignés pour faire partie de cette commission. Il s'agit des prestataires suivants: R. 30.7.11

1) les médecins;

2) les médecins-dentistes;

3) les professions de la santé;

4) les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;

5) les établissements de cures thérapeutiques;

6) les établissements de rééducation et de réadaptations fonctionnelles;

7) les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;

8) concernant les soins palliatifs, les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale;

9) concernant les actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, les établissements hospitaliers.

Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonction le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel la lettre est parvenue au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, à moins que celle-ci n'indique une autre date.

Le groupement professionnel signataire de la convention pour les médecins indique lesquels de ses représentants sont désignés en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 3) du Code de la sécurité sociale et lesquels sont désignés en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 4) du même code.

Si deux ou plusieurs groupements professionnels ont signé une convention avec la Caisse nationale de santé, ils doivent désigner leurs membres d'un commun accord et les communiquer sous forme d'une lettre collective signée par les mandataires de chacun des groupements. A défaut de groupement professionnel ayant signé la convention ou en cas de refus du ou des groupements de désigner le membre, il est désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Art. 2. La Commission de nomenclature se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Si un membre effectif désire que la commission se réunisse, il doit adresser à cet effet une demande écrite, motivée et documentée au président, qui est alors tenu de convoquer la commission avec l'ordre du jour proposé dans un délai de deux mois.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est envoyée par écrit au domicile du membre effectif et au siège du groupement professionnel concerné au moins cinq jours avant la réunion. Les projets de recommandations et les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.

Sur proposition des membres effectifs de la commission, le président de la Commission de nomenclature peut autoriser des tiers à assister aux réunions.

A moins qu'elle n'ait déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années, le président est obligé de porter dans un délai de trois mois à l'ordre du jour d'une réunion de la commission toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures lui soumise par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale ou un groupement professionnel de prestataires de soins signataire d'une convention avec la Caisse nationale de santé.

Art. 3. La saisine de la Commission de nomenclature se fait par la demande standardisée d'inscription dont la première partie est à remplir par le demandeur en indiquant les éléments suivants:

- l'emplacement de la nomenclature dans lequel l'acte est inscrit, modifié ou supprimé;

- une motivation détaillée justifiant l'inscription, la modification ou la suppression de l'acte;
- une évaluation de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour le dispenser et
- l'implication éventuelle de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte sur la définition, la dispensation ou la tarification d'autres actes dans la même ou dans d'autres nomenclatures.

La Commission de nomenclature juge de la recevabilité de la demande en vérifiant si elle est complète, si elle n'a pas déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années et si son objet n'est pas soumis à une période de révision obligatoire.

Art. 4. Le président de la Commission de nomenclature transmet les demandes recevables à la Cellule d'expertise médicale afin qu'elle révise au besoin la première partie et établisse la deuxième partie de la demande standardisée d'inscription dans les délais lui impartis compte tenu des délais figurant à l'article 8, alinéa 3 en indiquant les éléments suivants dans la mesure où ils peuvent être déterminés pour l'acte en question:

- les lieux de prestation de l'acte;
- les services ou centres de compétence hospitaliers auxquels la dispensation de l'acte est réservée;
- la ou les spécialités médicales à laquelle ou auxquelles l'acte est réservé;
- les normes de compétences spécifiques et d'expérience professionnelle requises pour le dispenser;
- l'appareillage médical nécessaire;
- la nécessité d'une assistance opératoire;
- les règles de cumul;
- la périodicité de prise en charge de l'acte;
- le coefficient de majoration ou de réduction de l'acte;
- une étude de l'impact économique de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte;
- la nomenclature de référence appliquée et
- la période de validation provisoire et le délai de révision obligatoire.

Les nomenclatures de référence sont des classifications des actes basées sur une hiérarchie des actes et services des prestataires de soins établie suivant des critères scientifiques validés.

Sur base des analyses et des propositions de la Cellule d'expertise médicale, la Commission de nomenclature délibère sur la demande d'inscription, de modification ou de suppression d'un ou plusieurs actes.

Le président de la Commission de nomenclature peut demander des études spécifiques à des experts externes ou à la Cellule d'expertise médicale conformément aux missions lui confiées par l'article 65bis du Code de la sécurité sociale.

Art. 5. La Commission de nomenclature délibère valablement si au moins cinq de ses membres sont présents dont au moins un membre désigné en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 1 du Code de la sécurité sociale et un membre désigné en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 2 du même code. Lorsqu'elle siège dans la composition prévue à l'article 65, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, ce nombre est porté à six.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'article 2, alinéa 3. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre et la qualité des membres présents.

Art. 6. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le membre effectif désigné à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé visé à l'article 65, alinéa 8, point 1) du Code de la sécurité sociale.

Art. 7. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à soumettre au vote.

Les membres votent à main levée. Le président peut décider de la tenue d'un vote à bulletin secret si une majorité des membres présents le lui demande. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées.

Art. 8. Sont également soumises au vote les recommandations circonstanciées que la commission fait parvenir aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé.

Les recommandations circonstanciées prévoient une période de validation provisoire ne pouvant être inférieure à un an et supérieure à trois ans, ainsi qu'un délai de révision obligatoire ne pouvant être inférieur à quatre ans et supérieur à dix ans.

Le délai entre la date de la saisine de la Commission de nomenclature et le vote sur une recommandation circonstanciée ne peut être supérieur à six mois.

Chaque membre ayant voté contre l'adoption d'une recommandation ou s'étant abstenu lors du vote a le droit de formuler une recommandation séparée qui est jointe à la recommandation principale.

En cas de rejet d'une demande dont la commission a été saisie, la recommandation doit être motivée.

Art. 9. La Commission de nomenclature est assistée d'un secrétaire administratif, désigné par l'arrêté conjoint visé à l'article 65, alinéa 8, point 1) du Code de la sécurité sociale parmi les agents affectés à la Cellule d'expertise médicale. En cas d'indisponibilité du secrétaire administratif, celui-ci est remplacé par un autre agent affecté à la Cellule d'expertise médicale.

Le secrétaire administratif établit pour chaque réunion un rapport indiquant le nom des délégués présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions ou les recommandations prises en évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs et négatifs ainsi que les abstentions.

Le rapport est signé par le président et transmis aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé.

Art. 10. Le président de la Commission de nomenclature touche pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Les membres touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres représentant des professions libérales qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros.

Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Art. 11. Le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1993 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie est abrogé.

Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire

Vu l'article 74 du Code de la sécurité sociale; R. 11.8.11

Art. 1er. L'enveloppe budgétaire globale couvre l'ensemble des dépenses des établissements hospitaliers visés à l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale opposables à la Caisse nationale de santé. Elle couvre les frais de personnel, les frais de consommation, les frais pour immeubles et équipements, les frais de gestion, les frais financiers et les frais d'amortissement. Les frais relatifs à des infrastructures et services communs dans la mesure où ces infrastructures et ces services sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers prévisés sont à intégrer dans les types de frais énumérés ci-avant.

L'enveloppe budgétaire globale couvre également tous les autres engagements à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif, sans préjudice des dispositions de l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier, notamment les médicaments et les dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile, sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

Art. 2. Pour l'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, le niveau des activités par entité fonctionnelle détermine la dotation en personnel de soins et les frais de consommation prévisibles. Les dotations en personnel de soins sont calculées conformément à une méthodologie tenant compte de la sécurité du patient et de la qualité des soins établie de commun accord entre la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Les frais de consommation sont fixés par unité d'oeuvre.

Les autres frais des entités fonctionnelles, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge par établissement ou sont couverts par forfaits en fonction de la nature des frais et du type de service hospitalier, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

Les coûts relatifs aux centres de frais auxiliaires, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge suivant des forfaits, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Il est distingué entre forfaits administratifs et forfaits logistiques. Les forfaits administratifs sont notamment déterminés en fonction des effectifs des entités fonctionnelles et du nombre d'admissions. Les forfaits logistiques sont notamment fixés en considération de l'infrastructure et de l'activité de l'établissement hospitalier.

Art. 3. La Caisse nationale de santé dresse dans les années paires pour le 15 juillet au plus tard un tableau synthétique des demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1. Les activités sont exprimées en nombres d'unités d'oeuvre des entités fonctionnelles des établissements et sont estimées sur base des activités réelles des trois exercices antérieurs.

Art. 4. Afin de permettre l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé doit communiquer à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 15 juin de chaque année les données détaillant la variation effective des activités hospitalières au cours des trois années précédentes.

Art. 5. Sur base de l'enveloppe budgétaire globale fixée par le gouvernement et en tenant compte des engagements découlant de l'article 1er, alinéa 2, la Caisse nationale de santé, après avoir déduit une réserve pour imprévus ne pouvant dépasser deux pour cent du montant de l'enveloppe budgétaire globale, conclut dans les années paires pour le 31 décembre au plus tard avec les établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, les budgets hospitaliers spécifiques pour les deux années à venir.

Art. 6. Dans les cas et suivant les modalités prévus à l'alinéa 1 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale, des rectifications des budgets spécifiques des établissements hospitaliers, qui doivent s'effectuer dans la limite fixée par l'enveloppe budgétaire globale, peuvent être effectuées dans le cadre de la réserve pour imprévus visée à l'article 5 et avant la date limite de l'arrêt des décomptes définitifs prévue à l'alinéa 3 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale.

Règlement grand-ducal du 26 octobre 2011 instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé

Vu l'article 65bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le Conseil scientifique se compose de huit membres, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale comme suit: R. 26.10.11

1) deux représentants de la Direction de la santé;
2) deux représentants du Contrôle médical de la sécurité sociale;
3) quatre médecins sur proposition du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes.

Les agents affectés ou détachés à la Cellule d'expertise médicale ne peuvent pas être membres du Conseil scientifique.

Si le Conseil scientifique traite de sujets relevant de la médecine dentaire, deux des membres médecins visés à l'alinéa 1, point 3) sont des médecins dentistes.

Pour chaque membre effectif du Conseil scientifique un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

Les membres effectifs du Conseil scientifique désignent par vote secret à la majorité qualifiée et pour une durée de deux ans un président et un vice-président en leur sein.

Art. 2. Le Conseil scientifique peut, dans la limite des disponibilités budgétaires et en étroite collaboration avec la Cellule d'expertise médicale, s'appuyer sur le concours scientifique d'instituts de recherche, dans le cadre de conventions conclues par le Gouvernement, en vue de la

recherche des données scientifiques requises et, éventuellement, de la diffusion des recommandations élaborées.

Le Conseil scientifique peut recourir aux services de la Direction de la santé, du Laboratoire national de la santé, du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et de l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui lui fournissent notamment les données statistiques nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Art. 3. Les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale peuvent soumettre au Conseil scientifique des sujets devant utilement faire l'objet d'une recommandation de bonne pratique médicale.

Le Conseil scientifique établit annuellement un programme de travail déterminant les sujets qui feront l'objet d'une recommandation ainsi qu'un rapport d'activité. Il communique et présente ces documents aux ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

Art. 4. Le Conseil scientifique peut instituer des groupes de travail pour examiner des sujets spécifiques. Ces groupes de travail se constituent de membres du Conseil scientifique et de membres externes.

Pour chaque recommandation de bonne pratique médicale à élaborer, le Conseil scientifique désigne un coordinateur parmi les membres du groupe de travail en charge.

Les décisions du Conseil scientifique sont prises par consensus.

Les recommandations de bonnes pratiques élaborées sont portées à la connaissance des médecins et des pofessionnels de la santé par l'intermédiaire de tout vecteur de diffusion approprié.

Art. 5. Le président ou le vice-président du Conseil scientifique touchent pour chaque réunion du Conseil scientifique une indemnité fixée à cinquante euros. Ce montant est doublé lorsque le président ou le vice-président exercent une profession libérale. Les membres touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres exerçant une profession libérale qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cent euros.

Pour les réunions des groupes de travail, les membres du Conseil scientifique et les membres externes touchent une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres exerçant une profession libérale qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cent euros.

Pour chaque recommandation de bonne pratique médicale publiée, le coordinateur rédactionnel désigné par le Conseil scientifique touche une indemnité fixée par le Conseil scientifique ne pouvant pas dépasser un montant de quatre cents euros.

Art. 6. Le Conseil scientifique peut adopter un règlement interne qu'il communique aux ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

Art. 7. Les frais de fonctionnement du Conseil scientifique sont à charge du budget de l'Etat.

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent

Vu l'article 19bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La désignation du médecin référent est constatée par écrit, signé par le patient et le médecin, et notifié par le médecin référent à la Caisse nationale de santé. Sa mission prend effet le premier jour du mois qui suit cette notification. R. 15.11.11

La relation entre le médecin référent et le patient lie le médecin personnellement et ne peut pas être assumée par l'intermédiaire d'un autre médecin, sans préjudice des dispositions de l'article 4.

Art. 2. La relation entre le médecin référent et le patient est établie pour une durée indéterminée.

Pendant les premiers douze mois, celle-ci peut, à tout moment, être révoquée d'un commun accord entre le patient et le médecin, avec un préavis de deux mois. Cette révocation est notifiée à la Caisse nationale de santé par le médecin.

A partir de la deuxième année, il peut être mis fin à la relation, à tout moment, et de façon unilatérale par une des parties, moyennant un préavis de deux mois. La partie qui est à l'origine de la révocation en informe par écrit l'autre partie et met en copie la Caisse nationale de santé.

En cas de décès d'une des parties concernées, la Caisse nationale de santé informe dans les meilleurs délais l'autre partie de la cessation de plein droit de la relation entre le médecin référent et le patient. R. 7.12.15

Lorsque le patient refuse l'accès de son dossier de soins partagé visé à l'article 60*quater* du Code de la sécurité sociale au médecin référent ou procède à la fermeture de son dossier de soins partagé. la relation avec le médecin est résiliée le premier jour du mois qui suit la notification par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, prévue à l'article 60*ter* du Code de la sécurité sociale au patient, au médecin référent et à la Caisse nationale de santé.

Art. 3. En cas de changement de médecin référent, le nouveau médecin référent a droit au transfert par son prédécesseur de toutes les données nécessaires à l'accomplissement de sa mission. R. 15.11.11

Art. 4. En cas d'absence prolongée du médecin référent dépassant prévisiblement une durée de quatre mois, celui-ci pourra se faire remplacer temporairement pour une durée maximale de douze mois complets et consécutifs par un autre médecin référent proposé au patient. Le remplacement est notifié à la Caisse nationale de santé et ne constitue pas une modification de la relation avec le médecin référent remplacé.

Si la proposition de médecin remplaçant du médecin référent ne trouve pas l'accord du patient, celui-ci peut révoquer unilatéralement la relation quelle que soit sa durée.

(alinéa abrogé) R. 7.12.15

(alinéa abrogé)

Règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain

Vu l'article 22ter du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 2 de la loi du 23 octobre 2011 relative à la concurrence;

Vu la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des

prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes d'assurance-maladie;

Chapitre 1er – Dispositions générales

R. 1.12.11

Art. 1er. Pour l'application de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale, on entend par:

1) «médicament»: toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ainsi que toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme et disposant d'une autorisation de mise sur le marché conformément aux dispositions légales en vigueur;
2) «présentation»: unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur;
3) «pays de provenance»: le pays ayant attribué un code national à la présentation;
4) «code national»: l'identifiant national attribué à la présentation par l'autorité compétente du pays de provenance;
5) «numéro national»: le numéro d'identification attribué par le ministre ayant la Santé dans ses attributions à une présentation d'un médicament lors de l'attribution de l'autorisation de mise sur le marché;
6) «titulaire»: le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou son représentant dûment mandaté à cet effet;
7) «grossiste»: toute personne en possession d'une autorisation d'exercer l'activité de grossiste en médicaments conformément aux dispositions légales en vigueur;
8) «prix ex-usine»: le prix de vente hors taxes du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou de son représentant dûment mandaté à cet effet;
9) «prix d'achat du pharmacien»: le prix de vente hors taxes appliqué par le grossiste aux pharmacies hospitalières ou ouvertes au public;
10) «prix au public»: le prix de vente hors taxes en pharmacie ouverte au public;
11) «les prix d'une présentation»: le prix ex-usine et le cas échéant, le prix d'achat du pharmacien et le prix au public relatifs à une seule présentation d'un médicament, identifiée par son numéro national.

Art. 2. Le titulaire est habilité à commercialiser une présentation dès l'approbation de son prix par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Une présentation ne peut pas être vendue à un prix supérieur au prix approuvé.

Art 3. Les prix sont exprimés en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Lors de la vente au public, le prix au public taxe sur la valeur ajoutée incluse doit être fourni sur le ticket de caisse ensemble avec la dénomination précise de la présentation à laquelle il se rapporte et une indication permettant l'identification de l'officine.

Art. 4. Les prix des médicaments approuvés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sont publiés au Mémorial

chaque année au mois de janvier sur la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale. Les modifications apportées aux prix au cours de l'année sont publiées mensuellement au Mémorial.

Chapitre 2 – Procédure

Art. 5. Afin d'être recevable, toute demande relative à la fixation des prix d'une ou de plusieurs présentations d'un médicament devra être obligatoirement soumise au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale par le titulaire moyennant le formulaire défini à l'annexe du présent règlement et accompagné des documents y mentionnés.

Art. 6. Un accusé de réception est envoyé au titulaire dès que sa demande est complète quant à la forme et ne requiert plus de renseignement complémentaire. Cet accusé de réception indique qu'une décision relative au prix applicable au médicament en question est adoptée et communiquée au demandeur dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception.

Art. 7. Si les informations communiquées à l'appui de la demande sont insuffisantes, le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions notifie dans les quinze jours au demandeur les renseignements détaillés qui sont exigés et prend sa décision finale dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de ces renseignements complémentaires. Faute par le titulaire de communiquer les renseignements demandés endéans un délai de cent quatrevingt jours, la demande est classée sans suite.

Art. 8. En l'absence d'une décision dans les délais visés aux articles 6 et 7, le titulaire est habilité à commercialiser la présentation aux prix proposés, taxes incluses.

Art. 9. Lorsqu'une demande contient des erreurs matérielles constatées par le titulaire avant l'octroi de la décision, celles-ci doivent être corrigées par le remplacement intégral du formulaire de demande avec indication de la date de la demande à remplacer.

Au cas où la correction est notifiée au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale moins de trente jours avant l'échéance du délai communiqué conformément aux articles 7 et 8 et s'il appert que les corrections ont un caractère fondamental au regard des critères à prendre en considération en vue de la décision, le délai est prorogé d'office de trente jours.

Art. 10. La décision d'approbation ou de rejet des prix d'une présentation prend effet le premier jour du mois qui suit la date de la décision. Si le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions décide de ne pas approuver la commercialisation du médicament en question au prix proposé par le demandeur, la décision comporte un exposé des motifs fondé sur des critères objectifs et vérifiables. En outre, le demandeur est informé des moyens de recours dont il dispose et des délais dans lesquels ces recours doivent être présentés.

Art. 11. Le titulaire est tenu à signaler au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, au moyen du formulaire de demande, toute modification des prix d'une présentation dans le pays de provenance. Cette communication se fait dans un délai d'un mois suivant la modification.

Si à la suite d'une modification la présentation ne remplit plus les critères ayant été à la base de la décision d'approbation, le titulaire est obligé d'introduire une nouvelle demande relative à la fixation du prix de cette présentation.

En cas de modification des prix dans le pays de provenance d'une présentation ayant fait l'objet d'une décision d'approbation au Luxembourg non signalée par le titulaire conformément à l'alinéa 1er, le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions peut décider d'adapter les prix conformément aux critères fixés à l'article 13, la décision de modification des prix prenant effet le premier du mois qui suit la date de la décision.

Chapitre 3 – Conditions relatives à la fixation du prix

Art. 12. L'approbation des prix des présentations d'un médicament est retirée d'office avec effet immédiat en cas de suspension ou de retrait de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou en cas d'arrêt de la commercialisation d'une présentation. Une nouvelle demande est nécessaire pour une réintégration éventuelle dans la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale.

Le prix au public est retiré d'office de la liste des prix susmentionnée lorsque conformément à l'autorisation de mise sur le marché, le médicament n'est plus destiné qu'à la vente aux hôpitaux.

Chapitre 4 – Critères de fixation du prix

Art. 13. Le prix hors taxes d'une présentation couverte par une autorisation de mise sur le marché conformément aux dispositions légales en vigueur ne peut pas être supérieur à celui accordé par l'autorité compétente du pays de provenance.

Lorsque le titulaire demande pour une présentation un prix inférieur à celui approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le prix ex-usine et, le cas échéant, le prix d'achat du pharmacien et le prix au public sont réduits dans la même proportion, le pourcentage de réduction le plus élevé appliqué par le titulaire dans sa demande à l'une des composantes du prix de la présentation étant d'office appliqué aux autres composantes du prix.

Lorsque la demande concerne une présentation qui est destinée à la vente au public au Luxembourg et qui dispose uniquement d'un prix ex-usine approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le titulaire doit calculer le prix d'achat du pharmacien et le prix au public suivant les règles de calcul officielles applicables dans le pays de provenance et joindre ces règles de calcul à sa demande.

Art. 14. Le prix d'un médicament dispensé conformément à l'article 5 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et la publicité des médicaments est déterminé par référence au prix d'achat du pharmacien, augmenté de la marge commerciale du pharmacien et de la taxe sur la valeur ajoutée. La marge commerciale du pharmacien est fixée à cinquante pour cent par rapport au prix d'achat du pharmacien lorsque celui-ci est inférieur ou égal à cinquante euros et à quinze pour cent sans pouvoir être supérieure à deux cent cinquante euros lorsque le prix d'achat du pharmacien est supérieur à cinquante euros.

Par dérogation aux articles 2 et 4 à 14 du présent règlement, il suffit que le pharmacien informe le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale de la vente d'un tel médicament ainsi que du prix d'achat du pharmacien et du prix au public appliqués.

Art. 15. Lorsque les prix peuvent être établis suivant plusieurs critères, la variante la plus économique est retenue.

Chapitre 5 – Disposition abrogatoire

Art. 16. Le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des médicaments et le règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués sont abrogés.

Chapitre 6 – Dispositions transitoires

Art. 17. Les médicaments homologués conformément au règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués au 31 août 2011 ne doivent pas faire l'objet d'une demande au sens du présent règlement et sont inscrits d'office sur la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale. En conséquence de l'abrogation du plafond de 98,44% prévu à l'article 6 du règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués, les prix au public des médicaments de provenance belge, valables au 31 août 2011, font l'objet d'un recalcul au 1er septembre 2011. La liste des prix publics modifiés est publiée au Mémorial sans communication de décisions individuelles.

Art. 18. Les demandes d'homologation introduites avant le 1er septembre 2011 auprès du ministre ayant l'Economie dans ses attributions conformément au règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués n'ayant pas encore fait l'objet d'une homologation à cette date sont transférées au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions pour être instruites conformément aux dispositions du présent règlement.

Chapitre 7 – Mise en vigueur

Art. 19. Le présent règlement entre en vigueur le 1er septembre 2011.

Règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 relatif à l'assurance maladie volontaire

Vu les articles 2, alinéa 4 et 33, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale; R. 8.12.11

Art. 1er. Pour les assurés au titre de l'assurance maladie volontaire visée à l'article 2 du Code de la sécurité sociale, l'assiette de cotisation correspond au minimum prévu à l'article 39 du Code de la sécurité sociale.

Art. 2. Les cotisations au titre de l'assurance facultative sont dues à partir du jour de la présentation de la demande.

Les cotisations au titre de l'assurance continuée ne sont dues qu'à partir de la fin de la période du maintien du droit aux prestations de soins de santé prévue à l'article 18, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Les cotisations sont réclamées par extraits de compte mensuels.

Art. 3. L'obtention des prestations est subordonnée au paiement des cotisations échues conformément à l'article 42 du Code de la sécurité sociale. Le droit aux prestations au titre de l'assurance facultative est par ailleurs suspendu pendant les trois premiers mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 4. L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré.

Elle prend fin de plein droit en cas de non paiement des cotisations à deux échéances ainsi qu'en cas de nouvelle affiliation à l'assurance obligatoire pendant une période continue de six mois ouvrant de nouveau droit à l'admission à l'assurance continuée.

Les cotisations d'assurance volontaire faisant double emploi avec l'assurance obligatoire sont remboursées à l'intéressé.

Art. 5. L'article 2, alinéa 2 du présent règlement ne s'applique qu'aux assurés ayant perdu la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille à partir du 1er janvier 2011.

Art. 6. Le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 relatif à l'assurance maladie volontaire est abrogé.

Règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables

Vu l'article 22bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Lorsque la Direction de la santé a caractérisé les médicaments appartenant à un groupe générique comme étant substituables conformément à l'article 22bis, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, une base de remboursement est calculée à condition que le groupe comprenne au moins deux médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale. R. 25.6.12

Les médicaments substituables pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont regroupés au sein des groupes génériques dans des ensembles de présentations jugées équivalentes inscrites sur la liste prévue à l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, publiée au début de chaque trimestre au Mémorial et indiquant les bases de remboursement fixées.

Une présentation est l'unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur.

La base de remboursement d'une présentation d'un médicament ne peut en aucun cas être supérieure à son prix au public.

Lorsqu'une base de remboursement existe pour une présentation d'un médicament et lorsque celle-ci est inférieure au prix au public, celle-ci se substitue au prix au public de cette présentation pour la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité selon la liste positive visée à l'alinéa 1er.

Lorsqu'une base de remboursement existe pour une présentation d'un médicament et lorsque celle-ci est supérieure au prix au public, c'est le prix au public de cette présentation qui sera retenu pour la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité selon la liste positive visée à l'alinéa 1er.

Art. 2. La base de remboursement d'une présentation d'un médicament est calculée en multipliant la base de remboursement unitaire calculée conformément aux articles 3 à 5 par le nombre d'unités contenues dans le conditionnement.

La base de remboursement d'une présentation est comptée en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Art. 3. Le prix au public unitaire est calculé en divisant le prix au public de la présentation d'un médicament par le nombre d'unités contenu dans cette présentation.

La base de remboursement unitaire est calculée à l'unité à partir du prix au public unitaire des présentations comprises dans les ensembles définis à l'article 1er, alinéa 2.

La base de remboursement unitaire et le prix au public unitaire sont comptés en euros à quatre décimales près. Les fractions de dix millièmes d'euros sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq cent millièmes d'euros. Les fractions de dix millièmes d'euros sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq cent millièmes d'euros.

Art. 4. Lorsque l'ensemble au sein du groupe générique ne comprend que deux médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale, la base de remboursement unitaire équivaut au prix au public unitaire le moins élevé des deux médicaments.

Art. 5. Lorsque l'ensemble au sein du groupe générique comprend au moins trois médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale, la base de remboursement unitaire est calculée en ajoutant au prix au public unitaire le moins élevé la différence, divisée par trois, entre le prix au public unitaire le plus élevé et le prix au public unitaire le moins élevé des médicaments pris en charge par l'assurance maladie-maternité.

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place

Vu l'article 60bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Commission consultative de la documentation hospitalière. R. 26.12.12

La commission a pour mission d'accompagner au niveau national la mise en place d'un système de documentation médicale hospitalière.

Art. 2. Le système de documentation médicale hospitalière est à mettre en place par les établissements hospitaliers, en ce qui concerne la documentation des diagnostics, suivant la dixième version de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation mondiale de la santé, en utilisant les codes avec quatre caractères et, en ce qui concerne la documentation des actes médicaux, suivant la Classification Commune des Actes Médicaux développée en France par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, adaptée le cas échéant pour le Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 3. La commission est présidée par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui est assisté par un vice-président représentant le ministre ayant dans ses attributions la Santé et qui remplace le président en cas d'empêchement. Elle se compose en outre:

- d'un représentant du Contrôle médical de la sécurité sociale;
- d'un représentant de la Caisse nationale de santé;
- d'un représentant de la Cellule d'expertise médicale;

- de cinq représentants proposés par le groupement le plus représentatif des établissements hospitaliers luxembourgeois dont un directeur, un chef de département administratif et technique, un chef de département des soins et un chef de département médical des établissements hospitaliers ainsi qu'un représentant des conseils médicaux;
- du directeur de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Il y a autant de membres suppléants que de membres effectifs. Les membres suppléants n'assistent aux réunions qu'en cas d'empêchement des membres effectifs.

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

En cas de démission ou de décès d'un membre effectif ou suppléant, il est pourvu à son remplacement par la nomination d'un nouveau membre, désigné conformément à l'alinéa qui précède, qui achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 4. La Commission consultative de la documentation hospitalière se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est envoyée par écrit au domicile du membre effectif au moins cinq jours avant la réunion.

Le président est obligé de convoquer une réunion à la demande du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou d'au moins quatre de ses membres.

La commission peut s'adjoindre des experts, qui peuvent assister à sa demande avec voix consultative aux réunions.

Art. 5. La Commission consultative de la documentation hospitalière délibère valablement si au moins six de ses membres sont présents dont le président ou, en cas d'empêchement du président, le vice-président.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'article 4, alinéa 2. La commission siège alors valablement quel que soit le nombre et la qualité des membres présents.

Art. 6. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à soumettre au vote.

Le président et les autres membres disposent chacun d'une voix. Ils votent à main levée. Le président peut décider de la tenue d'un vote à bulletin secret si une majorité des membres présents le lui demande. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage des voix, celle du président ou, en cas d'empêchement du président celle du vice-président, est prépondérante.

Le président et les membres de la commission sont tenus au secret des délibérations.

Art. 7. La Commission consultative de la documentation hospitalière est assistée d'un secrétaire administratif, désigné pour une durée de cinq ans par l'arrêté conjoint visé à l'article 3 parmi les agents du Ministère de la Sécurité sociale ou du Ministère de la Santé. En cas d'indisponibilité du secrétaire administratif, celui-ci est remplacé par un autre agent de l'un de ces deux ministères désigné par le président de la commission.

Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises avec les motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président ou le vice-président et le secrétaire et communiqué aux membres de la commission.

Règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension

Vu l'article 36, alinéas 1 à 3 et l'article 241, alinéas 11 et 12 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Par exploitation agricole au sens des articles 36 et 241 du Code de la sécurité sociale, on entend l'exploitation telle que définie dans le cadre de la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural. R. 27.6.16

Art. 2. Si une exploitation agricole compte plusieurs personnes affiliées au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 2) ou 6) du Code de la sécurité sociale, les personnes peuvent désigner d'un commun accord le chef d'exploitation. A défaut, l'assuré actif le plus âgé sera considéré comme chef d'exploitation.

Art. 3. (1) A partir de l'exercice de cotisation 2016, les marges brutes standard des différentes spéculations animales et végétales fixées à l'annexe I sont multipliées pour chaque exploitation agricole par leur volume déclaré au Service d'économie rurale au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.

Par dérogation à l'alinéa 1er, les marges brutes standard des différentes spéculations animales bovines fixées à l'annexe I sont multipliées par le cheptel bovin moyen détenu pendant la période du 1er novembre jusqu'au 31 octobre de l'année précédant l'exercice de cotisation en utilisant la base centrale de données informatiques visée à l'article 13 du règlement grand-ducal du 22 avril 1999 portant mesures d'application du règlement (CE) n° 820/97 du Conseil du 21 avril 1997 en ce qui concerne l'identification et l'enregistrement des bovins.

(2) La marge brute standard totale de l'exploitation est obtenue en ajoutant au résultat déterminé conformément au paragraphe 1er les aides à la production suivantes versées au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les paiements directs accordés au titre des régimes de soutien relevant de la politique agricole commune prévus par les dispositions nationales prises en exécution du droit de l'Union européenne en vigueur;
2) l'aide accordée au titre de l'agriculture biologique prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;
3) l'aide à la restructuration et à la reconversion des vignobles prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 4. (1) Aux fins du calcul du revenu professionnel agricole de l'exploitation sont ajoutées au résultat déterminé conformément à l'article qui précède les aides à la production suivantes versées au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les aides accordées au titre des paiements agroenvironnementaux et climatiques prévues par la

législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;

2) la prime à l'entretien du paysage et de l'espace naturel prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

(2) Sont déduits du résultat déterminé conformément au paragraphe qui précède les coûts de production fixes déterminés forfaitairement en fonction de l'orientation technico-économique de l'exploitation.

L'orientation technico-économique de l'exploitation est déterminée conformément au règlement délégué (UE) n° 1198/2014 de la Commission du 1er août 2014 complétant le règlement (CE) n° 1217/2009 du Conseil portant création d'un réseau d'information comptable agricole sur les revenus et l'économie des exploitations agricoles dans l'Union européenne.

Les coûts de production fixes correspondent aux pourcentages définis à l'annexe II.

Art. 5. Sont ajoutées au résultat déterminé conformément à l'article qui précède les aides à la production et subventions au revenu ci-après versées à l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les paiements en faveur des zones soumises à des contraintes naturelles ou à d'autres contraintes spécifiques prévues par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;

2) les aides pour la sauvegarde de la diversité biologique prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 6. Le revenu professionnel agricole de l'exploitation servant d'assiette au calcul des cotisations est obtenu en déduisant du résultat déterminé conformément à l'article qui précède les charges réelles supportées par l'exploitant agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation, à savoir:

1) le fermage,

2) les intérêts découlant de prêts professionnels agricoles,

3) les salaires payés à des tiers et déclarés auprès du Centre commun de la sécurité sociale, augmentés des cotisations sociales à charge du chef d'exploitation,

4) les salaires payés aux personnes visées à l'article 90, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, à condition que leur identité résulte du répertoire national des personnes physiques ou d'un document officiel, ou que ces salaires aient fait l'objet d'une déclaration à l'Administration des contributions directes dans le cadre de l'imposition forfaitaire prévue par le règlement grand-ducal du 7 mai 1991 portant exécution de l'article 137, alinéa 4 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et modifiant le règlement grand-ducal du 3 décembre 1969 portant exécution de l'article 115, numéro 12 de la prédite loi du 4 décembre 1967.

Art. 7. Le Service d'économie rurale communique au Centre commun de la sécurité sociale le revenu des exploitations agricoles déterminé conformément aux articles 3 à 5.

Les charges réelles de l'exploitation au sens de l'article 6 font l'objet d'une déclaration annuelle au Centre commun de la sécurité sociale.

Si le chef d'exploitation omet de communiquer les données requises, le Centre commun de la sécurité sociale procède aux estimations nécessaires conformément à l'article 427 du Code de la sécurité sociale.

Art. 8. Conformément à l'article 36, alinéa 3 et à l'article 241, alinéa 12 du Code de la sécurité sociale, il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir, pour l'année précédant l'exercice de cotisation, un résultat avant impôts et avant opérations sur réserves différant de dix pour cent au moins du revenu constaté forfaitairement conformément aux articles 3 à 5.

Le Centre commun de la sécurité sociale peut exiger la présentation de la comptabilité et du résultat dans une forme qu'il prescrit.

Art. 9. Est considérée comme comptabilité régulièrement tenue celle correspondant à la comptabilité définie dans le cadre de la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 10. Le règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension est abrogé.

ANNEXE I

Marges brutes standard visées à l'article 3

a) Productions végétales (montant en euros par hectare)

Blé tendre et épeautre	618 euros
Seigle	462 euros
Orge	439 euros
Avoine	385 euros
Maïs-grain	866 euros
Triticale	487 euros
Autres céréales	342 euros
Légumes secs	164 euros
Pommes de terre de consommation	6.617 euros
Plants de pommes de terre	3.831 euros
Colza et navettes	640 euros
Cultures industrielles	785 euros
Légumes frais et fraises en culture de plein champ	9.603 euros
Légumes frais et fraises en culture maraîchère de plein air	16.548 euros
Légumes frais et fraises sous serre	63.917 euros
Fleurs et plantes ornementales (non compris les pépinières) de plein air	19.499 euros
Fleurs et plantes ornementales (non compris les pépinières) sous serre	115.393 euros

Semences de terres arables et autres cultures annuelles	724 euros
Plantations d'arbres fruitiers et baies	6.693 euros
Vignes cultivées par des exploitants produisant eux-mêmes le vin	21.182 euros
Vignes cultivées par des exploitants ne produisant pas eux-mêmes le vin	11.768 euros
Pépinières	16.790 euros
Champignons (pour cinq récoltes par an; euros par are)	13.981 euros
Jachère	-30 euros
Sapins de Noël et autres cultures permanentes	9.466 euros

b) Productions animales (montant en euros par unité de bétail)

Chevaux de trait y compris poulains en propriété	-23 euros
Chevaux de selle y compris poulains en propriété	-97 euros
Equidés (toutes catégories confondues) en pension	2.292 euros
Bovins de moins de 1 an	86 euros
Bovins mâles de 1 an à moins de 2 ans	275 euros
Bovins femelles de 1 an à moins de 2 ans	102 euros
Bovins mâles de 2 ans et plus	-8 euros
Génisses de 2 ans et plus	11 euros
Vaches laitières	1.292 euros
Vaches allaitantes et vaches de réforme	140 euros
Ovins (femelles reproductrices) servant à la production de viande	62 euros
Ovins (femelles reproductrices) servant à la production de lait	252 euros
Caprins servant à la production de viande	76 euros
Caprins servant à la production de lait	190 euros
Porcelets 8 – 30 kg (par tête)	5 euros
Truies reproductrices de 50 kg et plus (porcelets inclus)	234 euros
Porcs à l'engrais > 30 kg (par tête)	15 euros

Porcs engraissés pour autrui (par tête)	17 euros
Autres porcs (par place)	37 euros
Poulets de chair (par centaine)	195 euros
Poules pondeuses (par centaine)	1.918 euros
Autres volailles (par centaine)	1.419 euros
Lapines mères	103 euros
Lapins à l'engrais	6 euros
Abeilles (par ruche)	133 euros
Daims (femelles reproductrices)	145 euros

ANNEXE II

Coûts de production fixes visés à l'article 4

Orientation technico-économique	**Pourcentage des coûts de production fixes**
Exploitations bovines spécialisées – orientation lait	soixante et un pour cent
Exploitations spécialisées – orientation élevage et viande	cinquante-neuf pour cent
Exploitations bovines – lait, élevage et viande combinés	soixante et un pour cent
Exploitations spécialisées de production animale hors sol (granivores)	soixante-trois pour cent
Exploitations spécialisées à grandes cultures	cinquante-cinq pour cent
Exploitations spécialisées en cultures permanentes	quarante-six pour cent
Exploitations mixtes cultures – élevage	soixante-deux pour cent
Horticulture	cinquante pour cent

STATUTS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTE

PREMIÈRE PARTIE

LES SOINS DE SANTE

TITRE I - GENERALITES

CHAPITRE 1 - Champ d'application personnel

Section 1. - Ayants droit

Art. 1. Les présents statuts s'appliquent aux personnes bénéficiant de l'assurance maladie-maternité instituée par le livre premier du Code de la sécurité sociale. Dans la suite les ayants droit sont dénommés par les termes "personnes protégées".

Les personnes qui bénéficient d'un droit aux prestations en nature sur le territoire luxembourgeois en vertu d'un instrument bi- ou multilatéral peuvent obtenir ces prestations au Grand-Duché dans les mêmes conditions que celles appliquées aux personnes protégées résidentes au Grand-Duché.

Section 2. - Prestataires de soins et fournisseurs

Art. 2. Sans préjudice des dispositions légales, réglementaires et statutaires éventuellement plus restrictives, la personne protégée a le droit de s'adresser pour l'obtention des prestations de soins de santé et fournitures

a) aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale
b) aux fournisseurs disposant d'un agrément du comité directeur de la Caisse nationale de santé
c) aux fournisseurs identifiés spécialement à cet effet par un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé lorsque la fourniture ne peut être délivrée par un des fournisseurs visés ci-devant.

Libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur

Art. 3. Le libre choix des prestataires de soins et des fournisseurs parmi ceux visés à l'article 2 ci-dessus est garanti aux personnes protégées, ce sans préjudice des restrictions prévues aux articles 4, 5 et 6 suivants.

Art. 4. La délivrance de soins ou de fournitures par un prestataire, un fournisseur ou un hôpital déterminé dans le cadre des services de garde, d'urgence ou de remplacement officiels n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins ou fournisseur de leur choix.

Art. 5. Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un hôpital comporte pendant le séjour à l'hôpital acceptation des prestataires employés ou agréés par l'hôpital et n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins par la personne protégée.

Art. 6. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par l'article 32, pris en exécution de l'article 23, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Prestations reçues dans les établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 7. Sauf dérogation expresse, les prestations et fournitures délivrées ou prescrites par des prestataires ou fournisseurs exclus du champ d'application des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les prestations délivrées par des prestataires salariés des établissements du secteur extra-hospitalier à des personnes protégées séjournant dans ces établissements ne sont pas opposables à l'assurance maladie à moins qu'une disposition, légale, réglementaire ou une convention conclue conformément à l'article 61 du Code de la sécurité sociale ne le prévoie expressément.

Il en est de même des prestations et prescriptions médicales réalisées ou ordonnées dans le cadre de la médecine du travail par des médecins pour le compte du personnel d'une entreprise ou d'une institution privée ou publique.

CHAPITRE 2. - **CHAMP D'APPLICATION TEMPOREL**

Art. 8. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. Ce droit est maintenu en outre pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, pendant trois mois supplémentaires.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice de cette disposition, la personne protégée doit faire parvenir au Contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du Contrôle médical datant d'au moins trente jours avant la cessation du droit aux prestations.

CHAPITRE 3. - **DEVOIRS GENERAUX IMPOSES A LA PERSONNE PROTEGEE POUR L'OBTENTION DES PRESTATIONS**

Carte d'assuré

Art. 9. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du Code de la sécurité sociale une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est strictement personnelle et elle reste la propriété de l'institution émettrice. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci à la fin de l'affiliation.

La carte doit être présentée à tout prestataire de soins ou fournisseur pour toute sollicitation de prestations ou de fournitures à charge de l'assurance maladie.

Les prestataires de soins et les fournisseurs sont en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte lorsque celui-ci ne leur est pas personnellement connu.

Sans préjudice d'autres sanctions portées par les présents statuts en cas d'utilisation non conforme de la carte d'assuré, toute personne ne se soumettant pas aux prescriptions prévues par les présents statuts au moment de la délivrance des prestations ou des fournitures est exclue du bénéfice de la prise en charge de ces prestations par la voie du tiers payant.

Les cartes d'assuré signalées par le Centre commun de la sécurité sociale comme périmées peuvent être saisies et retenues par tout prestataire de soins à qui ce service peut être demandé par l'assurance maladie.

En cas d'utilisation abusive de la carte, les détenteurs de la carte sont passibles des sanctions civiles et pénales prévues par les lois, les règlements et les présents statuts. Il en est de même des personnes ayant toléré sciemment une utilisation par autrui de leur carte d'assuré personnelle.

En cas de perte de la carte d'assuré, l'assuré doit s'adresser à sa caisse compétente pour demander une nouvelle carte.

Opposabilité des conventions

Art. 10. Les prestations et fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrées aux personnes protégées dans les limites et suivant les modalités prévues par les conventions conclues sur base des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des prestataires des soins de santé et des fournisseurs.

Les obligations conventionnelles auxquelles sont tenus les prestataires de soins et fournisseurs peuvent leur être opposées individuellement par les personnes protégées dans l'exercice des droits qui sont dévolus à celles-ci dans le cadre des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie.

Pareillement les personnes protégées sont assujetties au respect des devoirs qui leur sont imposés dans le cadre de l'exécution des conventions prévisées, conclues avec les prestataires de soins et fournisseurs.

Traitements des données à caractère personnel

Art. 11. Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les prestations et fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou de demander à l'assurance maladie le remboursement des frais avancés pour les prestations et fournitures par la remise

d'ordonnances, factures et mémoires d'honoraires, implique acceptation par la personne protégée de l'incorporation des données à caractère personnel figurant sur ces documents dans le système informatique exploité par l'assurance maladie et le Contrôle médical dans le cadre de leurs missions légales.

CHAPITRE 4.- **CHAMP D'APPLICATION MATERIEL**

Section 1. - Délimitation des prestations

Art. 12. Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du Code de la sécurité sociale et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic exclus de la prise en charge.

Dans le cadre des présents statuts les termes "assurance maladie" comprennent également l'assurance contre les accidents.

Prestations non prévues par les nomenclatures

Art. 13. Lorsqu'une personne protégée demande pour soi l'application d'un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du Contrôle médical ou un acte qui n'est pas prévu par la nomenclature, elle est en droit de demander au prestataire l'application de la procédure y relative prévue par les conventions conclues entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels des prestataires et fournisseurs.

La personne protégée qui, nonobstant la décision définitive de l'assurance maladie notifiant le refus du Contrôle médical de prendre en charge une prestation ou une fourniture, demande néanmoins sa délivrance, a droit, dans le cadre des obligations conventionnelles applicables, à la communication préalable par le prestataire de soins ou par le fournisseur, du tarif appliqué par celui-ci ou, s'il s'agit de fournitures matérielles, d'un devis définitif ainsi qu'à une information sur d'éventuels frais accessoires s'y rapportant.

Section 2. - Conditions de forme imposées pour l'obtention des prestations

Ordonnances médicales

Art. 14. Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale originale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent

correspondre à celles figurant sur l'ordonnance, ce sans préjudice des particularités prévues à ce sujet par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts et des dispositions particulières applicables à la délivrance de médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale.

Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Des délivrances successives sont opposables pour les fournitures dont la délivrance en une fois est limitée par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts.

Propriété et détention de l'ordonnance

Art. 15. L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée tant que celle-ci ne s'en dessaisit pas pour obtenir la prise en charge des prestations ou fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou pour obtenir le remboursement de la part supportée par l'assurance maladie après que la personne protégée en ait fait l'avance des frais.

Les prestataires ont le droit d'exiger l'ordonnance au début des prestations et de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

La personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance à tout moment contre paiement des prestations ou fournitures effectivement délivrées.

Identification des personnes protégées

Art. 15bis. Les ordonnances médicales, les mémoires d'honoraires et les factures émanant des médecins ou médecins-dentistes, des professions de soins de santé ou des fournisseurs délivrant des prestations ou fournitures à charge de l'assurance maladie ne sont opposables à l'assurance maladie que si les données personnelles d'identification de la personne protégée ainsi que le numéro matricule y figurent.

Prescriptions à titre préventif

Art. 16. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, les médicaments, pansements et autres fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie si, par leur prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance, le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou, s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Est visée notamment la prescription de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousses d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention "PREVENTIF".

Autorisations préalables du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 17. Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du Contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à autorisation préalable du Contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, la personne protégée est en droit d'être informée par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du Contrôle médical, celui-ci en refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant à des actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins ne sont valables que pour un délai de douze mois à compter de la date d'autorisation.

Procédure d'autorisation par le Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 18. Dans tous les cas le Contrôle médical peut être saisi directement des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par la personne protégée, soit par le prestataire.

Sauf les exceptions expressément prévues par les présents statuts en cas d'urgence, les autorisations doivent toujours être sollicitées sur base d'un document écrit ou par une remise au Contrôle médical d'une ordonnance médicale motivée.

Les ordonnances spécifient s'il s'agit de prestations urgentes. Le cas échéant, le médecin-prescripteur indique une date limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces et rapports permettant au Contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande.

Les originaux des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le Contrôle médical au médecin-prescripteur ou à la personne protégée, selon le cas.

Les décisions ou les avis du Contrôle médical sont notifiés à la personne protégée par la caisse compétente.

En cas de refus d'un traitement une copie de la décision est envoyée au médecin-prescripteur.

Art. 19. Les décisions négatives du Contrôle médical au sujet des demandes d'autorisation sont notifiées à qui de droit d'après les modalités prévues au Code de la sécurité sociale.

Lorsque le Contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire mais en faisant connaître ses désirs ou

exigences. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation, mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse de la personne protégée.

CHAPITRE 5.- SYSTEMES DE PRISE EN CHARGE

Remboursement des prestations et fournitures en dehors du tiers payant

Art. 20. Sauf le cas où la loi ou les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale comportent un mode de paiement prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie de l'intégralité ou d'une partie des frais, il appartient à la personne protégée de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse compétente dans le délai prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie des fractionnements des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

Prise en charge directe par le système du tiers payant

Art. 21. Dans les cas où la loi, les règlements, les conventions prévues aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou les présents statuts le prévoient, la part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par la voie du tiers payant.

Dans le cadre de ce système il appartient à la personne protégée de régler au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à sa charge personnelle.

Conditions d'application du système du tiers payant dans le secteur extra-hospitalier

Art. 22. Les prestations de soins de santé et fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le fournisseur délivre une copie de l'ordonnance et établit une facture qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

La prise en charge de médicaments ou des fournitures se fait obligatoirement sur base d'un titre de prise en charge remis

préalablement à la délivrance à la personne protégée par la Caisse nationale de santé dans les cas suivants :

a) lorsque la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical

b) lorsque l'émission d'un titre de prise en charge est une condition prévue dans les listes visées au chapitre 13 des présents statuts.

CHAPITRE 6.- **Prestations de soins de santé transfrontaliers**

Section 1: Prestations de soins de santé transfrontaliers dont la prise en charge n'est pas soumise à une autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Conditions générales pour la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen

Art. 23. (1) La prise en charge des prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, se fait selon les conditions et modalités prévues au niveau des dispositions légales, règlementaires, conventionnelles et statutaires.

(2) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers se fait aux conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg et dans le respect de l'article 12 des présents statuts, sauf avis du Contrôle médical de la sécurité sociale confirmant que les prestations non prévues par la législation luxembourgeoise sont indispensables et déterminant la prise en charge en assimilant les prestations de soins de santé transfrontaliers à des prestations de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'Etat membre de traitement. La prise en charge se fait sur base de factures détaillées permettant d'identifier les prestations reçues et de déterminer une analogie par rapport aux prestations prévues au Luxembourg.

(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers délivrées en milieu hospitalier ambulatoire se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux paragraphes 1 et 2 du présent article, sous réserve de ce qui suit:

La prise en charge des frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers ambulatoires se fait sur base et jusqu'à concurrence des montants forfaitaires correspondant aux coûts moyens déterminés pour les unités d'oeuvre des entités fonctionnelles qui sont définies conformément à la convention liant la Caisse nationale de santé à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 3 des présents statuts. Les forfaits et leurs modalités de calcul et de cumul sont prévus à l'annexe K des présents statuts.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

Sous-section 2: Prestations de soins de santé médicalement nécessaires au cours d'un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace Economique Européen

Art. 24. (1) La prise en charge de prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, compte tenu de la nature des prestations et de la durée du séjour, a lieu suivant le règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et le règlement d'application (CE) n° 987/2009.

(2) Dans l'hypothèse visée à l'article 25 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, si la personne protégée a supporté les coûts des prestations de soins de santé servies à l'étranger et en demande le remboursement à la caisse luxembourgeoise compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale, celle-ci s'informe auprès de l'institution compétente dans l'Etat membre de séjour des indications nécessaires sur les taux et tarifs de remboursement applicables dans l'Etat membre de séjour.

Si la législation de l'Etat membre de séjour ne prévoit pas de remboursement, la caisse luxembourgeoise procède au remboursement des prestations selon les conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg déterminés conformément à l'article 23 et, en ce qui concerne le coût moyen d'hospitalisation, à l'article 25 des présents statuts.

(3) À défaut d'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009 et à défaut de renseignements complémentaires de la personne protégée justifiant de leur application, la demande de remboursement est examinée conformément à l'article 20 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même si, au moment de la demande de remboursement, la personne protégée exprime sa volonté d'écarter l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009. Pour l'appréciation de la présente disposition, la Caisse nationale de santé peut demander un avis au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sous-section 3: Prestations de soins de santé urgents dispensées dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, la Suisse, ou un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie

Art. 25. Les prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, sont prises en charge selon les modalités prévues ci-dessous et à l'article 23 des présents statuts, à condition que le Contrôle médical de la sécurité sociale, sur base d'un avis motivé, reconnaisse que les prestations ont été reçues d'urgence en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger.

Les frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier stationnaire sont pris en charge sur base des prestations facturées, déduction faite des prestations complémentaires résultant d'une convention

spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires, jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé en fonction du type de séjour, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 2 des présents statuts. Le coût moyen d'hospitalisation en fonction du type de séjour est repris à l'annexe K des présents statuts. Il est pris en charge une fois par nuitée passée dans un hôpital. Aux fins de la présente disposition est considérée comme prestation de soins de santé du secteur hospitalier stationnaire, une prestation pour laquelle il y a eu occupation effective d'un lit avec présence à l'hôpital du patient à minuit.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, le Contrôle médical de la sécurité sociale reconnaissant l'urgence de la prestation reçue en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, en détermine la prise en charge en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

Section 2: Prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Situations visées

Art. 26. (1) Est soumise à l'obtention d'une autorisation délivrée par la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge

1) de prestations de soins de santé dispensées dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen selon le règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et le règlement d'application (CE) n° 987/2009;
2) de prestations de soins de santé dispensées dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, visées à l'article 20, paragraphe 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;
3) de prestations de soins de santé dispensées en dehors d'une situation d'urgence dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, visées à l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

(2) Est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge des frais de transport en vue de l'obtention des seules prestations de soins de santé transfrontaliers autorisées par la Caisse nationale de santé. La prise en charge se fait suivant les conditions et les modalités prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1ère partie des présents statuts.

Sous-section 2: Demande d'autorisation préalable

Art. 27. (1) La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues à l'article 26 des présents statuts est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aux fins de l'obtention de cette autorisation, la personne protégée présente à la Caisse nationale de santé une demande d'autorisation préalable émanant d'un médecin dans les formes définies au paragraphe 2.

(2) La demande d'autorisation présentée sur le formulaire type repris à l'annexe L des présents statuts contient au moins les renseignements suivants:

- les données d'identification de la personne protégée (noms, adresse, numéro d'identification unique);
- les données d'identification du médecin prescripteur;
- la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger;
- le diagnostic précis moyennant codification CIM10 à 4 caractères;
- la date de début de traitement avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement;
- l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de l'assurée;
- la nature du traitement;
- la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement;
- le cas échéant, l'information que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande;
- l'indication et la motivation du moyen de transport. Les dispositions du chapitre 11 sont applicables.

(3) A la suite d'une autorisation de traitement à l'étranger, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut dispenser d'une demande formelle présentée dans les formes ci-devant si le transfert a pour objet une consultation du prestataire étranger, nécessaire en vue du suivi médical du traitement.

Sous-section 3: Procédure d'autorisation préalable

Art. 28. (1) La personne protégée adresse la demande d'autorisation de traitement à l'étranger dûment remplie conformément à l'article 27 des présents statuts à la Caisse nationale de santé. Dès réception de la demande, la Caisse nationale de santé procède à la vérification des conditions de forme.

(2) Sauf demande contraire de la personne protégée, la Caisse nationale de santé apprécie la demande au regard de l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, pour autant qu'elle concerne un traitement dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen.

(3) En cas de demande expresse de la personne protégée de bénéficier de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé joint à sa décision une lettre

d'information rappelant à la personne protégée son droit de solliciter une autorisation de traitement dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(4) Après vérification de la demande quant à sa conformité aux conditions de forme prévues par les présents statuts, la Caisse nationale de santé transmet la demande au Contrôle médical de la sécurité sociale aux fins de l'appréciation du volet médical.

(5) Le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis motivé négatif si les prestations sollicitées ne sont pas conformes aux articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

(6) La Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder l'autorisation de traitement à l'étranger

1) si les prestations demandées font partie des prestations prises en charge en vertu de l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale et si selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale elles ne peuvent être dispensées au Luxembourg à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, sur base d'une évaluation médicale objective, documentée sur la demande d'autorisation, de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur ou de la nature de son handicap au moment de cette demande.
2) si les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, mais qu'elles sont indispensables selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(7) Si les conditions pour l'autorisation de traitement à l'étranger sont remplies dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, et sauf demande contraire de la personne protégée sollicitant la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé procède à l'émission d'un formulaire S2. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre du traitement à l'étranger en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(8) Si les conditions en vue de l'autorisation préalable ne sont pas remplies au regard du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, mais que les conditions sont remplies pour l'octroi d'une autorisation de traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une autorisation dans le cadre de l'article 20 du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale.

(9) Si la demande d'autorisation de traitement à l'étranger porte sur des prestations de soins de santé transfrontaliers à délivrer dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen ou qu'un pays lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, et en cas d'accomplissement des conditions de forme prévues par les présents statuts, la Caisse nationale de santé procède sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, à l'émission d'une autorisation en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en

charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

(10) Si les conditions prévues pour l'obtention d'une autorisation de traitement à l'étranger ne sont remplies en vertu ni du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, ni de l'article 20, ni de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une décision de refus de prise en charge.

(11) La Caisse nationale de santé transmet la décision à la personne protégée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard trois semaines après la date de réception de la demande complète. Si la Caisse nationale de santé n'est pas en mesure de répondre à la demande dans ce délai, elle en informe la personne protégée et lui fait part des circonstances suspendant le délai de traitement de la demande.

(12) Le cas échéant un titre de prise en charge pour le moyen de transport autorisé est émis.

Sous-section 4: Modalités de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable

1. Dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004

Art. 29. (1) Les prestations de soins de santé transfrontaliers dont la délivrance à l'étranger est dûment autorisée par la Caisse nationale de santé au moyen d'un formulaire S2, sont prises en charge en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 conformément à la législation de l'Etat membre de séjour comme si la personne protégée y était assurée.

(2) Au cas où du fait d'un niveau de prise en charge moins élevé dans l'Etat membre de séjour que dans l'Etat membre d'affiliation, l'application de la législation de l'Etat membre de séjour dans le cadre d'un traitement autorisé en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 laisse subsister un découvert dans ses dépenses, la personne protégée a droit, sur demande, au paiement d'un complément différentiel, selon l'article 26, paragraphe 7 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, par la caisse de maladie compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale.

Pour les traitements autorisés en milieu hospitalier stationnaire, le complément différentiel s'applique jusqu'à concurrence des participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation de l'Etat membre de séjour, déduction faite du montant prévu à l'article 142, alinéa 2, pour autant que ce montant est inférieur à la participation ou la franchise. Pour les traitements autorisés en milieu extrahospitalier ou en milieu hospitalier ambulatoire, le complément différentiel s'applique aux participations éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant des participations qui resteraient à charge de la personne protégée après application des dispositions prévues par les nomenclatures et les présents statuts, pour autant que ce montant est inférieur aux participations dues dans l'Etat membre de séjour. Ne sont pas prises en considération pour l'appréciation d'un droit à un complément différentiel, les prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

(3) Si en vertu de la législation étrangère applicable, l'ampleur des prestations dues aux assurés sociaux de l'étranger varie en fonction de critères sociaux, économiques ou géographiques, ou si leur obtention est soumise à des règles d'exception, la personne protégée bénéficiant d'un transfert autorisé a droit à la prise en charge la plus favorable prévue par cette législation. Le cas échéant, les prestations afférentes peuvent être prises en charge par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant.

2. Dans le cadre de l'article 20 ou de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale

Art. 29bis. La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu de l'article 20 ou de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale se fait conformément aux dispositions de l'article 23 des présents statuts en ce qui concerne les prestations du secteur extrahospitalier et celles du secteur hospitalier ambulatoire et conformément aux dispositions de l'article 25 des présents statuts pour les frais liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et qui ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

3. Frais de séjour

Art. 29ter. Les frais de séjour d'une personne protégée qui suit à l'étranger un traitement ambulatoire autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour y subir un traitement en milieu hospitalier aigu ou une consultation autorisés sont à charge de l'assurance maladie selon les tarifs prévus à l'alinéa précédent sur base d'une demande expresse appuyée d'une justification établie par le médecin traitant étranger. Une justification spéciale n'est pas requise lorsque le patient est un mineur d'âge.

4. Cures à l'étranger

Art. 30. Les cures à l'étranger sont prises en charge par l'assurance maladie, à condition d'avoir été autorisées préalablement par la Caisse nationale de santé sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 28 des présents statuts.

La prise en charge des cures dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux articles 78 à 80 des présents statuts. Les frais de séjour non compris dans le tarif sont pris en charge dans les limites prévues à l'article 79. Toutefois, et par dérogation à l'article 79, alinéa 2, les frais de location d'un appartement sont remboursés jusqu'à concurrence des forfaits visés à l'article 79 sur présentation du contrat de location dûment signé et daté et de la quittance établie au nom

du curiste s'y rapportant. En cas de cure autorisée à l'étranger d'un mineur d'âge, les frais de séjour d'une personne accompagnante sont à charge de l'assurance maladie sur demande expresse et jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 79 des statuts.

La prise en charge des cures de convalescence dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues à l'article 76 des présents statuts.

Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

CHAPITRE 7.- **CONSOMMATION ABUSIVE DE PRESTATIONS DE SOINS**

Art. 31. Est considéré comme abus de consommation de prestations à charge de l'assurance maladie, le fait par la personne protégée

a) de se faire délivrer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical, des prestations de soins de santé ou des fournitures sur prescription d'un médecin que, en inobservation des prescriptions de l'article 37, elle a sciemment laissé dans l'ignorance des moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en œuvre par d'autres médecins pour les mêmes troubles de la santé au cours des trois mois précédents;

b) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de deux médecins différents de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois consécutifs;

c) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de trois médecins différents de quelque discipline que ce soit dans un intervalle de trois mois. Les services des médecins-dentistes, des radiologues, des ophtalmologues et des médecins en anesthésie-réanimation ne sont pas pris en compte aux fins de la détermination du nombre de médecins sollicités;

d) de provoquer la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, de psychomotricité ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement dûment prescrit et autorisé;

e) de se procurer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical des médicaments qui sont prescrits par au moins deux médecins différents à des doses qui seules ou en association dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques ou qui sont pris dans des troubles non-repris dans les indications pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été accordée.

Sanctions de la consommation abusive de soins et de fournitures de santé à charge de l'assurance maladie

Art. 32. Les décisions portant constatation par le Contrôle médical des abus visés à l'article précédent sont notifiées à la personne protégée dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le Code de la sécurité sociale. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement

application immédiate des sanctions prévues aux présents statuts par les instances compétentes.

Les sanctions sont pareillement appliquées en cas de jugement coulé en force de chose jugée confirmant les abus constatés.

Les sanctions sont les suivantes:

a) Pour la première constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent il est prononcé un avertissement

b) Pour la deuxième constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent

- la prise en charge des prestations et fournitures de même nature dont la délivrance injustifiée est obtenue par les faits visés à l'article 31, sous a) et e) est refusée;
- la prise en charge des honoraires des médecins sollicités en dernier lieu et par dépassement de la norme prévue par l'article 31, sous b) et c), ainsi que des prestations et fournitures prescrites par ces médecins est refusée;
- dans le cas visé à l'article 31, sous d), la prise en charge des prestations prévues par l'ordonnance médicale se rapportant au traitement interrompu est refusée;

  La Caisse nationale de santé procède à la récupération des sommes correspondantes aux prestations et fournitures abusivement obtenues au cours d'une période maximale de vingt-quatre mois précédant la décision afférente du comité directeur, sans que le point de départ de cette période ne puisse se situer antérieurement à la date de la première constatation de l'abus par le comité directeur.

c) Dans le cas de récidive dans le délai de vingt-quatre mois à compter de la dernière décision coulée en force de chose jugée sanctionnant un des abus prévus sous a), b), c) et e) de l'article 31, la personne protégée est domiciliée temporairement auprès d'un médecin omnipraticien de son choix. Les services de médecins-spécialistes qu'elle sollicite durant cette période à charge de l'assurance maladie sont obtenus par un transfert du médecin généraliste.

Sauf le cas d'urgence les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en contravention aux dispositions visées sous c) ci-dessus ne donnent pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Dans les mêmes conditions et dans les cas visés à l'article 31, sous a) et e), la personne protégée peut également être domiciliée temporairement auprès d'un pharmacien de son choix.

La durée de la domiciliation est fixée par l'instance compétente en rapport avec l'importance des abus constatés. Elle ne peut excéder une période de deux ans. Elle peut toutefois être renouvelée pour la même durée maximale pour chaque récidive.

Art. 33. Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est refusée à titre de sanction font l'objet d'une communication à la personne protégée et aux médecins et prestataires intéressés.

Si à la découverte des faits ou si, au moment où la décision constatant l'abus est coulée en force de chose jugée, la prise en charge des prestations par l'assurance maladie est consommée, il naît en faveur de la Caisse nationale de santé à l'égard de la personne protégée et de sa succession une créance au sens de l'article 441 du Code de la sécurité sociale jusqu'à concurrence des montants faisant l'objet des sanctions prévues à l'article 32.

Si la personne protégée ou sa succession ne s'acquittent pas des montants dans les trente jours de leur réclamation, la Caisse nationale de santé est en droit de procéder par compensation

conformément à l'article 441 du Code de la sécurité sociale[1)] ce, sans préjudice de son droit de recourir aux voies de recouvrement forcé prévues par le droit commun.

TITRE II. REGLES PARTICULIERES POUR L'OBTENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES DIFFERENTES CATEGORIES DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE ET DE FOURNITURES

CHAPITRE 1.- **SOINS MEDICAUX**

Exclusions

Art. 34. Sans préjudice d'autres exclusions de prise en charge prévues par les lois, règlements, conventions et les présents statuts, les soins médicaux dispensés par des médecins dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par la convention visée à l'article 61, sous 1) du Code de la sécurité sociale, ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Taux de prise en charge

Art. 35. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes médicaux sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%), sous réserve des exceptions prévues ci-après.

Pour les visites médicales en milieu extrahospitalier délivrées sur une personne protégée âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte, il est déduit du taux de prise en charge visé a l'alinéa qui précède une participation de l'assuré s'élevant à vingt pour cent (20%) du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien.

Pour les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services des médecins qui ne sont pas visés à l'alinéa précédent, il est déduit du taux de prise en charge visé à l'alinéa 1er une participation de douze pour cent (12%), pour autant que ces actes et services soient réalisés en dehors d'un traitement hospitalier stationnaire ou en dehors d'un traitement hospitalier ambulatoire en place de surveillance et que la personne protégée soit âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte.

La participation prévue à l'alinéa précédent n'est pas applicable:

1. aux traitements par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse;
2. aux examens à visée préventive et de dépistage (chapitre 6 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux);
3. aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive (positions 8V53, 8V57, 8V58, 1G91 à 1G96);
4. aux forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour prévus au chapitre 8 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux;

   (point abrogé)
5. ainsi qu'aux consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (chapitre 10 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux).

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge dans les cas limitativement prévus dans la nomenclature des actes et services

des médecins au taux de cent pour cent (100%) sur base d'un tarif établi conformément aux conditions et modalités y prévues. En cas de visite au domicile de la personne protégée, la prise en charge se fait seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite (au lieu de prestation). La présente disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin dans le cadre du service de nuit en médecine générale, ainsi que ceux du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel sont pris en charge intégralement.

Du médecin référent

Art. 35bis. L'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) le forfait pour la coordination des soins et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée prévu au chapitre 9 de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux dans les conditions suivantes:

1. la personne protégée est atteinte d'une affection de longue durée énumérée à l'article 20 de la nomenclature des actes et services des médecins;
2. la personne protégée a désigné un médecin référent au sens de l'article 19bis du Code de la sécurité sociale et en vertu de l'annexe V de la convention conclue entre la CNS et l'Association des médecins et médecins dentistes;
3. la personne protégée dispose d'un DSP dûment activé.

Limitation des prestations

Art. 36. Sauf autorisation préalable ou justification admise par la caisse sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prises en charge

- plus d'une consultation ou visite du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par vingt-quatre heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence,
- plus de deux consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par période de sept jours,
- plus de douze consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par semestre, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Les renouvellements d'ordonnance et les injections et pansements en série ne sont pas pris en considération pour l'application des dispositions qui précèdent.

Il n'est pris en charge plus d'une consultation majorée de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois, exception faite pour celles données par les médecins spécialistes en neurologie ou en neuropsychiatrie. En cas de délivrance dans cet intervalle d'un nombre supérieur de consultations majorées, celles-ci sont prises en charge au tarif de la consultation normale.

Ne sont pris en charge que trois échographies obstétricales par cas de grossesse, sauf en cas d'hospitalisation stationnaire continue pendant une durée d'au moins trois jours pour

pathologie foetale ou maternelle ayant des répercussions sur l'état de santé du foetus.

L'assurance maladie prend en charge la mesure de la densité osseuse effectuée selon le procédé DXA uniquement dans les pathologies limitativement énumérées à l'annexe C des statuts. L'examen sera pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 10 ans, le délai entre deux mesures devant être au moins de deux ans. Dans des cas exceptionnels et sur présentation d'un dossier détaillé, la prise en charge d'examens supplémentaires pourra être accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale. Pour être opposable à l'assurance maladie le mémoire d'honoraires en question doit être accompagné de l'ordonnance médicale indiquant le code de la pathologie en cause.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les actes d'anesthésie effectués par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en relation avec les actes techniques visés au chapitre 9, sous-section 2 du règlement de nomenclature des médecins ainsi que ceux visés aux chapitres 1er, 2 et 3 de la deuxième partie du règlement de nomenclature des médecins-dentistes, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du Contrôle médical dans l'une des conditions prévues à l'alinéa 6 de l'article 142 des présents statuts.

Conditions et modalités particulières

Art. 37. La personne protégée est tenue d'indiquer au médecin qu'elle consulte si les troubles de la santé dont elle se plaint ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, telles analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. Elle doit indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés.

Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 161.

Convenance personnelle et dépassements de tarifs

Art. 38. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées ainsi que des dépassements de tarifs des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

CHAPITRE 2.- **SOINS DE MEDECINE DENTAIRE**

Taux de prise en charge

Art. 39. Au-delà d'un montant annuel de soixante euros (60 €) intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs

conventionnels fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale applicables au moment de leur délivrance.

La participation prévue à l'alinéa 1 n'est pas applicable

1. à l'examen dentaire prévu à la 1ère section du chapitre 6 de la première partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes;

2. aux actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes dispensés aux enfants et jeunes de moins de 18 ans accomplis dans le cadre du programme de médecine préventive institué en matière de traitement dentaire des enfants et des jeunes.

Par dérogation à l'alinéa premier, les frais pour prothèses dentaires inscrites à la nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent (80%) des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent (100%) de ces tarifs.

Par dérogation à l'alinéa précédent les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de cent pour cent (100%) des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale applicables au moment de leur délivrance pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse.

La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

L'alinéa 5 de l'article 35 est applicable.

Limitation des prestations

Art. 40. (1) L'assurance maladie ne prend en charge les anesthésies locales ou régionales prévues sous les codes DS20, DS21 à l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ou sous le suffixe «L» visé à l'article 12 de la partie générale de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes que dans les cas de figure et selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous:

1) En cas d'obturations (positions DS14, DS15, DS16 et DS19 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes), d'extractions, de pulpectomies (DS10, DS11 et DS12) ou de traitements médicodentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins au niveau du maxillaire inférieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie régionale par séance et par hémi maxillaire.
2) Au niveau du maxillaire supérieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie locale par séance et
   a) par dent à extraire
   b) par dent à dévitaliser (DS10, DS11 et DS12)
   c) par dent à obturer (DS14, DS15, DS16 et DS19) ainsi que
   d) par hémi maxillaire pour les traitements médico-dentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et effectués sous anesthésie locale.

(2) Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par le Contrôle médical et si le coefficient masticatoire est inférieur à cinquante pour cent.

(3) Les rebasages total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par période de 365 jours à partir du deuxième rebasage.

(4) Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par six mois.

Autorisations préalables du Contrôle médical

Art. 41. Dans les cas prévus par la nomenclature des actes des médecins-dentistes et la convention conclue avec le corps médico-dentaire, la prise en charge des prestations est soumise à la présentation d'un devis préalable.

Délais de renouvellement des prothèses

Art. 42. Les prothèses conjointes ne sont renouvelées que par périodes de douze ans.

Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les cinq ans.

Par dérogation aux alinéas 1 et 2 du présent article, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas de figure limitativement énumérés ci-dessous:

- Fracture osseuse maxillo-faciale
- Néoplasie intéressant la région maxillo-buccale
- Traitement aux biphosphonates à très haute dose
- Traitement prothétique dentaire avant l'âge de 17 ans accomplis.

Les traitements d'orthodontie

Art. 43. Aucune position du chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins dentistes ne peut être prise en charge plus d'une seule fois. Par dérogation la position DT10 pourra être prise en charge au maximum 3 fois sur une période de 5 ans, le délai entre deux DT10 devant être au moins de 365 jours.

A l'exception des positions DT10 et DT11, les actes du chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins dentistes ne sont pris en charge que sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical.

Le remboursement des frais du traitement d'orthodontie ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés et sans préjudice des dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant au chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ne sont valables que si le traitement autorisé est commencé dans un délai de douze mois à compter de la date de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le délai prévu au présent alinéa et la condition d'âge prévue au chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes sont appréciés à la date de placement de l'appareil. Le délai prévu au présent alinéa ne s'applique pas aux autorisations se rapportant aux positions DT36 et DT46.

Convenance personnelle et dépassement de tarifs

Art. 44. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées, des dépassements de tarifs des

médecins et médecins-dentistes pour l'hospitalisation en première classe, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires, visés à l'article 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

CHAPITRE 3.- **TRAITEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTRES QUE MEDECINS**

Exclusions et limitations

Art. 45. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les soins dispensés par les prestataires visés par les conventions prévues à l'article 61, sous 3) du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par ces conventions.

La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses cliniques au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement.

Un tableau des distances peut établir le tarif de prise en charge des trajets aller-retour pour chaque localité.

Indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires du prestataire

Art. 46. Des indemnités pour des contraintes extraordinaires ou pour perte d'honoraires peuvent être mises en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Art. 47. Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité.

Section 1. - Soins infirmiers

Taux de prise en charge

Art. 48. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des infirmiers sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance.Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) pour les actes infirmiers prestés

- à des personnes protégées n'ayant pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis au moment de l'établissement de l'ordonnance,
- à des personnes disposant d'un plan de prise en charge au sens de l'article 350 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 ou d'une allocation spéciale

pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979.

Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge à condition que la nécessité de dispenser les soins infirmiers au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 49. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des infirmiers ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Art. 50. Par dérogation à l'article 14, alinéa 1 des présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie des actes N801 à N804 de la nomenclature des actes et services des infirmiers n'est pas soumise à la production d'une ordonnance médicale.

Art. 51. Le prélèvement de sang veineux pour analyse prévue dans la nomenclature des actes et services des infirmiers sous le code N106 n'est pris en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Art. 52. (abrogé)

Art. 53. (abrogé)

Section 2. - Soins de kinésithérapie

Taux de prise en charge

Art. 54. (abrogé)

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) dans les situations limitativement énumérées ci-dessous:

- lorsque la personne protégée présente une des pathologies lourdes prévues à l'annexe G sous I des présents statuts,
- lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de délivrance de l'acte,
- pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur et ce jusqu'à concurrence de trente-deux (32) séances de traitement, à condition:
  1) que ces actes soient prescrits par le médecin spécialiste qui a effectué l'intervention,
  2) que la prescription soit établie dans le délai de quatre (4) mois à compter de la date de l'intervention,
  3) que ces actes soient délivrés dans le délai de quatre (4) mois à partir de la date de validation de l'ordonnance médicale,
- pour les bilans prévus dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

Le forfait de déplacement du masseur-kinésithérapeute est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins de kinésithérapie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de kinésithérapie délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 56. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente et un (31) jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le masseur-kinésithérapeute conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des masseurs-kinésithérapeutes. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 57. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des masseurs-kinésithérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé au plus tard dans les trente (30) jours de l'établissement du titre de prise en charge.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- la localisation anatomique de la pathologie d'après la codification figurant à l'annexe G sous III des présents statuts,
- le nombre précis de séances,
- pour la rééducation respiratoire: la fréquence d'application par semaine,
- le type du traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante,
- le cas échéant, la demande d'établissement d'un bilan,
- le cas échéant, le code de la pathologie lourde figurant à l'annexe G sous I des présents statuts,
- la date de l'intervention en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de trois (3) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Par dérogation, ce délai est:

- de douze (12) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale en cas de pathologie lourde prévue à l'annexe G sous I des présents statuts;

- de quatre (4) mois à partir de la date de la validation de l'ordonnance dans les cas prévus à l'article 55, alinéa 2, tiret 3 des présents statuts.

Art. 58. En cas de pathologie courante les actes de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance sauf pour les positions ZK16 et ZK17 où le nombre maximum de séances par ordonnance est de 24. Par dérogation, le nombre maximal par ordonnance est de 64 séances en cas de pathologie lourde et de 32 séances en cas de rééducation post-chirurgicale.

Section 3. - Soins d'orthophonie

Taux de prise en charge

Art. 59. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des orthophonistes sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%).

Par dérogation à l'alinéa précédent,

- le taux de prise en charge est de 100%, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance,
- le taux de prise en charge est de quatre-vingts pour cent (80%) pour les actes de la nomenclature des actes et services des orthophonistes correspondant aux codes suivants: Q28, Q32, Q36 et Q37.

Les frais de déplacement de l'orthophoniste sont pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins d'orthophonie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 60. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés par les orthophonistes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les actes prescrits dépassent l'utile et le nécessaire.

Art. 61. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations d'orthophonie ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des orthophonistes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le diagnostic médical,
- le début de l'affection,
- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- le nombre précis de séances.

Art. 62. (abrogé)

Art. 63. (abrogé)

Section 4. - Soins de sage-femme

Taux de prise en charge

Art. 64. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des sages-femmes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%).

Art. 65. (abrogé)

Limitation des prestations

Art. 66. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de sages-femmes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de l'émission de l'ordonnance.

Art. 66bis. Sur prescription des sages-femmes, les médicaments énumérés limitativement au règlement grand-ducal réglementant la profession de sage-femme sont pris en charge par l'assurance maladie sous réserve de l'accomplissement des conditions et d'après les modalités prévues pour les prescriptions médicales dans les chapitres 4 du titre I et 8 du titre II de la première partie des présents statuts.

Section 5. - Soins de psychomotricité

Taux de prise en charge

Art. 67. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychomotriciens, dûment autorisés préalablement par le Contrôle médical, ainsi que les bilans, sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de 100%, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de quatre-vingt pour cent (80%) pour les actes concernant la relaxation.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Limitation des prestations

Art. 68. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de psychomotricité ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y

prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

En cas de délais d'attente dépassant la durée de six mois, certifiés par le prestataire, la disposition qui précède ne s'applique pas.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 69. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins de psychomotricité doit être autorisée par le Contrôle médical.

Les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

Frais de déplacement

Art. 70. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Section 6. - Soins palliatifs

Art. 71. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services et dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, point 12) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, lorsque la personne protégée dispose du droit aux soins palliatifs conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

CHAPITRE 4.- **ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES EFFECTUES EN DEHORS DU MILIEU HOSPITALIER.**

Exclusions

Art. 72. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les prestations de laboratoire ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires non autorisés par les différentes nomenclatures, ou non couverts par les conventions visées à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.

Les analyses de laboratoire effectuées à des fins de recherche ne sont pas prises en charge.

La prise de sang à domicile prévue dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales sous le code BY004 n'est prise en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Taux de prise en charge

Art. 73. Sous réserve de l'accomplissement des dispositions prévues dans le présent chapitre, les actes de laboratoire inscrits dans la nomenclature des actes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance.

Forfait de déplacement

Art. 74. Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale pour effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 75. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de laboratoire ou de biologie clinique ne sont opposables à l'assurance maladie que dans un délai de deux mois à dater de l'émission de l'ordonnance médicale. Toutefois en cas de fractionnement de la délivrance des prestations, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la date d'émission de l'ordonnance.

Prise en charge des analyses génétiques

Art. 75bis. La prise en charge par l'assurance maladie des analyses génétiques figurant dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses de biologie médicale et réalisées au moyen des procédés analytiques prévus à l'annexe E des présents statuts se fait selon les conditions et les modalités prévues aux alinéas suivants.

La prise en charge ne se fait que dans le cadre d'une maladie génétique présentant les critères suivants:

- la prévalence de la maladie génétique est égale ou inférieure à 1/2000. Dans des cas exceptionnels, la prise en charge par l'assurance maladie des analyses génétiques peut être accordée pour des maladies dont la prévalence est supérieure à 1/2000, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour autant que les autres critères de prise en charge prévus par les statuts soient remplis.
- il s'agit d'une maladie monogénique référencée dans le catalogue ORPHA;
- la maladie génétique porte clairement préjudice à la santé ou la confirmation du diagnostic de suspicion permet d'éviter des investigations inutiles;
- le tableau clinique est clairement évocateur d'une maladie génétique identifiable par les procédés analytiques prévus à l'annexe E des présents statuts;
- l'analyse de génétique moléculaire est diagnostique et non présymptomatique ou prédictive. La recherche de polymorphismes dans le cadre d'une étude de prédisposition n'est pas à charge de l'assurance maladie;
- la sensibilité diagnostique (taux d'identification des mutations) pour la mise en évidence spécifique de la maladie génétique rare se situe dans un intervalle acceptable.

La liste limitative prévue à l'annexe E des présents statuts comprend les procédés analytiques en fonction des pathologies répondant aux critères prévus à l'alinéa précédent.

Chez des personnes protégées en bonne santé, les analyses génétiques visant à détecter un risque génétique pour les descendants ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

En cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire chez une personne protégée en bonne santé, la prise en charge chez les parents au premier degré du patient index est limitée aux seules analyses visant la recherche de la mutation spécifique déjà détectée chez le patient index, ceci dans le cadre des pathologies suivantes:

- un syndrome héréditaire de cancer du sein ou de l'ovaire;
- une polypose colique ou une forme atténuée de polypose colique;
- un syndrome héréditaire de cancer colorectal sans polypose (syndrome HNPCC encore dit syndrome de Lynch, hereditary non polypotic colon cancer);
- un rétinoblastome.

La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à une seule étude génétique, pour une même pathologie monogénique. Par dérogation, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, dans des cas exceptionnels, accorder la prise en charge d'un nombre supplémentaire d'analyses génétiques, si le dossier de conseil génétique fait état d'éléments justificatifs pertinents qui tiennent de l'état de santé de la personne protégée ou de l'évolution de la médecine.

Dans le cadre de la pharmacogénétique à visée d'indication voire d'adaptation thérapeutique chez une personne malade, la prise en charge par l'assurance maladie s'étend aux analyses génétiques prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

La prise en charge des analyses visées au présent article est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. L'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur la production d'une ordonnance médicale motivée reposant obligatoirement sur un conseil génétique spécialisé réalisé par un médecin spécialiste en médecine génétique et accompagnée d'un dossier médical comprenant au moins:

- la nature exacte du test génétique;
- l'indication de la maladie selon sa référence dans le catalogue ORPHA;
- le dossier médical génétique détaillé avec arbre généalogique obligatoire localisant le cas index;
- la certification d'une information préalable appropriée de la personne protégée sur la finalité et les limites des analyses, les spécificités de la maladie;
- le consentement écrit de la personne subissant le test génétique.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge énoncées ci-dessus ne sont pas remplies.

CHAPITRE 5.- **CURES DE CONVALESCENCE ET CURES THERAPEUTIQUES**

Section 1. - Cures de convalescence

Art. 76. Les cures de convalescence délivrées aux personnes protégées après une grande intervention chirurgicale, une

hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave par le Centre national de convalescence sont prises en charge par l'assurance maladie sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale à la suite d'une demande circonstanciée préalable du médecin traitant.

Les forfaits pour les cures de convalescence prévus dans la nomenclature afférente sont pris en charge jusqu'à concurrence du tarif prévu dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Croix-Rouge luxembourgeoise pour les prestations délivrées par le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach.

Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour du curiste est fixé forfaitairement à six euros cinquante cents (6,50 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Les montants visés aux alinéas précédents sont dus par journée effectivement passée au Centre national de convalescence. La prise en charge des frais pour une cure de convalescence ne peut dépasser vingt et un jours par cas.

Section 2. - Cures thermales et thérapeutiques

Conditions et modalités particulières

Art. 77. Les cures thermales et thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale et délivrées dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains conventionné sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge par l'assurance maladie lorsque la personne protégée présente une ou plusieurs affections caractérisées pour lesquelles ces cures sont médicalement indiquées et selon les conditions et modalités prévues ci-après.

La cure thermale pour stase lympho-veineuse T180 prévue à la section 5 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains n'est prise en charge que dans les indications suivantes:

- insuffisance veineuse compliquée;
- lymphoedème.

Les cures thermales pour obésité pathologique T190 (cure stationnaire) et T192 (cure ambulatoire) prévues à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ne pourront être prises en charge que lorsque la personne protégée présente soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur à 35, soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur ou égal à 30 en association avec au moins l'un des critères suivants:

- diabète sucré avec HbA1c > 7%
- hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs
- syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil

- type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)
- antécédents cardiologiques (coronaropathie/ cardiomyopathie documentée).

En cas de suivi d'une cure d'obésité stationnaire, le déjeuner et le dîner doivent obligatoirement être pris au Centre thermal.

Formalités administratives

Art. 77bis. (1) Les cures thermales et thérapeutiques visées à l'alinéa 1 de l'article 77 des présents statuts sont à charge de l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au Centre thermal et visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux modules de renforcement prévus à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

La cure prévue à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains est prise en charge par l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une prescription par le médecin traitant.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux séances d'entretien prévues à la section 8 du règlement grand-ducal susvisé.

(2) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

(3) Pour les actes prévus au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise.

Taux de prise en charge des prestations

Art. 78. Les prestations prévues au règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de quatre-vingts pour cent (80%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, les prestations T260 et T261 prévues au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Les prestations de kinésithérapie mises en compte par le Centre thermal et de santé d'après la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes et masseurs sont prises en charge d'après les conditions prévues aux articles 55 à 58 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 79. Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixé forfaitairement à six

euros cinquante cents (6,50 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. La part forfaitaire à charge de l'assurance maladie est due par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle à l'effet d'héberger des personnes, situé sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains, sans que toutefois le montant remboursé ne puisse dépasser les frais effectivement exposés.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les logements comportant des prestations hôtelières, offerts au séjour des curistes par des établissements ne disposant pas de l'autorisation prévisée doivent être agréés par la Caisse nationale de santé.

Aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance maladie pour un logement sous tente, en roulotte ou en chambre garnie auprès de particuliers.

Les personnes protégées ayant leur résidence officielle dans la commune de Mondorf-les-Bains ont droit, sur documentation de factures acquittées se rapportant aux dates où elles ont suivi le programme de cure, à un montant forfaitaire à charge de l'assurance maladie de un euro et quatre-vingt-dix cents (1,90 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

La part à charge de l'assurance maladie est liquidée sur présentation d'une facture d'un des établissements visés à l'alinéa premier ci-dessus. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les factures acquittées doivent être établies explicitement au nom du curiste. Elles doivent porter la date de leur établissement et indiquent obligatoirement le nombre de nuitées effectives, ainsi que les dates du début et de la fin du séjour du curiste.

Si, en raison de l'arrêt normal du programme de cure en fin de semaine et les jours fériés légaux, la personne protégée interrompt son séjour, elle n'a droit pour ces jours à aucune part à charge de l'assurance maladie.

Limitation des prestations

Art. 80. (1) A l'exception des cures ambulatoires pour les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires (DBC nuque, épaule et dos) prévues dans le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorfles- Bains, la personne protégée a droit à une seule cure de même nature par an. L'autorisation de la Caisse nationale de santé est renouvelable au plus tôt douze mois après la fin de la cure antérieure.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le nombre de cures pour obésité pathologique prévues à la section 6 du chapitre 1er de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les- Bains pris en charge par l'assurance maladie est limité à deux par personne protégée.

L'assurance maladie prend en charge 14 modules de renforcement dans les 18 mois à partir de la fin de la cure d'obésité pathologique prévue à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les- Bains.

L'assurance maladie prend en charge 12 modules de renforcement suite à une chirurgie bariatrique dans les 12 mois à partir de la date d'émission du titre de prise en charge.

(2) Les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sous les codes T200, T203 et T206 sont à réaliser par un cycle de 24 séances à finaliser dans les 6 mois sauf interruption pour raison médicale certifiée par le médecin traitant et acceptée par la Caisse nationale de santé.

Le délai d'attente entre deux séries de traitement de même niveau est fixé à 24 mois sauf pour les épaules où un nouveau cycle de 24 séances peut être accordé en cas de pathologie de l'épaule de l'autre côté.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge les séances d'entretien prévues à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains qu'à la condition qu'un cycle de 24 séances de traitement initial ait été accordé et effectué antérieurement. La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à 2 séances d'entretien par mois.

(4) Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

(5) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans un délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.

Art. 81. (abrogé)

CHAPITRE 6.- **REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION, READAPTATION PSYCHIATRIQUE, REEDUCATION GERIATRIQUE ET REEDUCATION CARDIAQUE**

Section 1. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation psychiatrique gératrique et rééducation cardiaque

Délimitation des prestations

Art. 82. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR) ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital sont pris en charge suivant les modalités prévues à l'article 142 des présents statuts et par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions prévues ci-dessous :

Les traitements stationnaires dans le CNRFR et dans les services de rééducation gériatrique sont pris en charge pour une durée maximale de quatre-vingt-dix (90) jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.

Les traitements ambulatoires dans le CNRFR ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser soixante (60) journées de traitement au cours d'une période continue de six (6) mois. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.

Les traitements ambulatoires de rééducation gériatrique ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement stationnaire en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser une durée maximale de deux mois. Le traitement stationnaire précédant le traitement ambulatoire doit avoir eu une durée d'au moins sept jours.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 83. Le traitement stationnaire au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital est subordonné à une autorisation du Contrôle médical. La demande d'autorisation doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de trois jours ouvrables à partir de l'entrée à l'hôpital. L'autorisation est soumise à une demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant obligatoirement une évaluation complète des fonctions motrices et cognitives du patient au moment de l'admission au moyen de l'instrument MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) et, le cas échéant, de toute autre échelle d'évaluation adaptée à la pathologie du patient. Le rapport médical doit contenir, en outre, le diagnostic, l'anamnèse du patient, le plan détaillé de traitement avec le nombre et la nature de séances de traitement par jour et par semaine, le but du traitement et la durée prévisionnelle du traitement. L'autorisation du Contrôle médical ne saurait dépasser une période initiale de trente (30) jours. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. Toute demande de prolongation doit contenir les données médicales intermédiaires du patient, ainsi que, la note d'évaluation du patient au jour de la demande de prolongation. Chaque prolongation ne saurait dépasser la durée de trente (30) jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR sur base d'une demande préalable et d'un dossier médical à apprécier dans le cadre d'une concertation mensuelle du médecin traitant avec le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les traitements ambulatoires au CNRFR sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période initiale de deux (2) mois. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. La demande de prolongation doit contenir obligatoirement les éléments actualisés de la demande initiale. Chaque prolongation ne saurait dépasser la période de deux (2) mois. Par dérogation à l'article précédent des prolongations supplémentaires peuvent être accordées moyennant la procédure prévue ci-dessus dans le cadre des pathologies énumérées limitativement dans la liste prévue à l'annexe I des présents statuts.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par

semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période maximale de deux (2) mois.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation cardiaque d'un hôpital sont soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur déclaration écrite appuyée d'une ordonnance médicale contenant le diagnostic ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. En première intention l'autorisation est accordée pour une période de deux (2) mois. Sur ordonnance motivée, présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, le traitement peut être prolongé pour des périodes subséquentes de deux (2) mois.

La prise en charge des traitements stationnaires et ambulatoires au CNRFR est soumise à la production d'un rapport médical de sortie.

Art. 84. Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, qui subissent au centre un traitement ambulatoire pendant une journée entière participent à leur entretien en raison d'un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Section 2. - Réadaptation psychiatrique

Délimitation des prestations

Art. 84bis. L'assurance maladie prend en charge les frais d'assistance psycho-socio-éducative en milieu extra-hospitalier dans le cadre de la nomenclature afférente et dans les conditions déterminées par la convention prévue à l'article 61, sous 6) du Code de la sécurité sociale et par les dispositions statutaires ci-dessous.

Autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 84ter. Pour les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais d'assistance psycho-socio-éducative sur leur lieu de vie, douze mois après le début du traitement et, le cas échéant, après chaque période de traitement de douze mois subséquente, un rapport médical détaillé renseignant sur l'état du malade est adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Toute prolongation du traitement après une période de douze mois est sujette à l'autorisation préalable du Contrôle médical sur base du rapport prévisé.

CHAPITRE 7.- **PROTHESES ORTHOPEDIQUES, ORTHESES ET CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES ET THERAPEUTIQUES**

Généralités

Art. 85. Sans préjudice de l'application des dispositions légales, règlementaires, conventionnelles et statutaires, les prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si elles sont délivrées par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 7) du Code de la sécurité sociale, et, pour ce qui est de la délivrance de fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournisseurs qui présentent

un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la fabrication de semelles et de chaussures pour le pied diabétique. Les bas et les collants de contention prévus à la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont également pris en charge s'ils sont délivrés par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale ou par les fournisseurs disposant à cet effet d'un agrément par le Comité-directeur de la Caisse nationale de santé conformément à l'article 2 des présents statuts, qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la délivrance de bas et de collants de contention.

Sont exclues de la prise en charge les fournitures visées par le présent chapitre, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu de l'article 12 des présents statuts.

Dans le cadre du présent chapitre on entend par «chaussures thérapeutiques» les chaussures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous les positions P6070110 «Hausschuhe für Diabetiker, 1 Paar» et P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker, 1 Paar».

Dans le cadre du présent chapitre on entend par fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournitures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous la section 7 «Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom».

Ordonnances et protocole thérapeutique

Art. 86. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les prothèses orthopédiques, orthèses et les chaussures orthopédiques, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

1) le diagnostic médical;
2) une description détaillée de la fourniture;
3) pour les bas et les collants de contention, le modèle (bas jarret, bas cuisse ou mi-cuisse, collant) et le degré de pression de la contention (en mmHg).

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures relatives au pied diabétique telles qu'elles sont définies à l'article 85, alinéa final des présents statuts, est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts.

Si l'ordonnance médicale porte sur une adaptation ou une réparation d'une fourniture, le médecin prescripteur doit indiquer les motifs de celle-ci.

Opposabilité des ordonnances et validation des ordonnances

Art. 87. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie les ordonnances pour orthèses et chaussures orthopédiques figurant dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé en vertu de l'article 88 des présents statuts, doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin prescripteur sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, les ordonnances et protocoles thérapeutiques soumis à devis en vertu de l'article 88 des présents statuts, sont transmis pour validation à la Caisse nationale de santé avant l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date d'émission de l'ordonnance respectivement du protocole thérapeutique. Sous peine d'irrecevabilité, l'ordonnance ou le protocole thérapeutique doivent être accompagnés du devis et de toute documentation dont la transmission aux fins de validation est requise en vertu des présents statuts.

La validation est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les fournitures prescrites dépassent l'utile et le nécessaire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 88. Les prothèses orthopédiques, orthèses, chaussures orthopédiques et thérapeutiques et les frais pour leur adaptation et réparation ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale accordée sur base d'un devis préalable établi par le fournisseur, et le cas échéant, sur base d'un examen de la personne protégée.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis ne sont pas requis:

1) lorsque le montant de la fourniture est inférieur à cent vingt-cinq euros,
2) pour les bas et les collants de contention,
3) à partir de la troisième délivrance de chaussures orthopédiques, à condition que la fourniture à délivrer reste inchangée par rapport à la délivrance précédente.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis sont requis en cas de fournitures pour le pied diabétique. Pour la prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur le protocole thérapeutique prévu à l'article 86 dûment rempli, sur le devis et sur une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise lorsque le montant de la fourniture, tel qu'il figure sur le devis, est supérieur ou égal à cent vingt-cinq euros (125,00 €) et inférieur à mille euros (1.000,00 €). Dans ce cas, le devis établi par le fournisseur doit être soumis à la Caisse nationale de santé pour un contrôle administratif du dossier avant la délivrance de la fourniture.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les prothèses orthopédiques provisoires.

Les réparations et les adaptations inférieures à cent vingt-cinq euros (125,00 €) sont dispensées de la présentation d'une ordonnance médicale.

Réception des prothèses orthopédiques et des chaussures pour pied diabétique

Art. 89. Les prothèses orthopédiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la prothèse par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par réception on entend

une certification par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la conformité de la prothèse à la prescription médicale et aux besoins de la personne protégée. La personne protégée est convoquée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture.

Les chaussures pour pied diabétique prévues au chapitre 6, section 7, sous-section 1 «Diabetiker Schuhe» de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la fourniture par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4) établie au moment de la délivrance de la fourniture. En principe cette réception intervient dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture. Sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4), le Contrôle médical de la sécurité peut décider de convoquer la personne protégée en vue de la réception de la fourniture.

Section 2. - Conditions particulières de prise en charge

Conditions particulières de prise en charge des prothèses orthopédiques

Art. 90. L'assurance maladie prend en charge les prothèses orthopédiques des membres pour compenser les déficits fonctionnels de la personne protégée. La prise en charge se fait entre autres en fonction du degré de mobilité et du poids corporel de la personne protégée.

L'assurance maladie ne prend en charge ni les prothèses pour la pratique d'activités sportives ou de loisir ni les suppléments de telles prothèses.

Lorsqu'en vertu des dispositions de l'article 91quinquies des présents statuts, la personne protégée a droit à l'intérieur du délai de renouvellement à la prise en charge d'une deuxième prothèse orthopédique, cette deuxième prothèse ne constitue qu'une prothèse mécanique de haute qualité sans microprocesseurs électroniques.

Conditions particulières de prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique

Art. 91. Selon le stade de la pathologie l'assurance maladie prend en charge les fournitures relatives au pied diabétique telles que prévues à l'annexe M sous 1°.

Dans les cas prévus au niveau du tableau visé à l'alinéa précédent et figurant à l'annexe M sous 1°, la personne protégée a droit à la prise en charge simultanée de plusieurs fournitures relatives au pied diabétique. Dans ce cas, les délais de renouvellement des différentes fournitures restent distincts par rapport aux fournitures de même nature.

Une paire de semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) est prise en charge pour toute paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique. Les semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) dont le remplacement est nécessaire endéans le délai de renouvellement des chaussures tel que prévu à l'article 91quinquies peuvent être prises en charge indépendamment de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les dispositions statutaires, conventionnelles et règlementaires, la

facture de la fourniture relative au pied diabétique est prise en charge sur base:

1) d'un protocole thérapeutique dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts dûment rempli;
2) d'un devis préalable établi par le fournisseur;
3) d'une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure;
4) d'une documentation par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire, d'un examen de contrôle des pieds de la personne protégée ainsi que de la fourniture en question à la date de délivrance (date prestation).

Par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge de la fourniture prévue sous la position P6070210 «Weichpolstereinlagen» n'est pas subordonnée à la production des documentations prévues sous les points 3 à 4 de l'alinéa précédent.

Conditions particulières de prise en charge des bas et collants de contention

Art. 91bis. Les bas et collants de contention ne sont pris en charge que dans les conditions suivantes:

La facture doit être accompagnée de l'ordonnance médicale et d'une fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes:

- le nom de marque;
- le mode de fabrication (standard ou entièrement fabriqué sur mesure);
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg et si le tissu est extensible dans les deux sens.

Section. 3. - Modalités de prise en charge

Taux de prise en charge

Art. 91ter. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques ou thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de cent pour cent (100%) des tarifs conventionnels. Par dérogation à la phrase précédente, les positions P5010130 à P5010133 sont prises en charge à raison de soixante pour cent (60%) des tarifs conventionnels.

Par dérogation à l'alinéa 1, il est déduit un montant forfaitaire de douze euros et cinquante cents (12,50 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques, à l'exception des positions P6041030 «Sichelfussredressionsschuh» et de la position P6041060 «Therapieschuh». Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais d'adaptation et de réparation des prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs d'après les modalités et

les conditions prévues dans les présents statuts et dans la convention conclue conformément à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques et thérapeutiques est à charge de la personne protégée.

Pour les positions P6010010 à P6010029 et P6070120 à P6070131 de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, un supplément pour convenance personnelle de la personne protégée peut être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les fournisseurs liés par la convention visée à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale. Ce supplément ne peut dépasser le montant forfaitaire de seize euros (16 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques et n'est pas à charge de l'assurance maladie.

Limitation de la prise en charge

Art. 91quater. La personne protégée a droit à une seule prothèse orthopédique, orthèse par région anatomique et à une paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques, sous réserve de ce qui suit:

Pour la première fourniture suite à une amputation, la personne protégée n'a droit qu'à une prothèse orthopédique provisoire. Une prothèse orthopédique définitive n'est prise en charge qu'après écoulement d'un délai minimum de six mois après la date de délivrance de la prothèse orthopédique provisoire. Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut déroger à ces conditions sur base d'une ordonnance médicale préalable motivée.

Par dérogation à l'alinéa 1, deux paires de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques peuvent être prises en charge au cours de la période de douze mois à compter de la date de délivrance de la première paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. Le délai de renouvellement pour la deuxième paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques court à partir de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. La personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à deux prothèses orthopédiques ou orthèses. La prise en charge de la deuxième prothèse se fait conformément aux dispositions de l'article 90, alinéa 3, des présents statuts.

L'assurance maladie ne prend pas en charge des chaussures orthopédiques ou des semelles orthopédiques lorsque la personne protégée a préalablement bénéficié de la prise en charge d'une fourniture relative au pied diabétique.

La personne protégée a droit, si l'ordonnance médicale le précise, à deux paires des fournitures P5010130, P5010131, P5010132 ou P5010133 dans le délai de renouvellement précisé au niveau de l'annexe B des statuts. Les deux paires des fournitures susmentionnées peuvent être délivrées le même jour.

Délais de renouvellement

Art. 91quinquies. Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques et orthèses est généralement de cinq ans.

Toutefois, des délais de renouvellement spécifiques sont appliqués aux prothèses orthopédiques et orthèses figurant dans une liste spéciale annexée aux présents statuts.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques est d'un an à compter de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge. Par dérogation à la phrase précédente le délai de renouvellement de la fourniture P6070110 «Hausschuhe für Diabetiker (1 Paar)» est de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement de la fourniture P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker (1 Paar)».

Lorsqu'une réparation ou adaptation d'une prothèse orthopédique ou d'une orthèse pour un montant dépassant 25% du montant pris en charge lors de l'acquisition de la fourniture est effectuée dans les six mois précédant l'échéance du délai de renouvellement, ce délai est prorogé d'office de douze (12) mois. Cette disposition ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de délivrance de la fourniture telle qu'elle figure sur la facture.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, en cas de faits intercurrents ou si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économicité.

CHAPITRE 7 bis.- **GREFFES D'ORGANES**

Art. 92. Les taxes d'inscription aux banques de données EUROTRANSPLANT, prélevées sur les personnes en attente d'une transplantation d'organe sont prises en charge au taux de cent pour cent (100%).

L'assurance maladie prend en charge le prélèvement d'organe effectué sur un donneur non protégé par l'assurance maladie en vue d'une transplantation vers une personne protégée. Il en est de même pour le traitement curatif du donneur, lié aux suites iatrogéniques du prélèvement. Lorsque les prestations relatives au prélèvement sont délivrées à l'étranger, elles sont prises en charge d'après les dispositions des articles 23 à 30.

Toutefois les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent qu'à titre subsidiaire et dans la mesure seulement où les frais afférents ne sont pas couverts d'un autre chef.

Par dérogation aux dispositions prévues aux articles 133, 134, 135 et 136 points 1), 2) et 3) des présents statuts, l'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs officiels, les frais occasionnés par le transport en ambulance, en ambulance SAMU ou par air SAMU des personnes convoquées en vue d'une transplantation d'organes du lieu de séjour vers le lieu de la transplantation, si la personne convoquée figure sur la liste des personnes en attente d'une transplantation, telle que déposée dans les centres d'appel d'urgence nationaux. Ne sont pas visés par cette disposition les transports interhospitaliers au Grand-Duché de Luxembourg.

CHAPITRE 8.- **MEDICAMENTS DELIVRES A CHARGE DE L'ASSURANCE MALADIE EN DEHORS DU SECTEUR HOSPITALIER**

Règles générales concernant les ordonnances

Art. 93. Chaque consultation ou visite ne peut donner lieu qu'à une seule ordonnance de médicaments par patient, exception faite dans les situations suivantes:

- lorsqu'il s'agit de stupéfiants inscrits sur des ordonnances spéciales,
- lorsque des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance accident sont prescrits en même temps que des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance maladie,
- lorsque des médicaments à titre préventif sont ordonnés en même temps que des médicaments dont la prescription est faite à titre curatif.

Art. 94. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la première délivrance.

Art. 95. (abrogé)

Art. 96. Par dérogation à l'article 14, alinéa premier, en cas de délivrances successives, la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original par le pharmacien dispensateur.

De même les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciales, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies certifiées conformes par le pharmacien.

Liste positive des médicaments pris en charge

Art. 97. Pour être inscrits sur la liste positive des médicaments visée à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, les médicaments autres que ceux visés à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale doivent remplir les conditions prévues au paragraphe 1 alinéa 5 et au paragraphe 3 de l'article précité, compte tenu de l'application du règlement d'exécution y prévu.

Ces médicaments doivent disposer d'un code ATC défini au quatrième niveau, sauf lorsqu'il s'agit d'une substance nouvelle pour laquelle une demande en attribution d'un code ATC a été introduite auprès des autorités compétentes.

En cas de changement du code ATC d'un médicament, il est tenu compte de ce changement à partir du premier jour du septième mois suivant sa publication officielle.

Art. 98. Sont exclues de la liste positive les catégories de médicaments figurant à l'annexe D des statuts sous la liste numéro 1 qui contient la motivation de l'exclusion au regard des critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Les catégories de médicaments peuvent être définies soit par une caractéristique commune, soit par leur

indication principale, soit par le code ATC, soit par une combinaison de ces trois paramètres.

Art. 99. Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel autre que celui visé à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale qui ne répond pas aux critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel présenté dans un conditionnement contenant au moins le double en unités d'un autre conditionnement du même médicament, de la même forme galénique orale solide et du même dosage, dont le coût par unité est supérieur ou égal à celui du petit conditionnement.

Lorsqu'il existe des médicaments de comparaison et que le coût du médicament est supérieur à celui des médicaments de comparaison, le médicament n'est pas inscrit sur la liste positive si l'appréciation de l'étude prévue à l'article 19 du règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 22 du Code de la sécurité sociale, ne permet pas de justifier le coût supérieur.

Lorsqu'il n'existe pas de médicaments de comparaison l'appréciation relative à l'accomplissement des critères légaux peut être basée sur des documentations scientifiques, pharmacologiques, thérapeutiques et économiques et peut prendre en considération d'autres choix thérapeutiques, médicamenteux ou non médicamenteux.

Taux de prise en charge

Art. 100. Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés dans trois classes différentes. Pour chacune de ces classes, il est prévu un taux de prise en charge spécifique, appliqué au prix au public ou pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, à la base de remboursement.

Art. 101. Le taux de remboursement normal est fixé à quatre-vingts pour cent (80%) et il s'applique à tous les médicaments de la liste positive pour lesquels les statuts ne prévoient pas un autre taux.

Art. 102. Le taux de remboursement préférentiel est fixé à cent pour cent (100%).

1) Il s'applique aux catégories de médicaments présentant cumulativement les caractéristiques suivantes:

a. avoir une indication thérapeutique précise,
b. ne contenir qu'un seul principe actif,
c. être irremplaçables ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques,
d. susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée.

Par dérogation à la caractéristique reprise sous b) de l'alinéa précédent, le taux de remboursement préférentiel peut être appliqué aux médicaments contenant trois principes actifs au maximum dont l'un au moins, commercialisé seul, est pris en charge au taux préférentiel, et les autres, commercialisés seuls, au moins au taux normal et à condition que l'association des principes actifs soit plus économique que les principes actifs pris séparément.

2) Il peut s'appliquer aux vaccins pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une convention conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de santé conformément à l'article 17, alinéa 3 du

Code de la sécurité sociale et délivrés en officine ouverte au public.

Les catégories de médicaments visées au présent article sont définies à l'annexe D, liste numéro 2 des présents statuts.

Art. 103. Par dérogation aux articles 101 et 104, le taux de prise en charge peut être porté à cent pour cent (100%) dans les situations suivantes:

- lorsque les médicaments sont prescrits dans le traitement des maladies longues et coûteuses déterminées à l'annexe D, liste numéro 3,
- lorsque les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, déterminés à l'annexe D, liste numéro 4, sont destinés au traitement de pathologies lourdes y visées,
- lorsque les médicaments, administrés par voie intra-veineuse, sont prescrits à la suite immédiate d'un traitement hospitalier et à condition qu'ils génèrent une participation statutaire inappropriée pour le patient.

Le bénéfice du présent article est subordonné à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une prescription médicale motivée, établie par le médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

Art. 104. Le taux de remboursement réduit est fixé à quarante pour cent (40%) et s'applique aux catégories de médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale courante et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes.

Les catégories de médicaments visées au présent article sont définies à l'annexe D, liste numéro 5 des présents statuts

Limitations de la prise en charge

Art. 105. La prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ceux-ci soient prescrits, délivrés et administrés en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit tel que celui-ci a été approuvé lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

Art. 106. Les médicaments inscrits sur la liste positive, figurant sur la liste numéro 6 de l'annexe D ne sont pris en charge que sous les conditions y définies.

Les vaccins figurant sur la liste positive ne sont pris en charge que si cette prise en charge est prévue par une convention conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de santé conformément à l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'article 98 des présents statuts, certains groupes de médicaments peuvent être pris en charge par voie forfaitaire suivant les conditions et les modalités définies à la liste n°6 de l'annexe D.

Art. 107. Ne sont pris en charge que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et sous les conditions définies à l'annexe D dans les listes énumérées ci-après :

1. les médicaments soumis à prescription initiale hospitalière figurant à l'annexe D, liste numéro 7,
2. les médicaments soumis à un protocole thérapeutique et figurant à l'annexe D, liste numéro 8,
3. les médicaments à prescription restreinte figurant à l'annexe D, liste numéro 9.

Art. 108. La quantité de médicaments prise en charge par l'assurance maladie en une fois ne peut dépasser pour chaque

médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Par dérogation à l'alinéa premier, un deuxième emballage ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que si la quantité prescrite couvre au moins cinquante pour cent (50 %) de ce deuxième emballage ou au moins trente pour cent (30 %) lorsqu'il s'agit d'un antibiotique.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité prescrite de flacons de solutions de perfusion, pour une durée de traitement d'au maximum deux semaines, peut être délivrée à charge de l'assurance maladie en une seule fois.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsqu'un médicament est prescrit sous sa dénomination commune internationale, la prise en charge se limite au médicament contenant le même principe actif le moins coûteux inscrit sur la liste positive.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments antibiotiques pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.

Art. 109. La prise en charge de certains médicaments peut être limitée à un nombre de doses à délivrer pour une durée de traitement déterminée. Les médicaments visés par cette disposition, ainsi que les doses et les durées qui leur sont appliquées, figurent à l'annexe D, liste numéro 10 des présents statuts. Cette liste peut prévoir un dépassement des quantités après accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un dossier médical détaillé et motivé.

Art. 110. Par dérogation à l'article 108, les médicaments visés aux articles 101, 102 et 103, nécessaires pour le traitement de maladies chroniques pendant un séjour prolongé à l'étranger, spécifiés comme tels sur l'ordonnance médicale, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical de la sécurité sociale donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Art. 111. Par dérogation aux règles de délivrance visées à l'article 108, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et dans des cas de pathologie grave chronique nécessitant une posologie non adaptée au conditionnement pris en charge, accorder la délivrance en une fois d'une quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois. Une prescription médicale motivée est nécessaire. L'accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est donné sur le titre de prise en charge.

Extension de la prise en charge

Art. 112. Lorsque l'ordonnance porte sur un médicament ne figurant pas sur la liste positive et non exclu en vertu de l'article 98, le pharmacien doit, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent figurant sur la liste positive au Luxembourg.

A défaut de substitution conformément à ce qui précède, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et sur prescription médicale dûment motivée, autoriser préalablement à la délivrance, la prise en charge par l'assurance maladie du médicament, à condition qu'il dispose dans son pays de provenance, ou dans celui où est établi le médecin-prescripteur, d'une autorisation de mise sur le marché, et à condition qu'il soit pris en charge par le régime d'assurance maladie légal de ces pays.

L'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale précise le taux appliqué au médicament conformément aux critères prévus aux articles 101 et 102 à 104. A défaut d'un prix au public, ce taux s'applique à un prix de vente déterminé d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Délivrance des médicaments dans le cadre du tiers payant

Art. 113. La personne protégée a droit à la délivrance des médicaments prescrits contre remise de l'ordonnance originale ou, dans les cas prévus à l'article 96, de la copie de l'ordonnance, ainsi que sur présentation concomitante de la carte d'assuré de la personne bénéficiaire des médicaments correspondante au numéro matricule figurant sur l'ordonnance.

Les personnes protégées ou, le cas échéant, les personnes qui se font délivrer les médicaments pour le compte d'autrui, sont tenues au paiement de la différence constituée par le prix au public des médicaments délivrés et le montant résultant de l'application des taux de prise en charge fixés aux articles 101 à 104 au prix au public ou, pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, à cette base de remboursement, ainsi qu'au paiement du prix des autres fournitures, taxes et honoraires éventuels exclus du système du tiers payant ou éventuellement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Un document de caisse est délivré en échange de l'ordonnance médicale originale ou de la copie conforme qui reste acquise au pharmacien après la délivrance. Ce document est établi conformément à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures ou médicaments qui ne sont pas tous pris en charge par le système du tiers payant, le prix de ceux qui en sont exclus est payé intégralement par la personne à laquelle ils sont délivrés. Dans ce cas le pharmacien délivre une copie de l'ordonnance et établit le document prévu à l'alinéa précédent, qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Préparations magistrales

Art. 114. 1) Règles générales

Sous réserve des dispositions qui suivent, la préparation magistrale est prise en charge au taux normal. L'ordonnance médicale, ainsi que la tarification par le pharmacien doivent mentionner le détail de la préparation magistrale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la préparation magistrale est prise en charge :

- au taux préférentiel lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la liste numéro 2 prévue à l'annexe D,
- au taux réduit lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la liste numéro 5 prévue à l'annexe D,

- au taux le plus favorable pour l'assuré lorsque les médicaments sont à taux différents.

Au cas où un médicament pris en charge conformément à l'article 112 est incorporé dans la préparation magistrale, celle-ci est prise en charge au taux applicable à ce médicament.

Les règles de délivrance prévues à l'article 108 sont applicables.

Sont exclus de toute prise en charge:

a) La préparation magistrale comportant plus d'un principe actif, à moins qu'il ne s'agisse d'une préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique.

b) La préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique comportant plus de deux principes actifs.

c) La préparation magistrale renfermant un principe actif non inscrit au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques

d) La préparation magistrale correspondant à des médicaments exclus en vertu des articles 98 et 99

e) La préparation magistrale phytothérapeutique sous forme de gélules

f) La préparation magistrale de substitution de médicaments figurant sur la liste positive, à moins qu'il ne s'agisse

g) d'un dosage pour usage pédiatrique

h) d'un dosage particulier en cas de pathologie grave. Dans ce cas une motivation médicale est nécessaire ainsi qu'une autorisation préalable du Contrôle médical.

i) Les médicaments figurant sur la liste positive qui du fait de l'incorporation dans la préparation magistrale changent de voie d'administration et ne sont plus utilisés dans les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sauf autorisation préalable du Contrôle médical sur ordonnance médicale motivée.

2) Règles spécifiques aux préparations magistrales à usage topique

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5 sous c) et d) les excipients sous forme de spécialités pharmaceutiques ou les principes actifs non encore inscrits au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques, renfermés dans une préparation magistrale à usage topique, ne sont pas pris en compte pour la détermination de la prise en charge.

Il peut être dérogé aux règles de délivrance prévues à l'article 108, lorsque l'ordonnance précise outre la durée de traitement, la surface à traiter. Toutefois, si la durée de traitement dépasse six semaines, des délivrances successives s'imposent.

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5 sous d) et au point A.01.02. de la liste N°1, prévue à l'article 98, les préparations magistrales à usage topique contenant moins de 4 principes actifs, utilisées dans le cadre de mucites iatrogènes suite à une chimiothérapie ou radiothérapie sont prises en charge au taux préférentiel lorsque l'ordonnance justifie une des indications précitées.

3) Règles pratiques

Lorsqu'une ordonnance prévoit la dispensation de substances médicamenteuses du type: alcool isopropylique, eau oxygénée, glycérine, paraffine, etc… sans indication de la quantité exacte, il n'est pris en charge qu'une quantité qui correspond à l'usage normal pour lequel le produit est utilisé.

Lorsqu'une préparation magistrale à usage topique renferme de l'alcool éthylique, il n'est pris en charge que l'alcool isopropylique, exception faite pour des gouttes otiques.

Honoraires et indemnités des pharmaciens

Art. 115. Les honoraires sont pris en charge au taux normal d'après un tarif de référence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les indemnités de dérangement sont prises en charge au taux préférentiel, à condition que les ordonnances soient datées du même jour et que le médecin certifie l'urgence de l'ordonnance relevant de l'indemnité de dérangement entre 19:00 et 08:00 heures par les termes "nuit" ou "noctu" et/ou l'heure d'établissement de l'ordonnance.

Les honoraires visés au présent article et leur tarif de référence sont définis à l'annexe D, liste numéro 11 des présents statuts.

CHAPITRE 9.- **AIDES VISUELLES**

Ordonnance médicale obligatoire

Art. 116. Sans préjudice de dispositions statutaires dérogatoires, une ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour :

1) les lentilles de contact dans les conditions de leur délivrance prévues aux articles 122 à 124 des présents statuts ;

2) les verres teintés;

3) les lunettes pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Par dérogation au point 3) ci-dessus une ordonnance n'est cependant pas requise en cas de remplacement des verres endommagés endéans les six premiers mois de la première acquisition.

Les autres prestations et fournitures visées par le présent chapitre peuvent être obtenues dans les conditions fixées par les présents statuts à charge de l'assurance maladie sans ordonnance médicale, à condition que l'assuré présente sur au moins un œil une déficience visuelle.

Mode de paiement des fournitures et services

Art. 117. Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Libre choix des montures

Art. 118. Les personnes protégées ont le libre choix des montures.

Outre les montures à prix libre, les personnes protégées ont droit à un choix entre quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes, dont le prix de vente ne peut être supérieur au montant de prise en charge visé à l'alinéa premier de l'article suivant. La personne protégée a droit à une disponibilité constante de ces montures.

Taux de prise en charge

Art. 119. Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de trente euros (30,00 €). A. 29.11.10

Les verres de lunettes, les fournitures diverses (à l'exception des montures) et les prothèses de contact reprises aux listes A, B et C de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des patrons opticiens et optométristes du Grand-Duché de Luxembourg sur base de l'article 61, sous 9) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux des tarifs fixés dans la convention prévisée. A. 30.7.09

Verres organiques

Art. 120. (article abrogé)

Suppléments pour verres teintés

Art. 121. Les suppléments pour verres teintés sont pris en charge par l'assurance maladie dans les pathologies suivantes:

1) conjonctivites chroniques
2) kératites et cicatrices cornéennes étendues
3) iritis
4) certaines cataractes centrales congénitales y compris l'aphakie
5) glaucome
6) (abrogé)
7) névralgies ciliaires
8) photophobies secondaires à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne
9) albinisme
10) cécité

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

Lentilles de contact

Art. 122. Les lentilles de contact ne sont prises en charge par l'assurance maladie que dans les pathologies suivantes:

1) amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries
2) (abrogé)
3) astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
4) kératocône
5) aphakie uni- et bilatérale
6) aniséiconie
7) anisométropie de plus de 3 dioptries
8) nystagmus de fixation
9) anisocorie
10) dystrophie cornéenne
11) myopie évolutive génétique
12) traumatisme cornéen ou scléral

En cas des affections suivantes une autorisation du Contrôle médical est nécessaire:

13) traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
14) hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

L'article 123, dernier alinéa est applicable.

Art. 123. En cas de fourniture de lentilles de contact à un ayant droit qui ne remplit pas une des conditions requises pour la prise en charge intégrale des lentilles de contact énumérées à l'article 122 ci-dessus, mais qui remplit les conditions pour la prise en charge d'une monture et de verres de lunettes, l'assurance

maladie prend en charge les frais exposés pour ces lentilles de contact au moyen d'un forfait dont le montant est constitué:

a) du montant de trente euros (30,00 €) correspondant au taux de prise en charge d'une monture

b) du montant correspondant au prix des verres (minéraux) qui auraient été pris en charge en cas de fourniture de lunettes.

L'assurance maladie ne prend en charge les frais exposés pour les lentilles de contact que si la facture renseigne les valeurs de la réfraction des verres de lunettes.

En cas de délivrances successives de lentilles de contact, plusieurs factures peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du forfait ci-dessus, à condition d'être présentées en une seule fois.

Services et fournitures incluses dans le prix des lentilles de contact

Art. 124. La fourniture des lentilles de contact dont la prise en charge par l'assurance maladie est prévue par les statuts comprend:

a) Les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle, qui se déroulent dans un cabinet spécialement aménagé et disposant des instruments de contrôle adéquat.

b) La première fourniture en étuis spéciaux étanches avec solution pour la stérilisation, l'hydrophilie et le traitement isotonique des surfaces de contact.

c) La prestation de quatre séances d'essai, d'adaptation ou de contrôle, qui se déroulent dans les douze mois suivant la délivrance des lentilles de contact.

Lorsque, dans les trente jours à compter de la première séance d'essai, une intolérance des milieux antérieurs de l'œil est constatée et que pour cette raison, après deux nouvelles séances d'essai ayant lieu dans les deux mois qui suivent le premier essai, les lentilles de contact prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent pas être fournies, seules les trois séances d'essai peuvent être facturées.

d) L'échange des lentilles dans le cadre des garanties conventionnelles.

Verres spéciaux

Art. 125. Sous réserve de l'accomplissement des autres conditions prévues par le présent chapitre, l'assurance maladie prend en charge deux verres à indice de réfraction élevé (n supérieur ou égal à 1,7 et nombre Abbe égal à 39 pour verres minéraux, ou n supérieur ou égal à 1,67 et nombre d'Abbe égal à 32 pour verres organiques) lorsque l'assuré présente sur au moins un oeil une amétropie supérieure ou égale à 6,00 dipotries.

Verres de lunettes progressifs

Art. 125 bis. L'assurance maladie prend en charge deux verres progressifs lorsque l'assuré présente sur au moins un œil une addition de + 2.50 dioptries, même si la somme arithmétique de la puissance en vision de loin et de l'addition est égale à zéro.

Délais de remboursement

Art. 126. Sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à +/- 0,50, l'assurance maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans. Est considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de

+0,25 pour un œil et de -0,25 pour l'autre œil. N'est pas considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de 0,25 dans le même sens pour les deux yeux. Le point de départ pour le calcul du délai est constitué par la date de la dernière prise en charge effectuée par l'assurance maladie.

Dans le cadre de l'article 123, seules les dioptries des verres de lunettes sont prises en considération pour apprécier un changement de dioptries par rapport à la fourniture prise en charge antérieurement.

En cas de fourniture de verres de lunettes à foyers multiples, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans, sauf en cas de changement de dioptrie en vision de loin et/ou de près tel que défini à l'alinéa 1er.

Pour les enfants de moins de 14 ans accomplis la prise en charge des lunettes se fait sans délais de renouvellement.

En ce qui concerne les cas des enfants qui, à l'accomplissement de la 14e année d'âge, sont entrés dans le régime des adultes, l'assurance maladie prend en charge respectivement des verres de lunettes et des montures, même si le délai de trois ans prévu à l'alinéa premier ci-dessus n'est pas encore révolu par rapport à la fourniture de respectivement la dernière paire de verres et la dernière monture prise en charge dans le régime des enfants.

Art. 127. (abrogé)

Art. 128. Sauf en cas de changement de dioptrie tel que défini à l'article 126, alinéa premier ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de trois ans.

Art. 129. En cas d'indication médicale, l'assurance maladie prend en charge simultanément des lentilles de contact et des lunettes comprenant monture et verres. Dans ce cas, les délais de renouvellement pour les prothèses de contact d'une part, et pour les lunettes, d'autre part, restent distincts.

Détermination des seuils

Art.130. Pour l'appréciation des seuils exprimés en dioptries dans le présent chapitre, il est procédé de la manière suivante.

En cas d'amétropie incluant l'astigmatisme, la détermination de la valeur des dioptries est effectuée après application de la règle de transposition qui prévoit qu'en cas de valeur en dioptrie négative du cylindre

- la valeur en dioptrie de la sphère est obtenue par la somme algébrique des valeurs initiales en dioptrie de la sphère et du cylindre,
- la valeur en dioptrie du cylindre est transformée en valeur positive,
- l'axe du cylindre est augmenté ou diminué de 90 degrés.

Pour le changement de dioptrie prévu à l'article 126 est prise en considération la valeur en dioptrie de la sphère et/ou du cylindre.

Pour le seuil d'anisométropie prévu à l'article 122 et pour le seuil d'amétropie prévu aux articles 122 et 125 est prise en compte la somme des dioptries de la sphère et du cylindre, si les deux valeurs sont de même signe et la valeur absolue de la dioptrie de la sphère, si les deux valeurs sont de signe contraire.

L'appréciation du seuil de l'addition en cas de fournitures de verres de lunettes progressifs se fait par la comparaison des valeurs en dioptries de la sphère de la vision de loin et celle de près.

CHAPITRE 10.- **LES PRODUITS SANGUINS ET DERIVES PLASMATIQUES**

Art. 131. Les produits sanguins labiles comprenant le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine définis par la Directive européenne 2002/98/CE, sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels liant l'assurance maladie à la Croix-Rouge Luxembourgeoise d'après les conditions et sous garantie des contrôles qualitatifs prévus par la convention visée à l'article 61, sous 10) du Code de la sécurité sociale.

Ces prestations font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie, lorsqu'elles sont délivrées aux personnes protégées pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

CHAPITRE 11.- **PRESTATIONS DE VOYAGE ET DE TRANSPORT**

Définition des prestations prises en charge

Art.132. (1) Les prestations en matière de transport au Luxembourg et à l'étranger prises en charge par l'assurance maladie concernent :

1) Le transport aérien.
2) Le transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I).
3) Le transport en ambulance.
4) Le transport en taxi en cas de traitements médicaux en série.
5) L'indemnité de voyage.

(2) Le transport aérien comprend :

a) le transport effectué dans le cadre de la convention conclue sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et "Luxembourg Air Rescue"
b) le transport effectué par un hélicoptère de secours dépêché en cas d'urgence par les autorités publiques d'un Etat limitrophe sur intervention du central des secours d'urgence national
c) le transport effectué dans des situations exceptionnelles par des services de transport aérien publics ou privés.

(3) Par transport en ambulance du service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) en cas de détresse vitale on entend exclusivement le transport effectué par les ambulances des centres de secours pour des urgences degré I, conformément à l'annexe I, sous III. A) à la convention conclue sur base de l'article 61, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale. Ces transports sont documentés comme tels par le procès-verbal d'intervention.

(4) Par transport en ambulance on entend le transport effectué en dehors de situations de détresse vitale au moyen d'une ambulance au sens du point 2.29. de l'article 2 de l'arrêté grand-ducal du 23 novembre 1955 portant règlement de la circulation sur toutes les voies publiques, tel qu'il a été modifié, lorsque cette ambulance est utilisée:

a) par des services publics relevant de l'Etat ou des communes;
b) à titre commercial par des particuliers ou des sociétés commerciales;
c) par des établissements d'utilité publique ou des associations sans but lucratif oeuvrant dans le domaine de la santé ou des secours.

(5) Par transport en taxi, on entend le transport de voyageurs au sens de la réglementation officielle applicable aux services de taxi et aux services des voitures de location avec chauffeurs.

(6) Le transport en série en ambulance ou en taxi vise des déplacements multiples de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et le lieu où elle obtient à charge de l'assurance maladie:

a) un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse;

b) un traitement comportant au moins quatre séances dans un intervalle de quatre-vingt-dix (90) jours

   1) dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou

   2) dans un hôpital dans le cas où un traitement spécial est autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

(7) Par indemnité de voyage on entend un remboursement forfaitaire des dépenses occasionnées, quel que soit le moyen de transport utilisé par la personne protégée et, le cas échéant, par une personne l'accompagnant dûment autorisée.

(8) Ne sont pas visés par les dispositions du présent article les transports à l'intérieur du pays dépêchés par les établissements du secteur hospitalier visés à l'article 74 du Code de la sécurité sociale pour le transport de personnes entre ces établissements.

Conditions générales et particulières

Art. 133. L'assurance maladie prend en charge les prestations de transport et de voyage dans les situations énoncées dans la liste dénommée «fichier B6» en annexe des présents statuts, sous réserve de l'accomplissement des conditions ci-après:

1. Le transport par air dépêché en dehors de l'intervention du central des secours d'urgence n'est pris en charge que si une ordonnance médicale préalable, émise par le médecin traitant, indique les raisons médicales pour lesquelles un transport par ambulance est impraticable. Lorsque dans le cas visé ci-dessus le transporteur aérien n'est pas lié par la convention visée à l'article 61, sous 11) du Code de la sécurité sociale, une autorisation préalable expresse doit être donnée dans chaque cas individuel par la Caisse nationale de santé.
2. Les transports en hélicoptère ou en ambulance du service d'aide médicale urgente pour une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge à condition que cette urgence soit documentée dans la feuille d'intervention communiquée conformément aux dispositions réglant les rapports entre l'assurance maladie et les services compétents pour dépêcher ou effectuer ces transports.
3. Les transports simples en ambulance à l'intérieur du pays en dehors d'une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré 1) par une ambulance du service d'aide médicale urgente sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale, établie par le médecin chargé du traitement, certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou immobilisée est indispensable pour l'aller, respectivement pour le retour. L'ordonnance médicale, si elle n'est pas préalable au transport, doit être établie au plus tard dans un délai de trois jours à compter du transport. Cette dernière condition n'est pas requise au cas où le médecin chargé du traitement certifie que la personne protégée en question a été admise en policlinique.

4. Les transports simples en ambulance à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable ou une demande formulée sur le formulaire de demande d'autorisation de traitement à l'étranger, établie par le médecin traitant et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou immobilisée est indispensable. La motivation médicale pour le transport en ambulance pour le retour doit être établie par le médecin ayant assuré le traitement à l'étranger.

   Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge des frais générés par le retour en ambulance, à condition que l'aller ait été autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

5. Les transports en série en ambulance ou en taxi au Luxembourg et à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles:

   a) en cas de transport en ambulance, une position allongée ou immobilisée est indispensable;

   b) en cas de transport en taxi, le déplacement par un moyen de transport public en commun n'est pas approprié.

   L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les transports en série en taxi en cas de traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

   Il est dérogé à la condition du caractère préalable tant de l'ordonnance médicale que de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour les prolongations des transports en série en ambulance, ainsi qu'à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale pour le prolongement des transports en série en taxi, pour les traitements prévus à l'article 132, paragraphe 6, point a).

   Les transports en série en ambulance ou en taxi prévus à l'article 132, paragraphe 6, point b) sous 1° ne sont pris en charge que pour un maximum de vingt (20) journées de traitement par cas de pathologie traitée.

6. Le transport simple en ambulance d'une personne protégée séjournant temporairement dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, d'une clinique étrangère vers un hôpital luxembourgeois pour la continuation d'un traitement stationnaire est pris en charge, à condition que le moyen de transport et l'hôpital de destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital.

7. L'indemnité de voyage est due à la personne protégée:

   a) pour les transports en série prévus à l'article 132, paragraphe 6 des présents statuts si le transport n'est pas effectué par un autre moyen de transport pris en charge par l'assurance maladie;

   b) pour tout traitement autorisé à l'étranger. Dans ce cas elle est également due à la personne accompagnant la personne protégée si la nécessité de l'accompagnement est dûment documentée par une

motivation médicale émanant du médecin traitant. Aucun certificat médical n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge;

c) pour le déplacement auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale suite à une convocation en vue de la réception d'une prothèse orthopédique.

Restrictions et dispositions spéciales s'appliquant à la prise en charge des prestations de voyage et de transport

Art. 134. Dans toutes les situations visées par la liste dénommée «fichier B6» en annexe des présents statuts, les frais de voyage et de transport ne sont pris en charge que jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 400 km à l'aller. Exceptionnellement, la Caisse nationale de santé peut accorder la prise en charge demandée sur base d'un rapport médical circonstancié du médecin traitant et d'une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale pour des frais de voyage et de transport pour une distance de 600 km à l'aller.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge n'est pas remplie.

En cas de transfert pour un traitement médical préalablement autorisé en dehors du continent européen, la personne protégée a droit à une indemnité de voyage forfaitaire spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée au préalable sur le vu d'une justification médicale acceptée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'indemnité de voyage de la personne accompagnante n'est prise en charge que si le voyage a été effectué par un moyen de transport public en commun.

Autorisation préalable

Art. 135. Sauf en cas d'urgence dûment motivée ou dérogation expressément prévue par les présents statuts, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise pour la prise en charge des prestations de transport à l'étranger. Il en est de même pour les transports en série à l'intérieur du pays.

Taux de prise en charge

Art. 136. Les montants et taux de prise en charge s'appliquant aux différentes catégories de prestations de voyage et de transport sont les suivants :

1) Indemnité de voyage
   a) L'indemnité de voyage est prise en charge à raison de vingt cents (0,20 €) par kilomètre du trajet le plus court entre le lieu du séjour de l'ayant droit au moment du départ et le lieu où il obtient les soins.
   b) L'indemnité de voyage forfaitaire spéciale prévue à l'article 134, alinéa 3 est de quatre-vingt-dix euros (90,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.
2) Transport en taxi

Les transports en taxi sont pris en charge pour le trajet le plus court entre le lieu d'embarquement de la personne protégée et le

lieu où elle obtient les soins, soit sur la base d'un minimum de six euros et quarante cents (6,40€) par déplacement, soit sur la base d'un montant par kilomètre d'un euro et soixante cents (1,60 €) pour un trajet simple, respectivement de quatre-vingts cents (0,80 €) pour un trajet comportant retour de la personne transportée au point de départ.

La période d'attente est prise en charge à raison de vingt-sept cents (0,27 €) par minute. Elle n'est prise en charge que pour les voyages aller avec retour au point de départ de la personne protégée et uniquement jusqu'à concurrence du tarif maximum pouvant être pris en charge pour un aller simple.

3) Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge intégralement d'après les règlements de taxe applicables. Sous réserve du droit de l'assurance maladie de recourir contre le responsable en cas d'abus, les courses à vide des ambulances du service d'aide médicale urgente dépêchées par le central des secours d'urgence sont prises en charge, à condition qu'il soit établi que la personne à transporter relève de la compétence de l'assurance maladie.

Les transports en ambulance simples visés à l'article 132, paragraphe 4, sous a) sont pris en charge à raison de soixante-dix pour cent (70%) des factures établies sur la base des règlements de taxes.

Les transports en ambulance simples visés à l'article 132, paragraphe 4, sous b) et c) sont pris en charge à raison de soixante-dix pour cent (70%) des factures établies soit sur la base d'un minimum de trente-huit euros (38,00 €) par déplacement, soit sur la base d'un montant d'un euro et vingt-cinq cents (1,25 €) par kilomètre, à l'exclusion de tous autres éléments pouvant être légalement mis en compte par le transporteur, à moins que la prise en charge de ces éléments ne résulte de dispositions statutaires expresses.

Les périodes d'attente sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%) en cas d'aller et retour au point de départ de la personne protégée uniquement si les frais pour temps d'attente, pris en compte à raison de trente cents (0,30 €) la minute, sont inférieurs au montant pris en charge pour le trajet aller et retour.

Les transports en ambulance en série sont pris en charge intégralement sur base des montants prévus aux trois alinéas précédents.

Pour le calcul du trajet il est pris en compte la distance la plus courte résultant du parcours entre le lieu de stationnement normal de l'ambulance, le lieu d'embarquement de la personne protégée, le lieu où elle obtient les soins, le lieu où retourne la personne protégée le cas échéant après l'obtention des soins et le lieu de stationnement normal de l'ambulance.

La désinfection de l'ambulance est prise en charge intégralement à raison d'un forfait de cent treize euros (113,00 €) uniquement sur ordonnance médicale motivée émise soit par le médecin ayant ordonné le transport, soit par le médecin traitant la personne protégée à l'admission.

4) Transport aérien

Les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après les tarifs conventionnels établis conformément à l'article 61 du Code de la sécurité sociale. A défaut de convention, les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après le montant facturé lorsqu'il s'agit d'un transport urgent dépêché par le central de secours d'urgence ou, dans les autres

cas, intégralement d'après les tarifs facturés après accord préalable de la Caisse nationale de santé, sans toutefois pouvoir dépasser le montant pouvant être pris en charge d'après les conditions et tarifs prévus pour le transport secondaire par l'hélicoptère dans le cadre de la convention conclue sur base de l'article 61, alinéa 1 sous 11) du Code de la sécurité sociale. Dans le cadre d'une intervention urgente dépêchée par le central de secours d'urgence, l'assurance maladie prend en charge les frais découlant du transport de l'équipe médicale d'urgence sur les lieux de l'intervention conformément aux conditions et modalités prévues par la convention conclue en vertu de l'article 61, alinéa 1er sous 11) du Code de la sécurité sociale, même en dehors du transport de la personne protégée.

Modalités de prise en charge

Art. 137. L'indemnité de voyage est prise en charge par la caisse compétente sur base d'une demande expresse de l'ayant droit. La demande doit être accompagnée d'une copie de l'autorisation de traitement à l'étranger. L'indemnité de voyage est toujours versée à la personne transportée, ou, lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge, à son représentant légal.

En cas de présentation d'une facture acquittée se rapportant à un moyen de transport visé aux points 1 à 4 du paragraphe 1er de l'article 132 pour lequel les conditions de prise en charge ne sont pas remplies, s'il s'agit d'un voyage à l'étranger, l'indemnité de voyage est versée d'office.

Les frais pour prestations de transport avancés par les ayants droit sont pris en charge sur base de factures acquittées, accompagnées des ordonnances et, le cas échéant, des autorisations requises. La preuve que le déplacement était en rapport avec l'obtention des prestations à charge de l'assurance maladie dans les situations visées par les présents statuts incombe à l'ayant droit.

Les frais de transport en taxi au sens de l'article 132, paragraphe 3 des statuts ne sont pris en charge qu'à la condition que les prestations afférentes sont délivrées par un fournisseur agréé par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Les factures relatives à ces prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles contiennent pour chaque trajet effectué les données suivantes: le nom de l'entreprise, la plaque minéralogique du véhicule utilisé, la date et l'heure de la course, les lieux de départ et d'arrivée, le kilométrage et le prix facturé.

Les transports aériens et en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge directement par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant à condition que la situation d'urgence soit reconnue conformément à l'article132, paragraphe 3. Lorsque cette dernière condition fait défaut, ces transports peuvent être pris en charge sur base de factures acquittées au titre d'un transport simple à condition que toutes les conditions afférentes soient également remplies.

La part statutaire incombant à l'assurance maladie des prestations de transport est réglée directement au transporteur par la Caisse nationale de santé dans les cas où celle-ci, sur demande de la personne protégée, a émis préalablement au transport un titre de prise en charge accepté par le transporteur dans le cadre des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention, dans le cadre des conditions d'agrément réglant les rapports entre la Caisse nationale de santé et les transporteurs.

Art. 138. (abrogé)

Art. 139. (abrogé)
Art. 140. (abrogé)
Art. 141. (abrogé)

CHAPITRE 12.- **SOINS HOSPITALIERS**

Prestations de soins et séjour en milieu hospitalier

Art. 142. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, est pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions ci-après :

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de deux euros soixante-dix cents (2,70 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. Toutefois, en cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, cette participation n'est pas due pendant les douze premiers jours.

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, admises en place de surveillance ou en hôpital de jour participent à leur entretien à raison d'un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour. Ne sont pas visés par la présente disposition les traitements en hôpital de jour de psychiatrie. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance.

Dans la mesure où des prestations visées dans les nomenclatures des actes et prévues par les présents statuts sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de la personne protégée, les prestations de même nature délivrées dans le secteur hospitalier ambulatoire sont grevées de la même participation. La mise en compte de cette participation est effectuée conformément aux modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les séjours et traitements hospitaliers en relation avec les actes techniques visés au chapitre 9, sous-section 2 du règlement de nomenclature des médecins ainsi que ceux visés aux chapitres 1, 2 et 3 de la deuxième partie du règlement de nomenclature des médecins-dentistes, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du Contrôle médical dans l'une des conditions suivantes :

- présence d'une intolérance aux anesthésiques locaux
- lorsqu'en présence d'un processus inflammatoire aigu nécessitant une intervention immédiate, l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante
- traitement dentaire des handicapés psychiques ou physiques chez lesquels du fait de leur handicap une anesthésie locale est impossible
- extraction d'une dent de sagesse incluse ou enclavée où l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante, avec radiographie à l'appui.

Lorsqu'au cours d'une hospitalisation plusieurs interventions chirurgicales sont pratiquées dont au moins une n'est pas à

charge de l'assurance maladie, les frais normalement opposables en vertu de la convention conclue sur base de l'article 74 du Code de la sécurité sociale, générés pendant la durée de l'hospitalisation ne sont pris en charge que si l'intervention la plus importante est à charge de l'assurance maladie. L'importance de l'intervention est appréciée par rapport au coefficient de l'acte dans la nomenclature des actes et services des médecins.

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans, les frais d'hôtellerie, à l'exception des frais de restauration générés par la présence d'une personne accompagnante à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque le séjour de la personne protégée en milieu hospitalier constitue un cas d'hébergement au sens de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, les médicaments délivrés à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie au titre d'un forfait correspondant à quatre euros et vingt cents (4,20 €) par jour. Ce forfait est liquidé à l'hôpital par la voie du tiers payant sur base d'une décision non litigieuse du Contrôle médical déclarant le cas d'hébergement.

Le médicament dont la délivrance est, en application de son autorisation de mise sur le marché octroyée conformément à la loi modifiée du 11 avril 1983, limitée à la pharmacie hospitalière, est pris en charge intégralement au prix ex-usine officiel toutes taxes comprises, à condition qu'il soit délivré sur ordonnance médicale nominative originale et prescrit à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

Le fichier B7 repris à l'annexe A des présents statuts comprend les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier. Le fichier B7 détermine les conditions et modalités de délivrance et de prise en charge. Les dispositifs médicaux sont pris en charge d'après un taux appliqué à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes du fichier B7.

Art. 143. L'admission à l'hôpital et la sortie de l'hôpital des personnes protégées sont faites d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Procréation médicalement assistée

Art. 143bis. L'assurance maladie prend en charge les frais liés à la procréation médicalement assistée (PMA) par stimulation ovarienne, insémination artificielle, fertilisation in vitro (FIV) ou injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) dans les conditions et d'après les modalités prévues ci-dessous:

La prise en charge des mesures de PMA s'interrompt au jour du 43e anniversaire de la femme.

La PMA n'est pas prise en charge après ligature des trompes ou après vasectomie.

La prise en charge de la FIV et de l'ICSI est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur base d'une demande d'autorisation moyennant le formulaire spécial prévu à l'annexe J des présents statuts. Sous réserve de l'accomplissement des conditions prévues par le présent article, la Caisse nationale de santé émet un titre de prise en charge. Les

titres sont établis pour une durée maximum de six (6) mois à partir de la date d'établissement du titre.

CHAPITRE 13.- **DISPOSITIFS MEDICAUX, APPAREILS ET FOURNITURES DIVERSES**

Exclusions

Art. 144. Les dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses non repris dans les listes en annexe des présents statuts sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Il en est de même des frais de fonctionnement et d'énergie des appareils, à moins que les listes prévisées ne prévoient la prise en charge expresse de certains produits consommables liés à leur fonctionnement.

Modes de délivrance et taux de prise en charge

Art. 145. Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une acquisition par la personne protégée, sont prises en charge d'après un taux appliqué soit à un prix de vente soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes visées à l'article précédent.

Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une mise à disposition sont prises en charge dans le cadre d'une location dont le prix est déterminé soit d'après un loyer de référence fixé dans les listes statutaires, soit d'après un loyer établi sur base d'un devis.

En cas de mise à disposition de fournitures, l'assurance maladie est en droit d'imposer la mise à disposition de fournitures et d'appareils usagés. Le fait par la personne protégée de refuser la mise à disposition d'un appareil fait obstacle à sa prise en charge par une autre voie.

Limitations et modalités de la délivrance des fournitures

Art. 146. Les listes prévisées peuvent déterminer pour chaque fourniture ou pour des catégories de fournitures de même nature certaines conditions et modalités de délivrance et de prise en charge spécifiques. Sont notamment visées par cette disposition:

a) la quantité maximale susceptible d'être prise en charge par l'assurance maladie dans un intervalle donné
b) le montant de prise en charge maximal pendant un intervalle donné
c) la stipulation que la prise en charge est réalisée moyennant un forfait
d) le délai de renouvellement calculé sur l'intervalle compris entre la date de la dernière délivrance de la fourniture de même nature et la date de l'ordonnance médicale prescrivant son renouvellement. Des délais spécifiques peuvent être accordés aux enfants et adolescents en phase de croissance
e) la durée maximale en cas de mise à disposition d'une fourniture ainsi que la durée et les modalités applicables en cas de prorogation de la mise à disposition. Si la prestation est soumise à un délai, celui-ci vient à échéance précise ou cesse préalablement
    - au jour où le contrat de location est repris à charge de l'assurance dépendance ou

- si suite à l'allocation de prestations de dépendance un autre appareil est pris en charge par l'assurance dépendance ou
- si la personne protégée n'a plus besoin de l'appareil du point de vue médical avant l'échéance du délai.

f) le cercle des prestataires ou fournisseurs autorisés

g) le mode de prise en charge par voie de remboursement ou par application du système du tiers payant

h) la limitation de la prise en charge en faveur de personnes atteintes de certaines affections précises constatées sur base d'une ordonnance médicale circonstanciée

i) l'exclusion de la prise en charge, au titre du présent chapitre, de fournitures prescrites à des personnes dépendantes séjournant dans des établissements ayant conclu avec la Caisse nationale de santé un contrat d'aides et de soins au sens de l'article 389 du Code de la sécurité sociale

j) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

k) la condition que la prise en charge n'est faite que sur présentation d'un devis accepté par la Caisse nationale de santé préalablement à l'acquisition

l) la condition que la fourniture est mise à disposition exclusivement à des personnes en phase de rééducation et de réhabilitation fonctionnelles

m) la condition que l'ordonnance médicale doit contenir des indications spécifiques pour l'obtention d'une fourniture déterminée

n) la possibilité de dispenser d'une ordonnance médicale originale pour les délivrances successives

o) la condition que la prise en charge en cas d'acquisition d'une fourniture soit soumise à rétrocession conformément à l'article 147.

p) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation administrative de la Caisse nationale de santé

Rétrocession

Art. 147. Lorsque les listes prévisées en font une condition expresse, la personne protégée ou son représentant sont tenus de céder gratuitement la propriété de la fourniture à l'institution ou à la personne désignée à cet effet au cas où la personne protégée n'en aurait plus besoin. Le cas échéant aucune autorisation de prise en charge n'est accordée avant la remise de la déclaration de cession, à présenter sur un formulaire mis à disposition par la Caisse nationale de santé.

La personne protégée ou, le cas échéant, ses successeurs sont tenus de signaler aux services compétents désignés à cet effet par la Caisse nationale de santé la libération de toute fourniture visée par le présent article.

Conditions et modalités particulières

Art. 148. Les fournitures visées par les listes prévisées ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie au titre des dispositions précédentes lorsqu'elles sont comprises dans les actes professionnels prévus au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services infirmiers ou lorsqu'elles sont délivrées par des établissements hospitaliers.

Art. 149. Par dérogation à l'article 2, les couches-culottes peuvent être achetées auprès de fournisseurs non visés aux points a) à c) dudit article.

Art. 150. A défaut d'indication sur l'ordonnance du nom de marque sous lequel ils sont inscrits dans les listes susvisées, seuls les produits les moins chers de même nature, inscrits dans les listes sont pris en charge.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances pour dispositifs médicaux prévus dans les fichiers B1 et B2 doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Art. 151. Par dérogation aux règles de délivrance prévues dans les dispositions qui précèdent, les dispositifs médicaux prévus dans le fichier B1, nécessaires pour un traitement spécifié sur l'ordonnance médicale à poursuivre pendant un séjour prolongé à l'étranger, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Application du tiers payant

Art. 151bis. Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 22 alinéa 3, la personne protégée a droit à la prise en charge de la part statutaire par la voie du tiers payant dans les situations expressément visées à l'agrément prévu à l'article 2 des statuts.

Dispositions spéciales concernant les dispositifs de correction auditive

Art. 152. (1) Les dispositifs de correction auditive sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants forfaitaires prévus dans le fichier B3 de l'annexe A des présents statuts.

Par le terme «dispositif de correction auditive» sont visées toutes les positions énumérées dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts.

Le forfait couvre également les prises d'empreinte, les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle audioprothétique réalisés dans un local spécialement aménagé à cet effet.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif de correction auditive prévu au fichier B3 est subordonnée à l'accomplissement des conditions cumulatives suivantes:

1) l'audiogramme tonal indique une perte auditive d'au moins 30dB sur au moins deux des fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz

   ou

   le pourcentage d'intelligibilité à l'audiogramme vocal à 65dB diminue d'au moins 20% lors de l'adjonction d'une source sonore de 60dB;

2) le dispositif de correction auditive apporte un gain auditif d'au moins 10dB à l'indice vocal ou un gain de 10% d'intelligibilité lors des tests d'audiométrie vocale sans adjonction d'une source sonore. Dans les cas où une audiométrie vocale ne peut pas être réalisée, l'audiogramme tonal doit démontrer un gain audioprothétique moyen d'au moins 10dB sur les fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz;

3) une durée moyenne d'utilisation quotidienne du dispositif de correction auditive d'au moins 4 heures pendant la phase d'essai.

(2) A l'exception du renouvellement de l'embout, la prise en charge des dispositifs de correction auditive se fait sur base:

- d'une ordonnance médicale pour dispositif de correction auditive d'un médecin spécialiste en oto rhinolaryngologie;
- d'un avis motivé du Service audiophonologique de la Direction de la santé, ci-après nommés «Service audiophonologique»;
- d'un devis préalable établi par le prestataire.

(3) Avant toute intervention du Service audiophonologique, l'ordonnance médicale est transmise à la Caisse nationale de santé pour vérification des conditions administratives. La Caisse nationale de santé informe la personne protégée et le Service audiophonologique quant à leur respect ou non-respect à la date de la vérification.

Sous peine d'inopposabilité du dispositif de correction auditive à l'assurance maladie, l'avis motivé émis par le Service audiophonologique est validé par la Caisse nationale de santé par l'émission d'un titre de prise en charge.

(4) La prise en charge par l'assurance maladie d'une extension en appareillage stéréoacousique n'est possible que pendant une période d'un an à compter de la date de la prestation de l'appareillage monaural. On entend par «date de la prestation» la date de la délivrance du dispositif de correction auditive.

(5) La prise en charge d'un embout auriculaire est conditionnée à celle d'un dispositif de correction auditive.

Un embout supplémentaire par dispositif de correction auditive est pris en charge au cours du délai de renouvellement mais au plus tôt six mois après la date de la prestation du premier embout. Pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, la prise en charge des embouts se fait sans délais de renouvellement.

(6) Un montant forfaitaire pour l'acquisition d'un système de transmission sonore par FM est pris en charge par période de renouvellement pour les personnes protégées scolarisées.

(7) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéointégré est pris en charge pour l'oreille ipsilatérale dans le cas d'une surdité avec une composante de transmission ou dans le cas d'une pathologie du conduit auditif externe excluant l'insertion d'un embout.

(8) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'un dispositif de correction auditive vibratoire implanté au niveau de l'oreille moyenne ou au niveau de la mastoïde est pris en charge selon les mêmes conditions que celles énumérées dans le paragraphe (7) et lorsqu'un traitement par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré est impossible pour raisons médicales dûment spécifiées par le médecin prescripteur.

(9) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'implant cochléaire est pris en charge dans le cas de la mise en place d'un implant cochléaire et pour le renouvellement d'un tel processeur. Pour cette prise en charge, il n'est pas tenu compte du délai fixé dans le paragraphe (4).

(10) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par transmission controlatérale du signal est pris en charge pour améliorer la perception bilatérale dans le cas d'une surdité unilatérale ou asymétrique qui ne peut être corrigée par un dispositif de correction auditive conventionnel.

(11) Sans tenir compte des conditions 1) à 2) prévues à l'alinéa 4 du paragraphe (1) du présent article, un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par masquage d'acouphènes est pris en charge chez la personne protégée souffrant d'acouphènes invalidants.

(12) Le délai de renouvellement des dispositifs de correction auditive est de cinq ans pour un adulte.

Par dérogation à l'alinéa précédent, ce délai est ramené à trois ans pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

Les délais sont calculés à compter de la date de la prestation relative au dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

La détermination du délai de renouvellement est fonction de l'âge atteint par la personne protégée au moment de la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

(13) En cas d'extension en appareillage stéréoacousique endéans le délai prévu par les présents statuts, le point de départ du délai de renouvellement court à compter de la date de la prestation du dispositif de correction auditive stéréoacousique.

(14) Il n'est pas tenu compte du délai prévu aux alinéas 1 et 2 du paragraphe (12) pour le renouvellement d'un dispositif de correction auditive lorsque la personne protégée présente une aggravation d'au moins 20dB sur la moyenne des fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz par rapport à la perte constatée lors de l'appareillage précédent. L'insuffisance du dispositif de correction auditive doit être constatée par le Service audiophonologique.

(15) Sans préjudice des dispositions figurant au paragraphe (12), un renouvellement ne sera accepté que si les résultats audioprothétiques obtenus avec le nouveau dispositif de correction auditive sont au moins équivalents à ceux obtenus avec l'ancien dispositif ou si le dispositif précédent n'est plus fonctionnel.

(16) Pour les enfants et jeunes n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, l'assurance maladie prend en charge le cumul des frais de réparation échus pour chaque dispositif de correction auditive pris en charge selon les dispositions des présents statuts jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent (25%) du montant forfaitaire prévu dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts. Pour les positions Q01 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 200 € par dispositif de correction auditive et 160 € par extension stéréoacousique d'un dispositif de correction auditive. Pour les positions Q04 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 1400 € par dispositif de correction auditive et 1120 € par extension stéréoacousique d'un dispositif de correction auditive. Les frais de réparation échéant pour les positions Q03 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Dispositions spéciales concernant la prise en charge des épithèses

Art.152bis. La prise en charge par l'assurance maladie des épithèses est soumise à la production préalable d'une ordonnance médicale et d'un devis établi par un prestataire spécialisé. La prise en charge se fait sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et conformément aux dispositions prévues au niveau du règlement de coordination

(CE) n° 883/2004, de l'article 20 du Code de la sécurité sociale et des articles 23 à 30 des présents statuts.

CHAPITRE 14.- **PRESTATIONS DE MATERNITE**

Art. 153. Les prestations de maternité sont prises en charge d'après les règles conventionnelles et statutaires applicables aux différentes catégories de fournitures ou soins prévues par les présents statuts.

Les frais pour produits diététiques sont pris en charge forfaitairement jusqu'à concurrence d'un montant de dix-neuf euros quatre-vingt-trois cents (19,83 EUR) au nombre cent de l'indice du coût de la vie. En cas d'accouchement multiple, ce forfait est multiplié par le nombre des enfants. Ces frais sont pris en charge sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple.

En cas d'accouchement anonyme, les prestations de maternité et autres prestations de soins en rapport avec l'accouchement non susceptibles d'être versées à la mère accouchée, sont remboursées à l'institution ou à la personne qui en a fait l'avance et qui justifie de l'autorité parentale sur le nouveau-né.

CHAPITRE 15.- **MEDECINE PREVENTIVE**

Art. 154. Les personnes protégées ont droit, à charge de l'assurance maladie, aux prestations de médecine préventive prévues par les programmes spécifiques dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 17, alinéa trois du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 16.- **PAIEMENT COMPLEMENTAIRE**

Art. 154bis. Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées au titre de l'assurance maladie obligatoire ne peut dépasser un seuil fixé à deux pour cent et demi (2,5%) du revenu cotisable annualisé de l'année précédente.

La participation est définie par la différence entre, d'une part, le montant brut du prix officiel ou du prix de référence figurant dans les nomenclatures et les listes et, d'autre part, le montant net obtenu par application du taux de prise en charge inférieur à cent pour cent (100%). Sont prises en considération les participations prévues aux articles 35, 39 alinéa 1, 48, 55, 59, 67, 78, 91ter alinéa 1, 101, 104, 114, 115 et 145.

Les participations sont rattachées à l'année civile en fonction de la date de prestation des soins.

Par revenu cotisable annualisé on entend la somme des douze assiettes cotisables mensuelles au sens de l'article 33 du Code de la sécurité sociale. L'assiette cotisable mensuelle ne peut être inférieure au revenu minimum garanti au sens de l'article 5 (1) a) de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti. Il n'est pas tenu compte de la majoration de trente pour cent (30%) du minimum cotisable pour le groupe des bénéficiaires de pension. A défaut d'une affiliation continue de l'assuré au cours de l'exercice précédant l'année civile en cause, le revenu cotisable annualisé est égal au produit de l'assiette mensuelle moyenne multiplié par douze. Pour un assuré nouveau, le revenu cotisable annualisé est constitué par le salaire social minimum prévu pour un salarié non qualifié âgé de 18 ans au moins.

En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, à un remboursement complémentaire auprès de sa

caisse compétente des participations dépassant le seuil en question.

La demande peut être présentée au plus tôt à partir du 1er mai de l'exercice courant et lorsque la participation atteint au moins deux pour cent et demi (2,5%) du minimum prévu à l'alinéa 5. Sous peine de forclusion, la demande doit parvenir à l'organisme compétent au plus tard avant la fin de la deuxième année civile qui suit celle au cours de laquelle la participation visée aux alinéas précédents a atteint le seuil en question.

Le versement du remboursement complémentaire est effectué d'office par la caisse compétente.

Pour l'appréciation du dépassement du seuil, les participations de l'assuré et des coassurés au sens de l'article 7 du Code de la sécurité sociale sont totalisées.

TITRE III. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Secret médical et secret professionnel

Art. 155. Les membres des organes et les employés des institutions d'assurance maladie sont tenus au secret professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des prestations de soins et de fournitures par l'assurance maladie, la communication d'un diagnostic ou de renseignements d'ordre médical peut être faite au personnel et aux médecins de contrôle de la sécurité sociale toutes les fois que l'avis de cette administration constitue une condition pour la prise en charge des prestations.

Documents

Art. 156. Dans les relations entre les personnes protégées, les prestataires de soins et fournisseurs, l'assurance maladie et le Contrôle médical, il est fait usage obligatoirement des formules standardisées des mémoires d'honoraires, des feuilles d'ordonnance, des devis et des déclarations d'incapacité de travail prévues par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.

Art. 157. Sauf les exceptions prévues par les statuts et conventions réglementant l'utilisation de copies, la prise en charge des prestations et fournitures ne peut être effectuée que sur base d'originaux.

Art. 158. Toutefois, en cas de déclaration de perte ou de détérioration de l'original, la prise en charge peut être effectuée sur base d'une copie certifiée conforme à l'original par son émetteur. Les rappels de factures ne valent pas original.

Amendes d'ordre

Art. 158bis. (1) Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par la personne protégée ou par un tiers sur une ordonnance, un protocole thérapeutique, un mémoire d'honoraires ou une facture, ce sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des prestations et fournitures prescrites ou mises en compte et des sanctions prévues par les lois, les règlements et les présents statuts.

(2) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes n'ayant pas respecté les dispositions statutaires prévues au paragraphe précédent. Il en est de même en cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré par la personne

protégée ou par un tiers conformément à l'article 9 des présents statuts.

(3) La première constatation de non-respect des dispositions prévues au paragraphe 1er du présent article ou de l'article 9 des présents statuts est punie par une amende d'ordre de cent cinquante euros (150 €). La deuxième constatation est punie par une amende d'ordre de deux cents euros (200 €). Toute nouvelle constatation est punie d'une amende d'ordre de trois cent cinquante euros (350 €).

(4) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire à la même personne protégée ou une créance que la personne protégée a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 159. En vue de la constatation et de l'exercice des droits récursoires conférés par l'article 82 du Code de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé, la personne protégée est tenue de communiquer spontanément à la Caisse nationale de santé tout fait qui comporte pour elle un dommage corporel pour la réparation duquel une action en responsabilité civile ou pénale est susceptible d'être intentée contre un tiers responsable ou présumé responsable.

Si la personne protégée ou son représentant légal, après deux rappels, dont le dernier est resté infructueux après un délai de quinze jours, soit refuse de communiquer à la Caisse nationale de santé de manière exhaustive les renseignements requis de sa part pour éclairer les faits, soit refuse de porter plainte au pénal contre la personne responsable ou présumée responsable, elle peut être frappée d'une amende d'ordre de vingt-cinq euros (25,00 €) à cent vingt-cinq euros (125,00 €), prononcée à son égard par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Le dernier rappel est lancé par lettre recommandée à la poste.

L'amende peut être renouvelée tant que persiste l'abstention. Toutefois le montant cumulé des amendes d'ordre ne saurait dépasser par cas ni le montant du préjudice supporté par l'assurance maladie ni le montant limite prévu à l'article 447 du Code de la sécurité sociale.

Le devoir de porter plainte au pénal ne peut être imposé à la personne protégée dans les affaires de coups et blessures volontaires qui opposent des époux entre eux ou des membres d'une même famille, jusqu'au deuxième degré inclusivement, ou encore aux victimes économiquement dépendantes de la personne présumée responsable, même non parente et alliée, qui, au moment des faits, vivait avec la personne protégée dans une communauté domestique de laquelle dépend l'entretien d'un ou de plusieurs enfants mineurs.

Procédure d'autorisation spéciale

Art. 160. Lorsque le comité directeur de la CNS décide d'intégrer des produits (appareils, dispositifs médicaux, produits de nutrition entérale) dans les listes visées aux annexes des présents statuts, il peut par dérogation aux règles générales relatives à l'entrée en vigueur des statuts décider d'en faire bénéficier les personnes dont le cas a été à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

Assistance aux personnes protégées dans le cadre de la transmission des données médicales

Art. 161. La Caisse nationale de santé met à disposition des personnes protégées, sur requête de celles-ci, des formulaires de demande de communication des données médicales visées à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale et à l'article 37 des présents statuts.

Assistance exceptionnelle à la personne protégée

Art. 162. Pour satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins ou de fournisseurs agréés pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie, le président du comité-directeur de la caisse compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale peut décider de prêter à la personne protégée une assistance exceptionnelle sous forme d'une avance sur les créances que celle-ci possède à l'égard de l'assurance maladie. Cette assistance se fait moyennant virement de la part opposable à l'assurance maladie au prestataire ou au fournisseur.

L'assistance exceptionnelle est accordée sur décision du président sur base d'une demande écrite de la personne protégée. Pour être considérée au titre d'une assistance exceptionnelle conformément au présent article, la demande doit répondre aux conditions suivantes:

- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture émanant d'un prestataire de soins ou fournisseur agréé pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie;
- elle concerne une prestation ou une fourniture non prise en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale;
- elle concerne une prestation ou fourniture pour laquelle toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies;
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture dépassant le montant de 250 euros et le paiement représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve. Le montant de 250 euros constitue le montant facturé d'après les tarifs de la nomenclature ou des listes conventionnelles ou statutaires, à l'exclusion des frais facturés par le prestataire ou le fournisseur à titre de convenance personnelle de la personne protégée ou en dépassement d'un devis;
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture se rapportant à une prestation ou une délivrance d'une fourniture, pour laquelle la date d'émission du mémoire ou de la facture ne précède pas de plus de trois mois la date de la demande en vue de l'obtention de l'assistance exceptionnelle.

Remboursement en espèces

Art. 163. Les prestations en nature pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais, dépassant un montant fixé par le comité directeur de la caisse compétente, peuvent être remboursées sur demande de l'ayant droit visé à l'article 84 du Code de la sécurité sociale au moyen d'un chèque tiré sur un compte bancaire de la Caisse nationale de santé au guichet des caisses de maladie ou des agences pour lesquelles les comités directeurs des caisses compétentes ont institué ce service.

Aux fins de l'application de la disposition qui précède sont prises en compte les factures acquittées, au jour de leur présentation à la caisse compétente, depuis moins de quinze jours.

Comptables extraordinaires

Art. 164. Les comptables extraordinaires prévus par les dispositions du règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladie-maternité peuvent procéder à des règlements par chèque ou en espèces pour le paiement des prestations dans les cas prévus aux articles 162 et 163 ci-dessus, ainsi que pour le paiement de l'indemnité funéraire.

Il peut en être de même dans les cas où l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité est payée par la caisse compétente directement à la personne protégée.

DEUXIÈME PARTIE

LES PRESTATIONS DE DECES

TITRE I. - INDEMNITE FUNERAIRE

Art. 165. En cas de décès de l'assuré ou d'un membre de la famille, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à cent trente euros (130,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

S'il s'agit d'enfants âgés de moins de 6 ans accomplis ou d'enfants mort-nés, il ne sera alloué que respectivement la moitié ou le cinquième de l'indemnité funéraire.

En cas de décès d'une personne protégée dans le cadre d'un traitement stationnaire à l'étranger dûment autorisé par la Caisse nationale de santé au moyen d'un formulaire S2 l'assurance maladie contribue au rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cent trente euros (130.00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Le paiement se fait à la personne déterminée conformément à l'article 167 alinéa 1er.

Art. 166. Sont considérés comme frais funéraires les frais concernant:

- le cercueil et le décor funéraire d'usage (chapelle ardente, gerbe),
- une couronne de fleurs,
- le transport du cercueil et des fleurs,
- l'ouverture et la fermeture de la tombe,
- l'inhumation religieuse et le service funèbre,
- l'incinération,
- les avis mortuaires d'usage publiés dans la presse,
- les frais et taxes communaux.

Art. 167. Dans les limites de l'article 165, l'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci.

Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit: au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et sœurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

LES INDEMNITES PECUNIAIRES AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE ET DE L'ASSURANCE ACCIDENT

CHAPITRE 1. - CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL ET DEFINITIONS

Art.168. Les dispositions qui suivent s'appliquent à l'ensemble des assurés ayant droit à l'indemnité pécuniaire conformément à l'article 15 du Code de la sécurité sociale. En sont exclus les assurés au service de l'Etat, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière.

Art.169. Par période d'incapacité de travail, on entend les jours civils consécutifs pendant lesquels l'assuré est de façon ininterrompue incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ainsi que ceux pour lesquels il bénéficie d'un congé pour raisons familiales, d'un congé de maternité, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé d'accueil ou d'un congé d'accompagnement.

Le début de la période correspond au premier jour non ouvré en tout ou en partie. Le dernier jour non ouvré précédant celui de la reprise du travail constitue la fin de la période et compte pour le calcul de celle-ci. Si la journée de travail se situe à cheval sur deux jours civils, elle est imputée entièrement sur le premier jour civil.

Si, en accord avec l'assuré et l'employeur, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime indiquée une reprise du travail à mi-temps pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, la Caisse nationale de santé informe par écrit les deux parties de l'octroi d'un congé thérapeutique à mi-temps. La moitié seulement de la période en cause est mise en compte comme période d'incapacité de travail, la fraction de jour étant négligée.

Le congé pour raisons familiales et le congé d'accompagnement peuvent être fractionnés. La fraction ne dépassant pas quatre heures n'est mise en compte que pour un demi-jour.

Les périodes d'incapacité de travail et les périodes de référence exprimées en semaines aux articles qui suivent sont converties en journées en les multipliant par sept.

CHAPITRE 2. - DECLARATION DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

Art. 170. Pour déclarer l'incapacité de travail, les assurés utilisent exclusivement les formulaires leur délivrés par le médecin, conformément à la convention conclue par la Caisse nationale de santé avec les médecins et plus amplement décrits dans le cahier des charges établi en vertu de cette convention. Ce formulaire comprend trois volets.

L'assuré adresse le premier volet du formulaire, dûment complété et signé par le médecin, à la Caisse nationale de santé au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, le formulaire doit être adressé à la Caisse nationale de santé avant l'expiration du

deuxième jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si le dernier jour de ce délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Pour vérifier l'observation du délai visé à l'alinéa précédent, le cachet postal fait foi.

Le salarié transmet le deuxième volet aussitôt à son employeur. Le troisième volet est conservé par l'assuré pour ses propres besoins éventuels.

Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du formulaire réservées au médecin, ce sous peine des sanctions prévues par les lois, les règlements et les statuts et de nullité du certificat.

L'incapacité de travail certifiée par le médecin n'est opposable à la Caisse nationale de santé que si elle renseigne la date à laquelle l'incapacité prend fin.

Les dispositions des instruments communautaires s'appliquent au cas où l'incapacité survient dans un pays de l'UE, un pays assimilé ou dans un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg a conclu une convention bilatérale incluant les règles applicables en pareil cas.

Lorsque l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient dans un pays non lié par un instrument juridique prévoyant des dispositions y relatives, l'incapacité de travail ou la prolongation de celle-ci doit être justifiée par un certificat médical envoyé à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de 3 jours à partir de l'incapacité ou du délai à partir de laquelle elle est prolongée, le cachet postal faisant foi.

Le certificat médical doit être établi au plus tard le troisième jour de l'incapacité de travail ou de sa prolongation. Tout certificat médical dont l'effet rétroactif est supérieur à deux jours, n'est opposable à la Caisse nationale de santé qu'à partir de la date de son établissement. Toutefois, la Caisse nationale de santé a la faculté de valider intégralement ou partiellement la période d'incapacité de travail certifiée avec effet rétroactif.

Art. 171. La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés.

Art. 172. Si, au cours de ou après la période de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, l'assuré salarié omet de transmettre dans le délai prévu à l'article 170 le certificat médical à la Caisse nationale de santé, celle-ci l'invite par écrit à remplir son obligation.

En cas de récidive au cours d'une année à compter du 1er du mois au cours duquel le dernier certificat d'incapacité de travail a été adressé à la Caisse nationale de santé en dehors du délai prévu à l'article 170 des présents statuts, le président ou son délégué peut prononcer une amende d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Le comité directeur est compétent pour vider les oppositions. Le comité directeur peut accorder décharge de l'amende.

En vertu de l'article 441 du même code, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende avec le remboursement futur de prestations en nature ou le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Art. 173. (article abrogé)

CHAPITRE 3. - **OCTROI DE L'INDEMNITE PECUNIAIRE**

Art. 174. Pour les salariés et les non salariés, l'indemnité pécuniaire prend cours à l'expiration de la période de suspension visée respectivement à l'article 11, alinéa 2 et à l'article 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et s'étendant jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.

A condition que toutes les périodes d'incapacité de travail aient été déclarées à la Caisse nationale de santé à l'aide d'un certificat médical, sauf pour celles ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés, l'indemnité pécuniaire est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 175. Pour les salariés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire prend cours dès le premier jour de l'incapacité déclarée à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 170. Pendant la période de conservation légale de la rémunération prévue à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code de travail, elle est payée à l'employeur affirmant sur le formulaire prescrit par la Caisse nationale de santé avoir effectivement rempli son obligation légale et indiquant le nombre d'heures de travail pendant lesquelles le salarié n'a pas pu travailler.

Art. 176. Au plus tard le 20e jour de chaque mois, la Caisse nationale de santé informe l'employeur et le salarié pour lequel la conservation légale de la rémunération prend fin au début de ce mois ou pour lequel cette obligation repasse de la Caisse nationale de santé à l'employeur conformément l'article 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail.

La Caisse nationale de santé informe le non salarié pour lequel la période de suspension de l'indemnité pécuniaire visée à l'article 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale a pris fin au début de ce mois ainsi que de celui pour lequel elle est nouveau suspendue à partir du début du même mois.

Art. 177. Tout avis du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est capable de travailler donne lieu à l'émission par la Caisse nationale de santé d'une décision en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale précisant que les certificats d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, établis au cours des douze semaines à venir, ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé, sauf fait médical nouveau justifié d'une manière détaillée par le médecin traitant.

La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré une décision en vertu de l'article 47, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale retirant l'indemnité pécuniaire tant qu'il se soustrait sans motif valable au Contrôle médical ou aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2 du Code du travail. De même, elle notifie une telle décision suspendant l'indemnité pécuniaire pendant la période au cours de laquelle l'assuré séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ou qu'il se trouve en état de détention.

CHAPITRE 4. - **DETERMINATION DE L'INDEMNITE PECUNIAIRE**

Art. 178. Pour les salariés l'indemnité pécuniaire se compose, à l'image de la rémunération, de l'indemnité de base et, le cas échéant, d'un second élément dénommé "compléments et accessoires".

Ces deux éléments sont calculés séparément sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire relative aux

affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail. En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations différentes, l'indemnité est calculée séparément pour chacune d'elle. En dehors de la rémunération proprement dite à charge de l'employeur, les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident font partie de l'assiette de cotisation servant au calcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité de base correspond à la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé. Par rémunération de base, l'on entend les éléments de la rémunération qui sont payables mensuellement en espèces et qui ne sont pas considérés comme compléments et accessoires. A défaut de mois entièrement couverts par une activité soumise à l'assurance, la rémunération de base est portée en compte suivant la valeur convenue dans le contrat de travail. Elle est réduite à l'indice cent du coût de la vie moyennant le nombre indice applicable le mois en cause. Est porté en compte le nombre d'heures correspondant au même mois ou le nombre d'heures le plus élevé des mois au cours desquels la rémunération de base est identique.

L'élément de l'indemnité pécuniaire dénommé "compléments et accessoires" équivaut à la moyenne des compléments et accessoires qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail comme étant des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variations, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. Si cette période de référence de douze mois n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base du ou des mois de calendrier entièrement couverts. Pour la réduction à l'indice cent du coût de la vie, est appliqué le nombre indice applicable le mois ou les mois de calendrier au cours desquels l'assiette de cotisations comprend des compléments ou accessoires.

En attendant la déclaration par l'employeur des éléments servant au calcul de l'indemnité pécuniaire, la Caisse nationale de santé accorde à la fin de chaque mois une avance appropriée. Elle récupère le trop-payé résultant du décompte entre les avances et le montant définitif par compensation avec l'indemnité pécuniaire ou les prestations de soins de santé dues au cours des trois années civiles suivantes ou, si le montant total des trop-payés dépasse deux cents euros, par recouvrement direct, le cas échéant, forcé auprès du bénéficiaire.

En l'absence de déclaration par l'employeur à la fin du mois suivant celui auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte, l'assuré peut demander la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas deux journées au sens de l'article 171 pendant lesquelles il affirme avoir été incapable de travailler sans devoir le justifier par un certificat médical.

Art. 179. Si l'incapacité de travail attestée par les certificats médicaux visés à l'article 170 ne couvre pas un mois de calendrier entier, l'indemnité pécuniaire de base ainsi que, le cas échéant, les compléments et accessoires déterminés conformément à l'article qui précède sont divisés par le nombre de jours du mois de calendrier en cause et multipliés par le nombre de jours d'incapacité de travail résultant du ou des certificats médicaux.

Après la déclaration par l'employeur du nombre de jours d'incapacité de travail effectifs et des autres données,

l'indemnité pécuniaire due pour une partie seulement du mois et accordée pour une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident fait l'objet d'un second mode de calcul consistant à retrancher la rémunération payée par l'employeur de l'indemnité pécuniaire déterminée pour la totalité du mois, à l'exclusion des seules périodes non couvertes par une affiliation ou pour lesquelles l'indemnité pécuniaire n'est pas ou plus due en vertu des articles 177, 186 et 188. Le second mode de calcul se substitue à celui prévu à l'alinéa qui précède à condition que la différence entre les deux montants obtenus dépasse vingt-cinq euros. Dans ce cas, le nombre d'heures de travail à mettre en compte au titre de l'indemnité pécuniaire est obtenu en retranchant les heures de travail déclarées par l'employeur du nombre d'heures visé par la dernière phrase de l'article 178, alinéa 3.

Art. 180. Les indemnités pécuniaires en cours au 31 décembre 2008 continuent à être liquidées selon les anciennes dispositions légales, règlementaires et statutaires tant que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue.

Pour les indemnités pécuniaires dont le début se situe en 2009, l'assuré a droit au calcul de l'indemnité pécuniaire sur base de la moyenne de l'assiette de cotisations des mois entiers au cours desquels il était affilié du chef du même employeur en 2008, si ce mode de calcul est plus favorable que celui résultant de l'article 178, alinéas 3 et 4 pour lequel les périodes de références de trois et douze mois y visées ne commencent à courir que le 1er janvier 2009.

Art. 181. Pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

Art. 182. Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois.

Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

Art. 183. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement.

Art. 184. Sauf pour les non salariés, le montant de l'indemnité pécuniaire calculé au nombre indice cent du coût de la vie conformément aux dispositions qui précèdent est multiplié par le nombre-indice applicable le mois auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Art. 185. L'indemnité pécuniaire est payée à la fin du mois auquel elle se rapporte.

CHAPITRE 5.- **FIN DE L'INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE**

Art. 186. Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour civil de cette incapacité si la limite des cinquante-deux semaines prévues à l'article 14, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est atteinte. A cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelles ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ou pendant laquelle cette indemnité était suspendue conformément aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où ces périodes se situent au cours d'une période de référence antérieure de cent quatre semaines comprenant à la fin le jour considéré. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacités dépasse cinquante-deux semaines.

L'alinéa qui précède s'applique séparément par enfant aux périodes de congé pour raisons familiales pour en déterminer la fin.

L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

A la demande écrite de l'assuré, l'indemnité pécuniaire est accordée, par dérogation à l'alinéa 1er qui précède, au-delà de la limite des cinquante-deux semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant au total pas quatorze jours par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est incapable de travailler sans être atteint d'invalidité permanente ou transitoire, à condition qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail l'assuré ait exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance et que la période en question ne donne droit ni à l'octroi d'une rente accident plénière, ni à la conservation légale de la rémunération. Avant d'émettre son avis, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut demander l'établissement par le médecin traitant d'un certificat détaillé et motivé.

Les périodes visées à l'alinéa qui précède ne sont pas mises en compte pour l'application de l'alinéa 1.

Art. 187. En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas 1 et 2 de l'article 14 du Code de la sécurité sociale à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par

laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés à l'alinéa précédent.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toute(s) pièce(s)

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autre(s) revenu(s) tels que précisés aux alinéas précédents.

Les dispositions des alinéas 3 et 4 s'appliquent pour toute(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu les documents visés aux alinéas précédents le paiement de l'indemnité est suspendu

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours;
- à partir du 1er jour de toute(s) éventuelle(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Art. 188. En cas de constatation d'une invalidité permanente par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et la caisse de pension sont informés de la cessation du paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie avec effet au premier jour du mois suivant celui de cette information. Il en est de même le mois avant l'expiration de la cinquante-deuxième semaine, lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement professionnel en application des articles L. 552-1 et suivants du Code du travail.

Art. 189. La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré et à son employeur la date de la fin du droit déterminée en application des dispositions des articles 186 et 188 des présents statuts.

Cette notification, adressée avant l'expiration du droit aux parties intéressées, ne vaut que simple information dans la mesure où des contestations au sujet de la délimitation du droit aux prestations seront vidées conformément aux dispositions des articles 47 et 83 du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 6.- **PRESTATIONS DE MATERNITE**

Art. 190. L'indemnité pécuniaire de maternité est servie par la Caisse nationale de santé pendant le congé de maternité. Pour avoir force probante, le certificat médical visé à l'article L. 332-1 du Code du travail concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes ne peut remonter à plus de douze semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

En cas de transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour en application de l'article L. 333-3 du Code de travail, l'employeur obtient sur demande le remboursement par la Caisse nationale de santé de la différence de revenu, charges patronales comprises. Le remboursement est effectué en une seule fois après le début du congé de maternité. L'employeur déclare au Centre commun ladite différence ensemble avec la rémunération inhérente au poste de travail de jour.

En cas de dispense de travail pour des raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte, accouchée ou allaitante conformément à la législation visée ci-dessus, le délai prévu à l'alinéa 1 qui précède n'est pas applicable.

CHAPITRE 7- **PRINCIPES DU CONTRÔLE DES MALADES**

Art. 191. (1) Dans les situations visées par les présents statuts, les personnes portées incapables de travailler pour cause de maladie ou d'accident, dénommées ci-après «personne(s) portée(s) incapable(s) de travailler» peuvent être soumises à un contrôle administratif ou médical par la Caisse nationale de santé à partir du premier jour d'incapacité de travail justifié ou non par un certificat médical d'incapacité de travail.

(2) Par contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler on entend la présentation de contrôleurs, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne portée incapable de travailler. Le contrôle des personnes portées incapables de travailler peut également avoir lieu dans les lieux publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins.

(3) Le contrôle administratif a pour finalité de vérifier le respect, par la personne portée incapable de travailler, des obligations lui imposées par les présents statuts.

(4) Des contrôles peuvent être effectués par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par contrôle médical des personnes portées incapables de travailler on entend, sans préjudice des dispositions portées aux articles 168 à 190, le contrôle tel que visé notamment à l'article 213 auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale et tel que visé à l'article 418, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale pour vérifier si la personne contrôlée est capable de reprendre son activité professionnelle.

Art. 192. (1) Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés commis par la Caisse nationale de santé. Les contrôleurs sont porteurs d'une carte d'habilitation.

(2) Les contrôleurs ont pour mission de constater si la personne portée incapable de travailler se conforme aux dispositions légales (article 16 du Code de la sécurité sociale) envisageant l'organisation de mesures de contrôle par les présents statuts notamment en ce qui concerne son lieu de séjour pendant l'incapacité de travail.

(3) D'une manière générale le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informé de l'absence au travail d'un assuré en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce contrôle s'étend tant aux périodes pendant lesquelles l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendue en vertu de l'article 11, paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale, que pendant celles où celle-ci est à charge de la Caisse nationale de santé.

Art. 193. Dans le cadre des accords internationaux bi- ou multilatéraux ou des règlements communautaires applicables, le contrôle administratif peut être effectué en dehors des frontières du Grand-Duché de Luxembourg. Dans ce cas le contrôle est effectué soit par des agents des autorités compétentes du pays de résidence ou de séjour, soit, si les instruments juridiques applicables le prévoient, également par des contrôleurs commis par la Caisse nationale de santé.

Art. 194. (abrogé)

Art. 195. Un contrôle administratif peut être effectué sur demande écrite dûment motivée de l'employeur.

Art. 196. (1) Les personnes relevant d'une profession libérale ou indépendante ayant communiqué un arrêt de travail peuvent être soumises dès le premier jour de l'incapacité de travail au contrôle suivant les mêmes modalités que les personnes possédant la qualité de salarié.

(2) Lorsque la personne déclarante est médecin ou lorsque la déclaration concerne une des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 5) du Code de la sécurité sociale, conjoint ou partenaire d'un médecin au sens de cette disposition légale, le constat d'incapacité visé à l'article 170 doit émaner, sous peine d'irrecevabilité, d'un médecin tiers.

CHAPITRE 8 - **OBLIGATIONS DES SALARIÉS, DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS OU DES RESSORTISSANTS DES PROFESSIONS LIBÉRALES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

Art. 197. La personne portée incapable de travailler est tenue de fournir à la Caisse nationale de santé son adresse exacte (lieu, rue, numéro, étage …) où elle séjourne pendant son incapacité de travail.

Art. 198. (1) Tant que dure l'incapacité de travail et qu'il n'y a pas reprise du travail par la personne portée incapable de travailler, il lui est interdit de

1. participer à des activités sportives, sauf si celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une prescription médicale précise, servant au rétablissement des causes de l'incapacité de travail;
2. exercer une activité incompatible avec son état de santé;
3. fréquenter un débit de boissons ou un établissement de restauration, sauf pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la caisse.

(2) L'interdiction prévue au point 3. de l'alinéa précédent ne joue pas pour les personnes domiciliées dans un tel établissement.

CHAPITRE 9 - **RÉGIME DE SORTIES DU MALADE**

Art. 199. (1) Par sortie de la personne portée incapable de travailler on entend l'éloignement, pendant la période d'incapacité de travail, de la personne incapable de travailler de son domicile ou du lieu de séjour indiqué par elle.

(2) Sauf les dérogations prévues par les présents statuts et nonobstant indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les périodes d'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

(3) On entend par périodes déclarées d'incapacité de travail celles que la personne portée incapable de travailler a déclarées à son employeur ou à la Caisse nationale de santé comme étant celles où elle sera prévisiblement absente de son travail pour cause de maladie ou d'accident.

Art. 200. Par dérogation à l'article précédent, la personne portée incapable de travailler peut s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour dans les hypothèses prévues ci-dessous:

a) à partir du premier jour d'incapacité de travail:
   1. pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande. La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence

du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens;

2. pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas;

b) à partir du cinquième jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant au continu cinq jours civils:

pour les sorties non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures.

Art. 201. Les dispositions des articles 198 à 200 ne s'appliquent pas aux personnes bénéficiant d'un congé de maternité, d'un congé d'accueil, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé pour raisons familiales ou d'un congé d'accompagnement ou auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

Art. 202. Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de six semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43e jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie prévues aux articles 198 à 200.

Art. 203. (1) Sauf autorisation spécifique accordée conformément aux dispositions de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale et dans les conditions visées ci-après, le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Cette règle ne vaut pas dans l'hypothèse où l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée.

(2) En application de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise pour tout séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée pendant une période d'incapacité de travail. Cette autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour une période ne pouvant dépasser une semaine ouvrable, sur avis circonstancié du médecin-traitant dans les cas limitativement énoncés ci-après:

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité;
2. décès intervenu à l'étranger d'un parent ou allié du 1er degré ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
3. naissance à l'étranger d'un enfant de la personne portée incapable de travailler.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

(3) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable pour une période déterminée est accordée par la Caisse nationale de santé sur avis circonstanciés et concordants du médecin-traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans des cas de pathologie ou de maladie graves.

(4) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est réputée acquise si le séjour à l'étranger de la personne portée incapable de travailler se limite à la région limitrophe et permet de réunir les conditions suivantes:

1. organisation du contrôle administratif;
2. organisation du contrôle médical;
3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document «S2», prévu par la réglementation européenne.

(5) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la personne pour laquelle un droit aux soins palliatifs conformément aux articles 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs est ouvert est autorisée à séjourner dans un pays différent de celui où elle est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande écrite lui adressée au préalable.

(6) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux personnes auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

CHAPITRE 10 - **MODALITÉS DU CONTRÔLE**

Art. 204. (1) Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 08.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqués comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

(2) Pour chaque personne contrôlée il est tenu un dossier de contrôle où sont consignés les constats de contrôle et généralement tous les faits significatifs et incidents en rapport avec le déroulement et le résultat du contrôle.

Art. 205. (1) Lors du contrôle administratif il est dressé un constat de présence ou de contravention aux dispositions statutaires de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

(2) A l'occasion des contrôles constatant une absence, le contrôleur laisse une notice de sa présence sur le lieu de contrôle. Cette notice est valablement déposée, dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. A défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne portée incapable de travailler. La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de trois jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet de la poste faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle. Le détail de cette instruction ainsi que le contenu et la forme du procès verbal de contrôle pourront être précisés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.

(3) Dans la mesure où un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

Art. 206. Pour des motifs dûment justifiés à consigner dans le dossier, les contrôleurs sont habilités à effectuer le même jour et par personne portée incapable de travailler, plusieurs contrôles.

Art. 207. (1) Sur demande du contrôleur, la personne portée incapable de travailler est obligée de présenter à celuici une pièce d'identité officielle avec photo.

(2) La personne portée incapable de travailler a l'obligation d'éviter toutes circonstances empêchant le contrôleur d'entrer en contact personnel avec elle.

Art. 208. (1) Au cas où l'employeur sollicite, conformément à l'article 195, un contrôle de la personne portée incapable de travailler, il doit avoir informé le service de contrôle de la Caisse nationale de santé de l'absence au travail du salarié. La demande en vue du contrôle est faite à l'aide d'un formulaire de demande transmis par l'employeur au service de contrôle par courrier postal, par fax ou par voie électronique dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le comité directeur.

(2) Dans les situations où l'employeur a communiqué au service de contrôle l'absence d'un salarié aux fins de contrôle prévu au paragraphe précédent il obtient par le service du contrôle des malades une confirmation écrite par fax ou par courriel, ainsi qu'un numéro d'enregistrement du message afférent.

(3) Au cas où l'employeur a fait usage de la faculté prévue au paragraphe (1), il doit immédiatement signaler par la même voie toute reprise de travail du salarié avant le terme de l'absence pour cause d'incapacité de travail du salarié annoncée par celui-ci.

(4) Une nouvelle demande pour un même assuré peut être introduite par l'employeur au plus tôt après l'écoulement d'un délai de 30 jours depuis la dernière demande.

(5) En cas de pluralité d'employeurs concernés par une même période d'incapacité de travail, les pièces du dossier afférent sont communiquées, dans les cas prévus par les présents statuts, à chacun d'eux.

Art. 209. (1) La personne susceptible de contrôle qui présente les caractéristiques d'un absentéisme correspondant à un profil basé sur des algorithmes définis par le comité directeur de la Caisse nationale de santé a l'obligation de communiquer toute absence au travail pour cause de maladie ou d'accident dès le premier jour d'absence par téléphone, fax ou voie électronique à la Caisse nationale de santé. Au cas où le premier jour de l'absence correspond à un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable. L'obligation de ce faire lors de tout arrêt de travail lui est communiquée par écrit par la Caisse nationale de santé. Cette obligation perdure pendant un délai de douze mois à compter de cette communication. Le comité directeur peut proroger ce délai à 24 mois.

(2) Le délai prévu au paragraphe (1) reprend son cours à chaque fois que la personne concernée rentre de nouveau dans le profil d'absentéisme visé ci-avant.

Art. 210. La personne qui fait l'objet de l'invitation prévue à l'article précédent communique son absence au travail à la Caisse nationale de santé d'après les instructions qui lui ont été communiquées. Elle reçoit un numéro d'enregistrement de sa communication, qu'elle devra indiquer dans le cadre de toute procédure administrative en rapport avec l'absence au travail en question.

Art. 211. (1) Peuvent faire l'objet d'un contrôle d'office les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépasse une fréquence raisonnable telle que définie dans la convention de l'UCM avec l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire définitive de la part du Collège médical, du Ministre de la Santé ou résultant d'une instruction de la Commission de surveillance visée à l'article 72 du Code de la sécurité sociale pour dépassement des références médicales

prévues par la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Union des caisses de maladie et le groupement professionnel des médecins et médecins-dentistes.

(2) Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de quatre médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs.

Art. 212. Le contrôle s'étend pareillement aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médiaux consignés sur 4 constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs.

Art. 213. Les personnes visées aux articles 209, 211 et 212 précédents peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical tel que visé par l'article 191 (4). Le Contrôle médical de la sécurité sociale transmet à destination du comité directeur ou de la Commission compétente un avis écrit qui s'exprime sur la capacité de travail des personnes en cause.

CHAPITRE 11 - **SANCTIONS**

Art. 214. (1) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 16, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux dispositions statutaires suivantes:

1. Absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque
   a) la notice prévue à l'article 205 (2) contenant les justifications de l'absence
      - n'a pas été retournée par l'assuré;
      - a été retournée en dehors du délai indiqué à l'article 205 (2);
   b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.
2. Manquement aux obligations de l'assuré, prévues aux chapitres 8 et 9 des présents statuts.
3. Manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

(2) L'amende d'ordre ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(3) Lorsqu'une amende d'ordre est prononcée à l'égard d'une personne relevant d'une profession indépendante ou libérale, cette amende est calculée sur la base de l'assiette cotisable mise en compte, par journée, et elle ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(4) Le comité directeur est compétent pour vider les oppositions. Le comité directeur peut accorder décharge de l'amende.

(5) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même

assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

CHAPITRE 12 - **OPPOSITION ET VOIES DE RECOURS**

Art. 215. Les décisions relatives aux sanctions prononcées sont susceptibles des voies d'opposition et de recours prévues par le Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 13 - **COMMUNICATIONS À L'EMPLOYEUR, À LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS OU AUX JURIDICTIONS DU DROIT DU TRAVAIL**

Art. 216. Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles relatifs à la constatation d'une contravention aux statuts. Toutefois le résultat est communiqué seulement après l'écoulement du délai pendant lequel l'assuré dispose de la faculté de justification d'absence visée à l'article 205, paragraphe (2).

Art. 217. (1) En cas de litige devant les juridictions du travail tenant à la constatation d'une contravention tenant à l'absentéisme, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitivement acquises par défaut d'opposition ou coulées en force de chose jugée, prises conformément aux dispositions de l'article 214.

(2) Ces relevés peuvent comprendre uniquement les décisions concernant des périodes auxquelles se rapporte le litige et ne peuvent comprendre des décisions datant de plus de 12 mois de calendrier au jour de la demande visée au paragraphe précédent.

(3) En cas de litige entre la Mutualité des employeurs et un assuré volontaire visé à l'article 53 alinéa final du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs peut demander la communication d'un relevé des décisions visé à l'article 214 des présents statuts.

Art. 218. (abrogé)

STATUTS DE LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

Statuts adoptés par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé le 2 octobre 2008 et approuvés par arrêté ministériel du 17 décembre 2008.

Chapitre I - **Champ d'application**

A. 17.12.08

Art. 1er. Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:

1) l'Etat, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;
2) les employeurs qui déclarent au Centre commun de la sécurité sociale les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre

de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance;

3) les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque du maintien de la rémunération ci-dessus.

Pour bénéficier de l'exemption prévue au point 3) de l'alinéa qui précède, l'entreprise doit avoir transmis avant le 1er mars au Centre commun de la sécurité sociale le certificat de la compagnie d'assurance attestant une couverture au 31 décembre 2008 et pendant l'exercice en cours. L'entreprise n'ayant pas respecté le délai prévu est tenue de payer les cotisations à la Mutualité pour l'exercice entier, même si elle produit ultérieurement ledit certificat.

Art. 2. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte ont la faculté de s'assurer auprès de la Mutualité ensemble avec les membres de famille assurés au titre de l'assurance maladie.

La demande doit être présentée avant le 1er janvier et l'assurance opère à partir de cet exercice. Toutefois, elle opère dès le début d'une première affiliation ou d'une nouvelle affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié après une interruption de douze mois au moins, si la demande d'affiliation à la Mutualité des employeurs est présentée dans un délai de trois mois après le début de l'affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié. A. 22.12.09

L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré et de plein droit en cas de non-paiement des cotisations à deux échéances successives.

Chapitre II - **Cotisations et autres ressources** A. 17.12.08

Art. 3. Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire définie aux articles 34, 35 et 36 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, aucune cotisation à la Mutualité n'est prélevée sur l'indemnité pécuniaire elle-même.

Art. 4. Les entreprises affiliées obligatoirement de même que les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte affiliées volontairement sont réparties en quatre classes de cotisation en fonction d'un taux d'absentéisme financier au cours d'une période d'observation. A. 14.12.10

Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise ou d'une personne exerçant l'activité professionnelle pour son propre compte, on entend la fraction définie:

- au numérateur par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés respectivement de ses propres incapacités de travail au cours de la période d'observation,
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise respectivement de l'ensemble de ses propres revenus pour la même période.

Ne sont pas prises en compte: A. 17.12.08

- ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois,
- ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- ni les absences correspondant à un congé de maternité ou d'accueil,

- ni les absences correspondant à un congé pour raisons familiales,
- ni les absences correspondant à un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond aux trois exercices précédant d'une année l'exercice de cotisation, pour autant qu'une affiliation à la Mutualité existe. A. 26.10.17

Art. 5. La classe 1 comprend les affiliés dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,65 pour cent, la classe 2 ceux dont ce taux est supérieur ou égal à 0,65 et inférieur à 1,60 pour cent, la classe 3 ceux dont le même taux est supérieur ou égal à 1,60 et inférieur à 2,50 pour cent et la classe 4 ceux dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,50 pour cent. A. 26.10.17

Les affiliés sont reclassés chaque année avant le 1er décembre dans les quatre classes de cotisation en fonction de leur taux d'absentéisme financier le plus récent connu. A. 17.12.08

Art. 6. Tout nouvel affilié obligatoire ou volontaire cotise dans la classe 2. A. 26.10.17

Est à considérer comme nouvel affilié celui dont la période d'observation prévue à l'article 4 ne comporte pas au moins douze mois d'assiette de cotisation. A. 26.10.17

N'est pas à considérer comme nouvel affilié obligatoire toute entreprise qui continue l'activité d'une entreprise préexistante. A. 22.12.09

Art. 7. Les affiliés qui sont classés pour la première fois ou qui changent de classe, en sont informés par simple lettre. A. 17.12.08

Les contestations concernant les informations prévues à l'alinéa qui précède font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

Art. 8. Au mois de décembre de chaque année, le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs fixe, sur base du budget de l'exercice à venir, le taux de cotisation des classes pour l'exercice à venir, sous réserve d'approbation par le Ministre de la Sécurité sociale.

Chaque taux de cotisation est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. A cet effet, ces frais et opérations sont ventilés sur les classes à l'aide d'une clé calculée sur base du montant des remboursements prévus dans chaque classe.

L'apport financier de l'État tel que déterminé par l'article 56 du Code de la sécurité sociale est affecté à raison de 4 pour cent à la classe 1, à raison de 13 pour cent à la classe 2, à raison de 32 pour cent à la classe 3 et à raison de 51 pour cent à la classe 4. A. 26.10.17

Art. 9. Le Centre commun de la sécurité sociale demande mensuellement le remboursement à la Caisse nationale de santé des montants mis au crédit des cotisants conformément à l'article 14, alinéa 4 des présents statuts du chef de congé pour raisons familiales, de congé d'accompagnement ou d'une incapacité de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois. A. 17.12.08

De même, il demande mensuellement le remboursement des montants avancés pour compte de l'Association d'assurance accident.

Chapitre III - **Remboursement de la rémunération**

Art. 10. Le remboursement à l'employeur, affilié obligatoirement à la Mutualité, de la rémunération qu'il est obligé de payer, en vertu de l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, à ses salariés incapables de travailler jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-

septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs est déterminé sur base:

1) de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question,
2) des heures totales correspondant à cette assiette,
3) des heures réclamées à titre de remboursement.

Art. 11. Sont considérées comme heures totales au sens de l'article 10, sous 2) des présents statuts, les heures de travail effectivement prestées, à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel visées respectivement à l'article L. 531-1 et L. 511-3 du Code du travail, les heures correspondant au congé politique défini à l'article 78 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, ainsi que les heures correspondant aux congés suivants définis dans le Code du travail:

- congé pour la recherche d'un nouvel emploi défini à l'article L. 124-8,
- temps de repos de compensation pour heures supplémentaires défini à l'article L. 21 1-27 paragraphe (2),
- congé annuel payé supplémentaire en cas de repos hebdomadaire raccourci défini à l'article L. 233-11,
- congé annuel payé de récréation défini à l'article L. 233-1,
- congé annuel payé supplémentaire pour salariés handicapés défini à l'article L. 233-4,
- congé annuel payé supplémentaire pour le secteur des mines et minières défini à l'article L. 233-4,
- dispense pour mandats syndicaux définie à l'article L. 233-11,
- congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel défini à l'article L. 233-16,
- congé-jeunesse défini à l'article L. 234-1,
- congé sportif défini à l'article L. 234-8, A. 22.12.09
- congé culturel défini à l'article L. 234-9,
- congé des volontaires des services d'incendie, de secours et de sauvetage défini à l'article L. 234-21,
- congé de la coopération au développement défini à l'article L. 234-31,
- congé-formation défini à l'article L. 234-58,
- congé pour mandats sociaux défini à l'article L. 234-71,
- congé linguistique défini à l'article 234-72.

Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures totales les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

Les fractions d'heures du total mensuel doivent être arrondies vers le haut si le nombre de minutes atteint ou dépasse trente minutes et vers le bas si le nombre est inférieur à trente minutes.

Art. 12. Les employeurs sont tenus de déclarer chaque mois au Centre commun de la sécurité sociale, outre la rémunération du mois précédent et les heures totales au sens de l'article qui précède, les périodes d'incapacité de travail de leurs salariés. A. 17.12.08

Par périodes d'incapacité de travail on entend celles définies dans l'article 169 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 13. En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque

période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait travaillé.

Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base de définition que les heures totales définies à l'article 11 des présents statuts.

Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur peut également faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale, sur demande expresse de ce dernier et aux fins de remboursement, le certificat médical du salarié. A. 26.10.17

Art. 14. Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de quatre-vingts pour cent de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour: A. 17.12.08

- l'assurance pension,
- l'assurance maladie, en ce qui concerne tant le financement de l'indemnité pécuniaire que des soins de santé,
- l'assurance accident.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, le remboursement est intégral pour les périodes d'incapacité de travail correspondant soit à une maladie ou un accident se situant dans la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois, soit à un congé pour raisons familiales ou à un congé d'accompagnement.

Le montant à rembourser est obtenu en multipliant l'assiette par le rapport entre le nombre d'heures réclamées et la somme du nombre d'heures totales au sens des articles 11 et 13 ci-dessus.

Le montant à rembourser est mis au crédit de l'entreprise sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Un solde positif sur l'extrait de compte peut être liquidé sur demande expresse de l'employeur.

Art. 15. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte sont indemnisées à quatre-vingts pour cent de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Toute période d'incapacité de travail doit être justifié par un certificat médical. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire. A. 22.12.09 A. 17.12.08

Art. 16. Les contestations des affiliés au sujet des remboursements font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé

Règlement d'ordre intérieur adopté par le comité directeur de la Caisse nationale de santé le 16 septembre 2009 et approuvé par arrêté ministériel du 5 octobre 2009.

I. Le comité directeur

A. 5.10.09

Art. 1er. Le comité directeur se réunit sur convocation de son président, désigné ci-après par «le président», toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Il se réunit au moins dix fois par année, conformément à un calendrier prévisionnel proposé par le président et approuvé par le comité directeur lors de la dernière séance de l'année, et au plus tard:

- le 15 novembre de chaque année pour:
  - statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité compte tenu du budget des frais administratifs établi par les caisses prévues à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale,
  - établir la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et
  - fixer les taux de cotisation conformément à l'article 30 du Code de la sécurité sociale;
- le 10 décembre de chaque année pour statuer sur le budget annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance;
- le 15 juillet de chaque année pour:
  - statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité,
  - statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance.

Hors le cas d'urgence, évalué par le comité directeur, les décisions relatives aux statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations sont prises dans un intervalle d'au moins 90 jours, si elles ont le même objet. Cette règle ne vise pas les décisions relatives aux annexes aux statuts.

Toute proposition de modification des statuts ou des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale, susceptible d'entraîner un impact financier, informatique ou procédural est accompagnée d'une analyse d'impact permettant d'en évaluer les conséquences notamment financières, informatiques, juridiques et procédurales, réalisée par l'administration de la Caisse nationale de santé, notamment moyennant un formulaire standardisé. Le comité directeur peut dispenser de cette analyse d'impact en cas d'urgence ou de mise en conformité des statuts ou conventions avec des normes hiérarchiquement supérieures.

Si un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix désire que le comité directeur se réunisse, il doit adresser à cet effet une demande écrite et motivée au président, qui est alors tenu de convoquer le comité avec l'ordre du jour proposé dans un délai de deux semaines. Le comptage des voix s'effectue conformément aux articles 1, 2 et 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des

délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Art. 2. La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, au plus tard deux semaines avant la date de la réunion lorsque le comité directeur est appelé à prendre une décision dans les matières prévues à l'article 45, alinéa 3, sous 1) à 6) du Code de la sécurité sociale et à l'article 381, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale. A. 24.9.10

Par dérogation à ce qui précède, le délai de convocation prévu à l'alinéa 3 du présent article est d'application pour les décisions relatives aux annexes aux statuts.

Le comité directeur, appelé à prendre une décision dans le cadre des missions que lui attribue l'article 45, alinéa 3, sous 4) du Code de la sécurité sociale, ne peut se réunir que 10 jours après réception du rapport par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur la mission de contrôle des comptes annuels. La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, au plus tard deux semaines avant la date de la réunion. A. 5.10.09

Pour les autres affaires comprises dans les attributions du comité directeur, la convocation a lieu au plus tard une semaine avant la date de la réunion.

La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion. Les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis sont joints à la convocation.

Lorsque le comité directeur est appelé à prendre une décision dans l'une des compositions visées à l'article 46 du Code de la Sécurité sociale, la convocation à une séance du comité directeur ou à la réunion d'une commission, ainsi que toute information supplémentaire transmise aux membres du comité directeur, est communiquée au directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale. Un représentant du Contrôle médical de la sécurité sociale est invité à ces séances.

Lorsque le comité directeur est appelé à prendre une décision relative aux matières visées à l'article 381, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la convocation à une séance du comité directeur ou à la réunion d'une commission, ainsi que toute information supplémentaire transmise aux membres du comité directeur, est communiquée au directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Un représentant de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance est invité à ces séances.

Art. 3. Chaque délégué effectif peut se faire remplacer par son suppléant, conformément à l'article 46, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et à l'article 5 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Art. 4. L'ordre du jour, fixé par le président, énumère les objets sur lesquels le comité directeur est appelé à délibérer et il détermine la suite des débats. Celle-ci peut être modifiée par le comité directeur conformément à l'article 9, alinéa 4 du présent règlement.

Le président, un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix ou la majorité des délégués d'un groupe tel que défini à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement peut demander que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions. De telles propositions doivent nécessairement rentrer dans les compétences du comité directeur; elles doivent

être faites par écrit et parvenir au président cinq jours avant la date prévue pour la réunion; elles indiquent le libellé de la décision que les auteurs de la proposition demandent au comité de prendre.

Le président porte le complément de l'ordre du jour aussitôt à la connaissance des délégués.

Chaque membre du comité directeur peut, en début de séance, proposer que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions ou questions. Toutefois, si au cours de la séance, un vote est demandé par un membre du comité directeur sur une proposition inscrite à l'ordre du jour en début de séance, la discussion est suspendue et la proposition est inscrite par le président à l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité directeur.

Art. 5. Le comité directeur délibère valablement si le président, ou le vice-président appelé à suppléer le président, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 1) à 4) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 5) à 8) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Dans les matières visées à l'article 381, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, le comité directeur délibère valablement si le président, ou le vice-président appelé à suppléer le président, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 1) à 4) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 5) à 7) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Lorsque le président, ou le vice-président appelé à le suppléer, constate que le comité directeur n'est pas en nombre pour délibérer valablement ou n'est pas composé conformément aux articles 46, alinéas 1er et 4, respectivement 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, il clôt la réunion.

En cas de présidence du comité directeur par le vice-président, le comité directeur délibère valablement si le vice-président, le fonctionnaire le plus ancien en rang et un représentant de l'autre groupe de délégués que celui qui a désigné le vice-président sont présents.

Dans l'hypothèse où le comité directeur n'est pas valablement constitué, il sera convoqué une nouvelle fois, dans un délai de trois jours à compter de la date de cette séance, avec le même ordre du jour en respectant les modalités et les délais prévus à l'article 2 du présent règlement. Toutefois, les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis joints à la première convocation ne doivent plus être joints.

Si, lors de la seconde convocation, le comité directeur n'est pas constitué conformément aux alinéas 1 à 4 du présent article, le président ou le vice-président appelé à suppléer le président, clôt la réunion. Le président peut en informer l'Inspection générale de la sécurité sociale s'il juge que, par le défaut de prise d'une décision, le comité directeur risque de manquer aux missions que lui attribue la loi. En cas de présidence par le vice-président, cette compétence revient au fonctionnaire le plus ancien en rang.

Art. 6. Le président peut se faire assister par des agents de la Caisse nationale de santé; il désigne parmi eux le secrétaire de séance.

Les membres du comité directeur de la Caisse nationale de santé et les agents des institutions de sécurité sociale sont tenus au

secret professionnel, conformément à l'article 411 du Code de la sécurité sociale.

Le président ouvre et clôt la séance. Il peut en suspendre les débats pour une durée ne dépassant pas une demi-heure si, lors de la discussion d'un point de l'ordre du jour, lui-même ou un des groupes de délégués tels que définis à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement, souhaite disposer d'un délai de réflexion.

Le président dirige les débats avec objectivité et impartialité. Il peut rappeler nominativement à l'ordre les délégués qui auraient troublé les débats.

Il accorde la parole dans l'ordre des demandes, à moins qu'il ne juge à propos de faire parler alternativement pour et contre la proposition.

Il ne peut refuser la parole à un délégué qui veut intervenir pour répondre à un fait personnel ou pour en appeler au présent règlement.

Art. 7. Au cours des délibérations, les délégués peuvent dans le cadre de leurs interventions présenter des amendements au projet de décision en rapport avec l'objet en discussion et figurant sur l'ordre du jour.

Lorsque des amendements comportant des modifications substantielles, à apprécier par le président, des textes soumis dans des matières visées aux articles 45, alinéa 3, sous 1) à 6) et 381, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale sont présentés, ils ne peuvent être soumis au vote du comité directeur que s'ils ont été remis au président ou son représentant par écrit au moins cinq jours avant la date de la réunion. Le président peut modifier l'amendement avec l'accord du ou des délégués l'ayant signé. Le président porte les propositions d'amendement aussitôt à la connaissance des intéressés.

(alinéa abrogé) A. 24.9.10

Lorsque des amendements comportant des modifications substantielles, à apprécier par le président, des textes soumis au comité directeur dans les autres matières relevant de sa compétence sont présentés, ils ne peuvent être soumis au vote du comité directeur que s'ils ont été présentés par écrit. Ces amendements sont distribués séance tenante aux membres du comité directeur. A. 5.10.09

Les autres amendements, qui ne sont pas qualifiés de substantiels, se font oralement et sont apportés à la proposition séance tenante par le secrétaire de séance.

Après la clôture des débats, le président en fait le résumé et met en vote d'abord les amendements éventuels, ensuite la proposition initiale. Tant qu'il n'a pas été soumis au vote, un amendement peut être retiré par le ou les délégués qui l'ont signé, ou en leur absence, à l'unanimité par les délégués du groupe, tel que défini à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement, auquel appartiennent les signataires.

Dans les questions complexes, la division est de droit si elle est demandée. L'auteur de la demande doit préciser les parties sur lesquelles il demande des votes séparés. A. 24.9.10

Art. 8. Au début de chaque séance, le secrétaire reçoit les procurations prévues à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension. Les règles du droit commun relatives au mandat sont applicables. A. 5.10.09

Le modèle de procuration annexé au présent règlement peut être utilisé pour conférer mandat. Le délégué mandaté remet au secrétaire de séance soit le mandat original, soit le mandat sous

forme numérique, soit une télécopie portant le mandat, à condition que l'acte porte la signature manuscrite du mandataire.

Il fait ensuite l'appel nominal des délégués présents en précisant s'ils sont effectifs, suppléants et/ou mandatés. Le président arrête la liste des délégués présents et représentés par procuration en vue de la pondération des voix conformément à l'article 46, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, respectivement à l'article 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles 1 à 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Le délégué qui rejoint la réunion après la clôture de la liste des présences n'y assiste qu'avec voix consultative. Toutefois, si une procuration, signée par ce délégué, avait été présentée au secrétaire en début de séance, la procuration est révocable à tout moment. Il doit communiquer cette révocation au secrétaire de séance qui en prend note sur la procuration, qu'il remet au mandant.

Le calcul des voix étant arrêté en début de séance, le ou les délégués qui quittent la séance après fixation de la pondération, sans avoir remis de procuration au secrétaire de séance, conformément à l'article 7 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension, perdent l'exercice de leur droit de vote pour la séance qu'ils quittent, ainsi qu'un éventuel mandat dont ils étaient investis, en cas de vote en leur absence. Ils peuvent révoquer le mandat donné à un autre délégué s'ils rejoignent la séance en cours et communiquer cette révocation au secrétaire de séance qui en prend note sur la procuration, qu'il remet au mandant.

Si aucun délégué n'est susceptible de recevoir procuration après la fixation de la pondération des voix en début de séance, le délégué qui désire quitter la séance perd sa voix délibérative, ainsi qu'un éventuel mandat dont il était investi, en cas de vote en son absence.

Art. 9. Les délégués votent à main levée. Le vote peut également avoir lieu sur appel nominal et à haute voix. Le vote a lieu par ordre alphabétique. Les délégués suppléants votent à la place du délégué effectif qu'ils remplacent. Les délégués mandatés votent conformément à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension. Le président vote en dernier lieu.

Toutefois, si un membre du comité directeur le demande, le vote se fait au scrutin secret pour les présentations de candidats, les nominations aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires. Dans les autres matières relevant de la compétence du comité directeur, si le président ou un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix désire que le vote se fasse au scrutin secret, le président y fait droit.

Le secrétaire de séance inscrit pour chaque vote exprimé le nombre de voix pondéré qui revient au délégué effectif ou suppléant, en tenant compte des procurations qui lui ont été remises avant le vote. En cas de vote secret, le président nomme un scrutateur et un témoin, agents assermentés de la Caisse nationale de santé, chargés du dépouillement des votes. Avant

tout dépouillement, le président leur rappelle leur obligation de secret au sens de l'article 411 du Code de la sécurité sociale.

Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées et pondérées conformément à l'article 46, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, respectivement à l'article 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles 1 à 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

En cas de partage des voix, la proposition est rejetée. Dans cette hypothèse, la proposition est inscrite par le président à l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité directeur. En cas de partage des voix lors d'un second vote sur la proposition, la voix du président est prépondérante.

Si pour un point inscrit à l'ordre du jour aucun vote n'est demandé par un membre du comité directeur, la proposition initiale est considérée comme adoptée.

A la demande d'un membre du comité directeur, il peut être décidé à l'unanimité qu'un objet figurant à l'ordre du jour soit reporté à une autre réunion du comité directeur.

Art. 10. Le président arrête le relevé des décisions prises par le comité directeur. Cette liste est dressée par le secrétaire de séance, qui tient également l'inventaire des délégués effectifs et suppléants présents et représentés, ainsi qu'un résumé évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs et négatifs ainsi que les abstentions, sauf en cas de vote secret.

Le relevé des décisions est communiqué sans retard à l'autorité de surveillance.

Art. 11. Les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle à leur égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordres peuvent être valablement vidées par le comité directeur à distance. A cet effet, tous les quinze jours, le président ou le fonctionnaire le plus ancien en rang peuvent envoyer une liste de propositions de décisions aux délégués effectifs du comité directeur, par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique, les invitant à prendre position.

Les délégués effectifs disposent d'un délai d'une semaine après réception de la liste des propositions de décisions pour communiquer leurs oppositions par écrit au président du comité directeur. La liste est présumée réceptionnée le jour suivant la date d'envoi par la Caisse nationale de santé. En cas d'opposition écrite d'un délégué effectif par voie postale ou électronique, la proposition de décision est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine séance utile du comité directeur.

En l'absence de réception par le président d'une opposition écrite dans le délai d'une semaine, la décision est réputée adoptée par le comité directeur. Le président arrête le relevé des décisions et le communique sans retard à l'autorité de surveillance. L'article 14 du présent règlement est applicable. Les décisions ainsi prises sont consignées au procès-verbal de la prochaine séance du comité directeur.

Art. 12. En cas d'absence du président en début de séance, le comité directeur est présidé par le vice-président en exercice et, à défaut, par le vice-président désigné par l'autre groupe de délégués conformément à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Si le vice-président en exercice est un délégué visé à l'article 46, alinéa 1er, sous 2), 3) ou 4) du Code de la sécurité sociale, il est remplacé par le vice-président de l'autre groupe de délégués lors

de la séance au cours de laquelle le comité directeur est appelé à prendre une décision dans une matière visée à l'article 46, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

La fonction de vice-président est exercée par les deux vice-présidents par alternance annuelle et suivant roulement. Le roulement est déterminé par tirage au sort après chaque renouvellement intégral du comité directeur, sauf entente entre les deux groupes visés à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Lors de la séance suivant le renouvellement intégral du comité directeur, le nom des vice-présidents, désignés conformément à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, est communiqué au président du comité directeur ou, à défaut, au fonctionnaire le plus ancien en rang appelé à remplacer le président conformément à l'article 397, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même lorsqu'un groupe désigne un autre vice-président en cours de mandat.

Les dispositions du présent règlement visant la fonction du président sont applicables par analogie lorsqu'une séance du comité directeur est présidée par le vice-président, appelé à suppléer le président.

Toutefois, lorsque le comité directeur est présidé par un vice-président, le vote du président est exercé par le fonctionnaire le plus ancien en rang. Dans cette hypothèse, il revient également au fonctionnaire le plus ancien en rang d'assurer, dans les formes et les délais prévus dans le présent règlement, la fixation de l'ordre du jour après consultation du vice-président, l'envoi des convocations, la communication de compléments à l'ordre du jour, ainsi que la réception et la transmission d'éventuels amendements. En cas d'absence du président, les compétences du président non dévolues par le présent règlement à une autre personne sont exercées par le fonctionnaire le plus ancien en rang.

Art. 13. Le président, appelé à prendre des décisions sur base de l'article 47, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale dans les matières visées à l'article 214 des statuts de la Caisse nationale de santé, prend l'avis préalable du comité directeur.

Art. 14. Le président, assisté du personnel de la Caisse nationale de santé, exécute les décisions du comité directeur et des commissions nommées en son sein pour autant qu'elles ne fassent pas l'objet d'une suspension ou d'une annulation en application de l'article 410 du Code de la sécurité sociale ou qu'elles aient été approuvées par l'autorité compétente, si une telle approbation est requise en vertu des lois et règlements.

Pour les cas où aucune approbation formelle n'est requise en vertu des lois et règlements, les décisions n'ayant pas fait l'objet d'observations de la part de l'autorité de surveillance, réceptionnées par le président de la Caisse nationale de santé dans un délai de 10 jours à partir de l'expédition du relevé des décisions conformément à l'article 10 du présent règlement, sont réputées exécutoires.

Sauf disposition contraire, les décisions prévues à l'article 45, alinéa 3, sous 1) à 6) du Code de la sécurité sociale entrent en vigueur quatre jours après publication au Mémorial de la décision d'approbation ministérielle. Toutefois, lorsque les décisions portent sur des dispositifs médicaux ou des produits d'alimentation médicale, à l'exclusion des médicaments, le comité directeur peut décider de faire rétroactivement bénéficier de la décision la ou les personnes dont la demande est à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

Art. 15. Dans les cas où des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles prévoient la représentation de la Caisse

nationale de santé par un ou plusieurs membres du comité directeur, chaque groupe de délégués, tel que défini à l'article 5 du présent règlement, peut présenter un candidat au comité directeur. En cas de désaccord, le représentant de la Caisse nationale de santé est désigné par le comité directeur conformément à l'article 9 du présent règlement. Les candidats sont nécessairement choisis parmi les membres du comité directeur ou parmi les agents dirigeants de la Caisse nationale de santé.

Les représentants de la Caisse nationale de santé font rapport de leur mandat au comité directeur. A la demande de celui-ci ou de son président, ils soumettent au comité directeur les pièces et rapports dont ils sont détenteurs en vertu de leur mandat, dans le respect du secret professionnel auquel ils sont liés.

Tout mandat pour le compte de la Caisse nationale de santé cesse au moment de la cessation des fonctions de membre du comité directeur ou d'agent de la Caisse nationale de santé.

Suite au renouvellement intégral du comité directeur, tout mandat de représentation de la Caisse nationale de santé cesse. Le comité directeur procède à une nouvelle présentation de candidats lors de l'une des premières réunions du comité directeur suivant la désignation des délégués conformément au règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale. Les mandataires en exercice représentent valablement la Caisse nationale de santé jusqu'à la désignation des nouveaux représentants.

II. Les commissions

Art. 16. Après le renouvellement intégral, le comité directeur, régulièrement constitué dans chacune de ses compositions, peut, à l'unanimité, nommer en son sein des commissions, dont il fixe le nombre et auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions, conformément à l'article 46, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale.

Art. 17. Le comité directeur définit pour chaque commission qu'il crée, la composition et les compétences de cette commission, ainsi que le quorum nécessaire pour qu'elle puisse délibérer, dans le respect des règles relatives à la composition du comité directeur.

Le comité directeur fixe également la composition, les compétences et les modalités de fonctionnement des délégations de négociations qu'il crée.

La prise des décisions prévues au présent article se fait selon les modalités prévues à l'article 9 du présent règlement.

Art. 18. Le président ou l'agent dirigeant de la Caisse nationale de santé, désigné par le président de la Caisse nationale de santé, convoque et préside la commission, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans les attributions de la commission.

La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, à chaque membre de la commission, au moins cinq jours avant la date de la réunion.

La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion. Les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis sont joints à la convocation.

Si deux délégués membres de la commission désirent que celle-ci se réunisse, ils doivent adresser à cet effet une demande écrite

et motivée au président de la commission, qui est alors tenu de la convoquer avec l'ordre du jour proposé dans un délai de cinq jours à compter de cette demande.

Art. 19. L'ordre du jour énumère les objets sur lesquels la commission est appelée à délibérer et il détermine la suite des débats. Celle-ci peut être modifiée par la commission.

Chaque délégué membre de la commission peut, en début de réunion, proposer que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions ou questions.

Art. 20. Chaque délégué effectif, membre de la commission, peut se faire remplacer par son suppléant, conformément à l'article 46, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et à l'article 5 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Au début de chaque séance, le président de la commission reçoit les procurations prévues à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Lorsque le président de la commission constate que celle-ci n'est pas en nombre pour délibérer valablement conformément au quorum prévu pour cette commission lors de sa création, il clôt la réunion.

Dans ce cas, il convoque, dans un délai de trois jours à compter de cette séance, la commission avec le même ordre du jour. Si lors de la seconde convocation, la commission n'est pas valablement constituée, le président de la commission en rapporte au président du comité directeur. Les affaires inscrites à l'ordre du jour de la commission peuvent être mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion utile du comité directeur par le président.

Art. 21. Le président de la commission ouvre et clôt la séance. Il peut se faire assister par des agents de la Caisse nationale de santé, parmi lesquels il désigne le secrétaire de séance. Le président peut notamment charger le secrétaire de séance de dresser un rapport résumant l'avancée des travaux de la commission.

Il dirige les débats avec objectivité et impartialité. Il peut rappeler nominativement à l'ordre les délégués qui auraient troublé les débats.

Il accorde la parole dans l'ordre des demandes, à moins qu'il ne juge à propos de faire parler alternativement pour et contre la proposition.

Il ne peut refuser la parole à un délégué qui veut intervenir pour répondre à un fait personnel ou pour en appeler au présent règlement.

Art. 22. Les décisions de la commission sont prises à l'unanimité des votes exprimés.

Le président de la commission arrête le relevé des décisions prises par la commission lors de la séance et transmet sans délai la liste au président et aux membres du comité directeur.

Le président de la commission dresse également l'inventaire des délégués présents et représentés.

A défaut de vote unanime sur une question prévue à l'ordre du jour, l'affaire est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion utile du comité directeur. Le rapport du président de la

commission, motivant la position des délégués sur le point litigieux, est annexé à cet ordre du jour.

Les dispositions de l'article 14 du présent règlement sont applicables par analogie. Les décisions prises par une commission sont réputées prises par le comité directeur.

Règles de fonctionnement du conseil d'administration de la Mutualité des employeurs

Règlement d'ordre intérieur adopté par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs le 11 novembre 2010 et approuvé par arrêté ministériel du 14 décembre 2010.

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le conseil d'administration en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour. A. 14.12.10

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par courriel aux membres effectifs et suppléants au moins sept jours avant la séance.

Les membres effectifs du conseil d'administration qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants ou leurs délégués à assister à la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le vice-président.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics du Centre commun et de la Caisse nationale de santé peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le conseil d'administration délibère valablement si la majorité de ses membres est présente.

Lorsque le président constate que le conseil d'administration n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance. Dans ce cas, il convoque le conseil d'administration avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 1er. Le conseil d'administration siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. Les membres du conseil d'administration votent à main levée.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au conseil d'administration qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal est adressé aux membres effectifs et suppléants du conseil d'administration, au Ministre de tutelle ainsi qu'à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Point de contact national

Mise en place du point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé adopté par le comité directeur du 17 septembre 2014 et approuvé par arrêté ministériel du 5 novembre 2014.

I. Forme du point de contact national

Art. 1er. Le point de contact national institué en vertu de l'article 45, alinéa 3, point 7) du Code de la sécurité sociale est intégré dans les structures existantes au sein de divers départements de la Caisse nationale de santé. A. 19.6.17

Art. 2. Le point de contact national est directement accessible par: A. 5.11.14

1. la ligne téléphonique rattachée au service «Accueil et Information» (2757-1) de la Caisse nationale de santé qui transfère les communications relatives aux soins de santé transfrontaliers en fonction de la nature de la demande, soit au service en charge des autorisations pour soins de santé transfrontaliers, soit au service en charge du remboursement des coûts de soins de santé transfrontaliers ou à tout autre service compétent au sein de la Caisse nationale de santé;
2. le site Internet de la Caisse nationale de santé (www.cns.lu) et l'adresse de la messagerie électronique y associée (cns@secu.lu);
3. l'ensemble des guichets de l'agence Hollerich de la Caisse nationale de santé qui servent dans ce cadre A. 19.6.17
   a) à réceptionner et à transmettre les demandes d'autorisations de traitement à l'étranger au service en charge,
   b) à réceptionner et à transmettre au service en charge de la tarification, de la liquidation et du paiement, les factures et autres documents portant sur les prestations de soins de santé transfrontaliers,
   c) à fournir les informations sollicitées en relation avec les traitements à l'étranger et la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers;
4. les guichets du réseau des agences de la Caisse nationale de la santé; A. 5.11.14
5. l'adresse postale de la Caisse nationale de la santé.

II. Missions du point de contact national

Art. 3. (1) Le point de contact national fournit les renseignements nécessaires pour permettre aux personnes protégées d'exercer effectivement leurs droits à des prestations de soins de santé transfrontaliers, tant au regard des obligations requises au niveau de la législation de l'Etat d'affiliation qu'au regard de celles requises au niveau de la législation de l'Etat membre de séjour ou de l'Etat membre de traitement.

Les informations portent sur les procédures d'accès aux prestations de soins de santé transfrontaliers et la prise en charge de ces prestations qui dépendent notamment du choix de la personne, du statut du prestataire et des prestations

sollicitées. Les renseignements concernent tant les prestations de soins de santé urgents ou médicalement nécessaires au cours d'un séjour à l'étranger que les prestations de soins de santé programmés, que ces prestations soient sollicitées ou délivrées dans un Etat membre de l'Union européenne, la Suisse ou un pays de l'Espace économique européen ou un autre pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie ou dans un autre Etat.

(2) Le point de contact national renseigne sur les prestations de soins de santé transfrontaliers qui sont soumises à autorisation préalable et sur les conditions de forme et de fond requises pour l'obtention de l'autorisation.

(3) Le point de contact national renseigne sur les prestations de soins de santé transfrontaliers pris en charge en dehors d'une autorisation préalable et sur

1. les conditions de prise en charge des prestations,
2. les taux et les tarifs de remboursement applicables.

(4) Le point de contact national rend compte de la possibilité de prétendre à la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu du règlement modifié (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale.

Le point de contact national insiste sur les différences existant entre les deux systèmes de prise en charge, notamment en ce qui concerne

1. le droit applicable selon le type de traitement et l'option choisie (Etat membre de traitement/Etat membre compétent),
2. les conditions d'autorisation et de prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers,
3. les modalités de prise en charge (tiers payant/ remboursement),
4. la prise en charge des frais connexes (frais de transport/frais de séjour),
5. la prise en charge d'éventuels compléments différentiels.

III. Mode de communication

Art. 4. (1) Le point de contact national renseigne les personnes protégées sur leurs droits et obligations en matière de soins de santé transfrontaliers. Il contribue à renforcer la communication envers les personnes protégées et les prestataires en répondant tant à des demandes concrètes individuelles qu'en diffusant des renseignements d'ordre général. Lorsqu'il est saisi d'une demande concrète individuelle, le point de contact national examine les circonstances spécifiques de la demande, en prenant en compte les éléments de fait qui sont portés à sa connaissance et les éléments de droit prévus par les instruments bi- ou multilatéraux, les lois, règlements, conventions et statuts.

En cas d'impossibilité de traiter une demande ou de fournir les éléments de réponse, le point de contact national transmet la demande à toute personne, service, administration ou institution qu'il estime être en mesure de la traiter, tout en informant la personne protégée ou le prestataire de la transmission.

Le cas échéant, le point de contact national recommande à la personne protégée ou au prestataire de soins de prendre de plus amples renseignements auprès d'une institution d'assurance maladie ou du point de contact national compétent de l'Etat membre de séjour respectivement de l'Etat membre de traitement.

Lorsqu'il est amené à répondre dans une situation d'extrême urgence ou de grande complexité, le point de contact national peut décider de s'adresser directement à l'institution d'assurance maladie ou au point de contact national de l'Etat membre de séjour ou de traitement en vue de guider la personne protégée dans ses démarches.

(2) Le point de contact national communique les informations qui lui sont demandées dans une des langues officielles pratiquées au Grand-Duché de Luxembourg. Sur demande, les informations sont aussi communiquées en anglais.

(3) Les guichets de la Caisse nationale de santé sont facilement accessibles aux personnes handicapées physiques.

Les informations diffusées sur le site Internet de la Caisse nationale de santé sont accessibles aux personnes malvoyantes.

IV. Coopération avec le point de contact national institué auprès du ministère de la Santé

Art. 5. Le point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé fonctionne en étroite coopération avec le Service national d'information et de médiation santé institué en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient auprès du ministère de la Santé. Les deux points de contact nationaux se complètent mutuellement. Si le point de contact national institué auprès de la Caisse nationale de santé est saisi d'une demande concernant le Luxembourg en tant qu'Etat membre de traitement, il transfère la demande au Service national d'information et de médiation santé auprès du ministère de la Santé et en informe le demandeur.

V. Coopération avec les points de contact nationaux des autres Etats

Art. 6. Le point de contact national coopère étroitement avec les points de contact des autres Etats membres. Sur demande, le point de contact national assiste le point de contact d'un autre Etat membre dans ses missions d'information en lui fournissant des renseignements sur les prestations délivrées au Luxembourg et facturées selon les tarifs et conditions applicables au Luxembourg. Le cas échéant, le point de contact national renseigne le point de contact national de l'Etat membre d'affiliation d'un patient étranger sur l'interprétation de factures émises par les prestataires établis au Luxembourg. La liste des noms et coordonnées de tous les points de contact nationaux institués en vertu de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers est publiée sur le site Internet de la Caisse nationale de santé et sera transmise sur demande à toute personne s'adressant au point de contact national institué par la Caisse nationale de santé.

VI. Rapports

Art. 7. Le point de contact national rendra compte de ses missions dans le cadre du rapport d'activité annuel de la Caisse nationale de santé et dans le cadre des rapports à fournir à la Commission européenne.

LIVRE II

ASSURANCE ACCIDENT

Arrêté ministériel du 14 janvier 1938 concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture

Vu l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles;

Art. 1er. Pour l'étude des maladies pouvant être considérées comme maladies professionnelles spéciales à l'agriculture, les représentants des employeurs et des assurés industriels dans la commission supérieure des maladies professionnelles sont remplacés par deux représentants de l'agriculture, désignés par le ministre du travail et de la sécurité sociale parmi les personnes présentées en nombre double des membres à désigner, par l'organisme faisant fonction de chambre d'agriculture. R. 28.1.80

Arrêté ministériel du 7 octobre 1955 ayant pour objet de compléter l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles

Vu l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles, notamment en son article 7 relatif à l'institution d'une commission supérieure des maladies professionnelles;

Vu l'article 4 de l'arrêté ministériel du 9 novembre 1928 réglant l'organisation de cette commission;

Art. 1er. La commission supérieure des maladies professionnelles peut s'adjoindre des experts pour l'étude des affections pouvant être considérées comme maladies professionnelles. R. 7.10.55

Art. 2. Les dispositions concernant les jetons de présence et les frais de déplacement des membres de la commission supérieure des maladies professionnelles sont applicables aux intéressés.

Arrêté ministériel du 4 mai 2001 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire

Vu l'article 2 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire;

Art. 1er. Sont agréés en application de l'article 2, alinéa 1 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire les organismes suivants: R. 4.5.01

- Action catholique des hommes, Luxembourg
- Agence luxembourgeoise d'Action culturelle, a.s.b.l., Luxembourg
- Aide aux enfants handicapés du Grand-Duché
- Amicales et associations de parents des centres et instituts spécialisés dans l'éducation différenciée ainsi que du Centre de Logopédie

- Art à l'Ecole, Luxembourg
- Association Ardennes-Eifel, Luxembourg
- Association des cercles d'étudiants luxembourgeois (ACEL), Luxembourg
- Association des Girls Guides Luxembourgeoises, Luxembourg
- Association des jeunes agriculteurs et viticulteurs du Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg
- Association luxembourgeoise des universitaires catholiques (ALUC), Luxembourg
- Association pour la promotion de l'éveil aux sciences (Actioun Markollef), Luxembourg
- Association pour la vie naissante, Luxembourg
- Centrale des Auberges de Jeunesse, Luxembourg
- Centre de rencontre d'animation culturelle de Larochette, a.s.b.l., Larochette
- Centre d'éducation européenne a.s.b.l., Luxembourg
- Centres de formation organisés par l'École nationale de l'éducation physique et des sports en collaboration avec les fédérations sportives
- Conférence Générale de la Jeunesse Luxembourgeoise (CGJL), Luxembourg
- Conférence St. Vincent de Paul, Luxembourg
- Croix de Malte, Luxembourg
- Fédérations des associations des parents d'élèves du Luxembourg (FAPEL), Luxembourg
- Fédération nationale des Eclaireurs et Eclaireuses du Luxembourg, Luxembourg
- Foyer de la Femme, Luxembourg
- Frënn vun de Staatleche Kannerhemer, Luxembourg
- Groupe animateur des Auberges de jeunesse, Luxembourg
- Institut européen de chant choral, a.s.b.l., Luxembourg
- Jeunes et Environnement, Luxembourg
- Jeunes scientifiques, Luxembourg
- Jeunesse estudiantine catholique luxembourgeoise (JEC), Luxembourg
- Jeunesse théâtrale, Luxembourg
- Jeunesses musicales, Luxembourg
- LASEL, Luxembourg
- LASEP, Luxembourg
- Les jeunes en détresse, Dreiborn
- Lëtzebuerger Gesellschaft fir nei Musek, a.s.b.l., Luxembourg
- Lëtzebuerger Guiden a Scouten, Luxembourg
- Ligue luxembourgeoise de l'enseignement
- Ligue Nationale pour la protection de la nature et des oiseaux, section jeunes, Luxembourg
- Mérite Jeunesse Benelux, Luxembourg
- MUSEP, Luxembourg
- Panda-Club a.s.b.l., Luxembourg
- Scuore Francescana da Gemona, Luxembourg
- SOS-LRS, Dudelange
- Théâtre Dansé et Muet, a.s.b.l., Luxembourg
- Union Grand-Duc Adolphe, a.s.b.l., Luxembourg
- Union nationale des étudiants luxembourgeois (UNEL), Luxembourg.

Arrêté ministériel du 10 septembre 2002 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire

Vu l'article 2 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire;

Art. 1er. Est agréée en application de l'article 2, alinéa 1 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire l'organisme suivant: Association des jeunes agriculteurs et viticulteurs du Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg. R. 10.9.02

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire

Vu l'article 89 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. A condition qu'il s'agisse de personnes physiques non soumises à l'assurance accident obligatoire, les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs exploitant au minimum 3 hectares de terres agricoles, 0,10 hectare de vignobles, 0,50 hectare de forêts ou pépinières, 0,30 hectare de vergers ou 0,25 hectare de maraîchages peuvent s'assurer volontairement en présentant une demande écrite au Centre commun de la sécurité sociale. R. 17.12.10

Art. 2. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnelles survenus à partir du lendemain de la réception de la demande.

Elle est résiliée sur déclaration de l'assuré avec effet à la fin de l'exercice au cours duquel la déclaration est parvenue au Centre commun de la sécurité sociale.

L'assurance prend automatiquement fin le jour du décès de la personne ayant présenté la demande.

Art. 3. Chaque assuré volontaire est tenu de déclarer avant le 31 décembre de chaque année la surface exploitée en qualité de propriétaire ou de locataire, séparément pour les trois natures de culture prévues à l'article qui suit, sous peine d'exclusion de l'assurance.

Art. 4. Le montant annuel de la cotisation par hectare est fixé sur base, d'une part, des dépenses de l'exercice précédent à charge de l'assurance volontaire depuis le 1er janvier 1998 et, d'autre part, de la surface totale déclarée par les assurés volontaires pour le même exercice et pondérée à l'aide des coefficients suivants:

- 1,0 pour les terres agricoles,
- 1,3 pour les forêts et les pépinières,
- 6,8 pour les vignobles, vergers et les maraîchages.

La fixation des cotisations incombe au comité directeur de l'Association d'assurance accident.

Art. 5. La cotisation à charge de l'assuré volontaire est toujours due pour un exercice entier, même si l'assurance ne couvre qu'une partie de l'année.

Elle est calculée en multipliant le montant visé à l'article 4 ci-dessus par la surface en hectares déclarée par l'assuré volontaire à la fin de l'année précédente.

Art. 6. A défaut de déclaration de la surface exploitée ou de paiement de la cotisation d'un exercice, l'assurance cesse d'office à la fin de cet exercice. Dans ce cas, l'assuré est exclu de l'assurance volontaire pendant l'exercice subséquent et n'y peut être réadmis qu'après avoir réglé intégralement sa dette de cotisation antérieure.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 120 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit: R. 17.12.10

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	88 €
2	léger	175 €
3	modéré	438 €
4	moyen	1.095 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 2. Les forfaits mentionnés à l'article 1er indemnisent les souffrances physiques et morales ressenties par l'assuré avant la consolidation. Ils ne tiennent pas compte des douleurs durables persistant après la consolidation qui nécessitent un traitement régulier et qui obligent l'assuré à modifier définitivement certains gestes professionnels, lesquelles sont réparées par l'allocation de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif. La simple dépose du matériel d'ostéosynthèse après la consolidation ne donne pas droit à un nouveau dommage moral.

Art. 3. L'évaluation des douleurs physiques endurées se fait par les médecins et experts au moment de la consolidation par référence à plusieurs facteurs d'appréciation parmi les critères suivants:

- nature et gravité du traumatisme initial;
- nature, siège et étendue des lésions initiales;
- nature et durée du traitement hospitalier et ambulatoire;
- durée d'hospitalisation et secteur d'hospitalisation;
- nature et fréquence des complications;
- nature et durée du traitement médicamenteux;

- nature et nombre des examens complémentaires nécessitant des manipulations pénibles;
- transports répétés et pénibles.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après:

1	très léger	une journée d'hospitalisation en observation; suture d'une petite plaie; entorse bénigne sans immobilisation; traitement antalgique de plusieurs jours; contusions multiples.
2	léger	durée d'hospitalisation de moins de deux semaines; suture de plusieurs plaies; traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée; fracture ou entorse non compliquée, traitée par immobilisation de moins de six semaines; fracture non déplacée du crâne, fracture des os de la face non opérée; arthroscopie, ponctions articulaires répétées; fracture de couronnes dentaires ne nécessitant pas le remplacement des couronnes.
3	modéré	durée d'hospitalisation entre deux semaines et un mois; traitement d'une ulcération cutanée ou oculaire pendant plusieurs semaines; sutures tendineuses avec immobilisation; chirurgie oculaire; traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale non opéré; laparotomie pour hémorragie abdominale; splénectomie; luxation d'épaule avec fracture de la glène, réduite sous anesthésie générale; fracture osseuse d'un membre nécessitant une ostéosynthèse; fracture vertébrale immobilisée par corset ou ostéosynthèse; plusieurs fractures traitées orthopédiquement; fracture de la face opérée; fracture de machoire traitée par blocage intermaxillaire.
4	moyen	durée d'hospitalisation entre un et deux mois; brûlures ou délabrement cutané nécessitant plusieurs greffes cutanées sur une surface avoisinant 10% de la surface corporelle; traumatisme crânien grave ayant nécessité une intervention chirurgicale; pseudarthrose ou fracture complexe des membres ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales; fixateurs externes en place pendant plus de 4 semaines; traumatisme thoracique grave avec volet thoracique nécessitant un drainage de plusieurs jours; séjour dans une unité de réanimation intensive pendant moins de deux mois, trachéotomie.

5	assez important	durée d'hospitalisation entre deux et six mois; traumatisme crânien grave avec ou sans embarrure nécessitant une intervention chirurgicale intracrânienne ayant laissé des séquelles neurologiques ou psychiques; fracture du rachis avec paraplégie nécessitant un séjour prolongé dans un centre de rééducation spécialisé; polytraumatisme avec fracture de plusieurs segments osseux; évolution d'une fracture vers une ostéite nécessitant plusieurs interventions chirurgicales ou un traitement ambulatoire long et régulier; fractures associées à des lésions vasculo-nerveuses nécessitant des greffes; traumatisme thoraco-abdominal avec lésions des organes internes nécessitant des résections ou réparations chirurgicales.
6	important	durée d'hospitalisation entre six et dix-huit mois; traumatisme crânien très grave laissant des séquelles neurologiques et psychiatriques avec perte de l'autonomie; tétraplégie; traumatisme thoraco-abdominal avec un traitement chirurgical lourd laissant des séquelles respiratoires et digestives graves; brûlures étendues nécessitant de nombreuses greffes cutanées et transfert dans un centre des grands brûlés.
7	très important	durée d'hospitalisation de plus de dix-huit mois; séquelles gravissimes dépassant les cas décrits dans les degrés précédents; séquelles nécessitant des séjours hospitaliers réguliers pendant des années dans des centres spécialisés ou des traitements pénibles à vie comme la dialyse rénale.

Art. 4. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer le préjudice esthétique sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit:

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	58 €
2	léger	146 €
3	modéré	365 €
4	moyen	1.022 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 5. Les forfaits mentionnés à l'article 4 indemnisent le dommage subi par l'assuré en raison de l'altération de son image personnelle et de la manière dont il ressent le regard des autres.

Art. 6. Pour les cicatrices, l'évaluation se fait par référence aux critères suivants:

- nombre, localisation et dimension;
- orientation, coloration et relief;
- douleur spontanée ou provoquée;
- adhérence aux tissus sousjacents;
- exposée au regard des autres ou cachée par les vêtements.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après:

1	très léger	cicatrice de bonne qualité, peu visible ou cachée par les vêtements; décoloration dentaire; légère boiterie; légère déformation après une fracture.
2	léger	cicatrice de bonne qualité, bien visible de près; amputation d'une phalange.
3	modéré	troubles de la mobilité oculaire; inégalité pupillaire; cicatrices disgracieuses du nez, de la bouche; troubles de la mimique; séquelles de paralysie faciale; trachéotomie de bonne qualité; amputation de plusieurs doigts; marche en permanence avec 2 cannes.
4	moyen	plusieurs cicatrices très disgracieuses de la face; plusieurs cicatrices thoraco-abdominales de mauvaise qualité; amputation de la main avec prothèse; amputation appareillée de la cuisse permettant une marche sans aide; anus artificiel; édentition non prothésée.
5	assez important	amputation non prothésée d'un bras; amputation de cuisse appareillée avec grandes difficultés à la marche; paraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante.
6	important	cicatrices de brûlures de 3^{ième} ou 4^{ième} degré étendues sur tout le corps; cicatrices et déformations faciales entravant le contact social; tétraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante électrique; plusieurs amputations de segments de membres rendant impossible le contact social.
7	très important	tétraplégie ventilée; défiguration ou déformations générant habituellement la répulsion.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 130 et 131 du Code de la sécurité sociale;

R. 17.12.10

Art. 1er. Les bénéficiaires d'une rente de survie, à savoir le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de trois mille six cent quarante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 2. Les père et mère de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de deux mille cent quatre-vingt-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 3. Toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins a droit à un forfait de mille quatre cent cinquante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et des maladies professionnelles et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident

Vu les articles 96, 98, 126 et 127 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, tout assuré, victime d'un accident du travail ou de trajet, doit en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci. R. 17.12.10

Art. 2. L'employeur ou son représentant déclare tout accident du travail à l'Association d'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident et fait parvenir une copie de la déclaration à l'assuré.

Art. 3. Pour les maladies professionnelles, il incombe au médecin de faire la déclaration à l'Association d'assurance accident dès qu'il a des suspicions fondées qu'une maladie a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. En cas de déclaration, il remet une copie de la déclaration à son patient. R. 5.7.16

La déclaration est effectuée au moyen du formulaire de déclaration médicale d'une maladie professionnelle disponible auprès de l'Association d'assurance accident et contient un diagnostic médical précis de la maladie dont l'origine professionnelle est soupçonnée ainsi qu'une indication des risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de celle-ci. Les pièces médicales établissant la maladie déclarée sont annexées à la déclaration.

L'instruction du dossier est limitée à la maladie pour laquelle la déclaration médicale est introduite.

Art. 4. Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement ou à leur délégué. L'accident survenu dans le cadre d'une activité périprésscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité. Ces déclarations sont effectuées au moyen du formulaire de déclaration d'un accident scolaire ou périscolaire disponible auprès de l'Association d'assurance accident. R. 17.12.10 R. 5.7.16

Les accidents survenus dans le cadre d'une autre activité visée à l'article 91 du Code de la sécurité sociale sont à déclarer par le responsable ou son délégué du service, de l'administration, de l'institution ou de l'association ayant organisé l'activité au moyen du formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident. R. 17.12.10

Art. 5. Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident ou être atteinte d'une maladie professionnelle dans le délai annuel prescrit par l'article 123 du Code de la sécurité sociale, l'Association d'assurance accident demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

Art. 6. En cas de déclaration médicale d'une maladie professionnelle, l'employeur fournit tous les renseignements concernant l'exposition professionnelle à des risques. Dans la déclaration patronale concernant cette exposition, il indique notamment avec précision: R. 5.7.16

1) le ou les postes de travail successivement occupés et les tâches y effectuées;

2) les gestes et postures de travail relatifs à chaque poste ainsi que les produits, machines et outils y utilisés;

3) la durée du temps de travail exposant le salarié aux différents gestes et postures de travail ainsi qu'aux produits, machines et outils en cause;

4) les mesures de protection prises contre les risques professionnels et les équipements de protection individuelle mis à disposition.

Art. 7. Le Contrôle médical de la sécurité sociale se prononce sur l'existence de la maladie déclarée, sur le diagnostic médical de celle-ci et sur le numéro du tableau des maladies professionnelles sous lequel elle est à instruire. R. 5.7.16

L'Association d'assurance accident se prononce sur l'exposition de l'assuré aux risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de la maladie déclarée. A cette fin, elle peut demander tous renseignements ou pièces nécessaires à l'employeur et à l'assuré. Elle peut procéder à une étude du ou des postes de travail et demander un avis motivé au médecin du travail compétent.

Sur base du rapport de l'Association d'assurance accident concernant l'exposition aux risques, le Contrôle médical de la sécurité sociale rend un avis médical sur la relation d'imputabilité entre la maladie déclarée et l'activité professionnelle exercée.

Art. 8. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet ou comme maladie professionnelle un accident ou une maladie déclarés conformément aux articles qui précèdent fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué en vertu de l'article 146 du Code de la sécurité sociale. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident et portée à la connaissance de l'employeur ou de la personne ayant fait la déclaration. R. 17.12.10

Art. 9. Pour rémunérer le travail administratif effectué par les institutions d'assurance maladie, l'Association d'assurance accident verse une indemnité correspondant à trois pour cent des prestations avancées à la Caisse nationale de santé.

Art. 10. Si le médecin estime que la période d'incapacité de travail totale ou la prestation en nature est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il indique le numéro de référence du dossier lui communiqué par l'assuré ou directement par l'Association d'assurance accident sur le certificat d'incapacité de travail, le mémoire d'honoraires, l'ordonnance ou tout autre document standardisé servant aux prescriptions médicales. Pendant les trois mois consécutifs à l'accident, il peut, à défaut de numéro, indiquer la date de l'accident. R. 5.7.16 R. 17.12.10

Art. 11. Les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir,

- trois mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale dépassant les huit jours consécutifs à cet accident,
- douze mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante, sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 12. Si une prestation imputée initialement à l'assurance accident sur indication du médecin est mise à charge de l'assurance maladie sur avis postérieur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou inversement ou si l'assurance maladie a pris intégralement en charge une prestation en nature dans le cadre du système du tiers payant nonobstant la limitation dans le temps prévue à l'article 8, la Caisse nationale de santé peut soit renoncer à la récupération de la participation incombant

éventuellement à l'assuré dans le cadre de l'assurance maladie, soit la déduire, en vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, du remboursement futur par l'assurance maladie de prestations en nature au même assuré.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire

Vu l'article 91, alinéa 1 sous 1) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Par enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend: R. 17.12.10

a) celui organisé par un établissement d'enseignement public ou privé établi sur le territoire luxembourgeois;

b) celui suivi dans un établissement d'enseignement public ou privé établi à l'étranger par des personnes ayant leur domicile légal au Grand-Duché de Luxembourg;

c) celui dispensé par les institutions d'enseignement musical au sens de la loi du 28 avril 1998 portant harmonisation de l'enseignement musical dans le secteur communal.

En dehors des activités inscrites au programme des établissements visés à l'alinéa précédent, l'assurance s'étend à des activités connexes à ces programmes et organisées par ces mêmes établissements. Ces activités, exercées au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger, sont les suivantes:

a) le séjour dans les cantines et les internats;

b) les cours de rattrapage, les études surveillées, les activités guidées, les loisirs surveillés, et les visites guidées;

c) les voyages d'études et séjours à l'étranger et ceux organisés au Luxembourg pour les élèves et étudiants étrangers dans le cadre d'échanges internationaux;

d) les contrôles médicaux, les consultations, examens, essais d'intégration scolaire et autres activités organisées par les services médico-psycho-pédagogiques et d'orientation scolaire et par les centres, instituts et services d'éducation différenciée prévus par la loi modifiée du 14 mars 1973;

e) les journées d'information et d'orientation scolaire ou professionnelle;

f) les manifestations organisées en collaboration avec l'école dans le domaine de la sécurité routière et de l'épargne scolaire;

g) les activités de recherche et les stages des élèves et étudiants dans les entreprises ou administrations;

h) l'ensemble des activités organisées dans le cadre des projets d'établissement prévus dans la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue;

i) les cours de langue et de culture maternelle organisés à l'intention des enfants de parents immigrés et autorisés par le ministère de l'éducation nationale;

j) les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique;

k) l'activité des servants de messe appelés pendant les heures de classe à assister à des cérémonies religieuses.

Art. 2. Par activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend les activités énumérées ci-après organisées pour les écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, soit par l'Etat ou les communes, soit par des organismes agréés en vertu de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, soit par des organismes agréés spécialement à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions le Trésor et le Budget, la Sécurité sociale, l'Education nationale, la Formation professionnelle et les Sports, la Famille, la Solidarité sociale et la Jeunesse, la Culture, l'Enseignement supérieur et la Recherche, ainsi que la Promotion féminine, à publier au Mémorial:

a) le séjour dans les internats, les structures d'accueil sans hébergement pour enfants, les centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes et dans les centres d'animation et de vacances;

b) les activités énumérées à l'article 1er, alinéa 2 sous j) du présent règlement si elles sont organisées par des associations oeuvrant exclusivement dans le cadre des établissements d'enseignement;

c) les voyages, visites et séjours organisés dans le cadre d'échanges des jeunes en vertu d'accords bilatéraux et de programmes internationaux, tant pour les voyages et séjours des jeunes luxembourgeois à l'étranger que pour les voyages et séjours des jeunes étrangers au Luxembourg;

d) la participation à des stages, journées d'études, camps, activités d'animation de loisirs et de vacances et colonies de vacances;

e) la vente de fleurs, insignes et cartes autorisée par le ministre de l'éducation nationale;

f) les activités socio-éducatives dans le cadre de centres, foyers et maisons pour jeunes, groupes guides et scouts et organismes et associations pour jeunes;

g) la participation à la formation d'animateurs;

h) les activités de consultation, d'aide, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation et d'orientation pour enfants et jeunes dans des services spécialisés;

i) l'ensemble des activités organisées dans l'encadrement périscolaire offert par la commune ou par le syndicat des communes en application de l'article 16 de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental. R. 16.3.12

Pour les activités visées à l'alinéa précédant, l'assurance ne s'étend non seulement à l'activité elle-même, mais également au séjour éventuel et aux loisirs connexes à l'activité ainsi qu'aux trajets y relatifs.

Art. 3. Le droit aux prestations prévues par le présent règlement est suspendu jusqu'à concurrence du montant des prestations de même nature auxquelles ouvrent droit à l'étranger les activités dont il s'agit. R. 17.12.10

Art. 4. Le règlement grand-ducal 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire est abrogé.

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles

Vu l'article 95 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La Commission supérieure des maladies professionnelles est présidée par le président de l'Association d'assurance accident ou son délégué et se compose en outre du médecin-directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ainsi que de sept membres effectifs ou de leurs suppléants désignés pour une période de cinq ans par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, à savoir: R. 26.12.12

1) un représentant du Ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale;
2) deux médecins du travail avec une formation telle que prévue à l'article L. 325-1 du Code du travail;
3) deux représentants des employeurs;
4) deux représentants des salariés.

En cas de démission ou de décès d'un membre effectif ou suppléant, il est pourvu à son remplacement par la nomination d'un nouveau membre, désigné conformément à l'alinéa 1, qui achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 2. La Commission supérieure des maladies professionnelles se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est envoyée par écrit au domicile du membre effectif ou par voie électronique au moins dix jours avant la réunion.

A moins qu'elle n'ait déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années, le président est obligé de porter dans un délai de trois mois à l'ordre du jour d'une réunion de la commission toute proposition motivée de modification du tableau des maladies professionnelles lui soumise par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou la Santé, par un tiers au moins de ses membres ou par le comité directeur de l'Association d'assurance accident.

La commission peut s'adjoindre des experts, qui peuvent assister à sa demande avec voix consultative aux réunions.

Art. 3. La Commission supérieure des maladies professionnelles délibère valablement si au moins cinq de ses membres sont présents dont un membre désigné en vertu de l'article 1er, point 2).

Chaque délégué effectif peut se faire remplacer par son suppléant.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'article 2, alinéa 2. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre et la qualité des membres présents.

Art. 4. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il formule, le cas échéant, la question à soumettre au vote.

Le président et les autres membres disposent chacun d'une voix. Ils votent à main levée. Les décisions sont prises à la majorité des

voix exprimées. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le président, les membres de la commission, le secrétaire et les experts assistant avec voix consultative aux réunions sont tenus au secret des délibérations.

Art. 5. La Commission supérieure des maladies professionnelles est assistée d'un secrétaire administratif, désigné pour une durée de cinq ans par l'arrêté conjoint visé à l'article 1er parmi les agents de l'Association d'assurance accident. En cas d'indisponibilité du secrétaire administratif, celui-ci est remplacé par un autre agent de l'Association d'assurance accident désigné par le président de la commission.

Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises et, le cas échéant, les motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire et communiqué aux membres de la commission.

Règlement grand-ducal du 10 juin 2013 définissant le barème médical applicable à l'assurance accident

Vu l'article 119 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le barème médical applicable à l'assurance accident est défini dans l'annexe du présent règlement grand-ducal qui en fait partie intégrante. R. 10.6.13

Règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident

Vu l'article 158 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les cotisants soumis à l'assurance accident sont répartis en classes de risques pour l'application du système bonus-malus. R. 8.2.16

Il n'est attribué qu'une classe de risques par cotisant pour l'ensemble de ses activités, l'activité principale étant déterminante pour le classement. Tout nouveau cotisant est tenu de fournir au Centre commun de la sécurité sociale les indications nécessaires pour son classement dans une classe de risques. De même, il doit signaler sans retard tout changement de la nature de l'activité exercée susceptible d'impliquer un reclassement.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'Etat et les communes constituent chacun une classe de risques à part.

Art. 2. Les classes de risques sont:

01	Activités commerciales non classés ailleurs
02	Activités de ménage et de nettoyage
03	Hôtels, restaurants et cafés

04	Education, activités associatives, récréatives, sportives, culturelles et religieuses
05	Santé, action sociale et soins de beauté
06	Assurances, activités financières, informatiques et immobilières, bureaux d'études, prestations de services et médias
07	Activités industrielles non classées ailleurs
08	Travail des métaux, du bois et de matières synthétiques, fabrication, installation, réparation et maintenance de machines, de véhicules automobiles et d'équipements, ateliers de précision
09	Bâtiment, gros oeuvres, travaux de toiture, industries extractives
10	Aménagement et parachèvement, équipements techniques du bâtiment
11	Transport terrestre, fluvial, maritime et aérien, manutention et entreposage, distribution de courrier
12	Travail intérimaire
13	Production alimentaire
14	Activités agricoles, viticoles, horticoles, sylvicoles et activités analogues
15	Activités commerciales, artisanales et libérales exercées pour le propre compte
16	Communes
17	Etat

Art. 3. Le taux de cotisation fixé conformément à l'article 149 du Code de la sécurité sociale est multiplié pour chaque cotisant par un facteur bonus-malus déterminé pour l'exercice à venir conformément aux articles qui suivent.

Art. 4. Sont prises en compte pour la détermination du facteur bonus-malus, les prestations de l'assurance accident obligatoire suivantes imputées aux accidents du travail survenus à partir du 1er janvier 2011 et payées pendant la période d'observation allant du 1er avril de l'avant dernière année au 31 mars de l'année précédant l'exercice de son application:

- les prestations en nature, les indemnités pécuniaires ainsi que les rentes complètes dues avant la consolidation ou jusqu'à la date limite de prise en charge du traitement conformément à l'article 126 du Code de la sécurité sociale;
- la première des rentes dues après la consolidation, à savoir la rente complète, la rente professionnelle d'attente ou la rente partielle, à capitaliser jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans à partir du 1er du mois suivant la consolidation;
- les indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, à capitaliser à vie à partir du 1er du mois suivant la consolidation;
- les indemnités pour douleurs physiques et les indemnités pour préjudice esthétique;
- en cas d'accidents du travail mortels, les rentes de survie du conjoint survivant, à capitaliser à vie à partir du 1er du mois du décès et les indemnités pour dommage moral versées aux survivants.

Art. 5. Le facteur bonus-malus est fixé à l'aide du coefficient de charge du cotisant et du coefficient de charge de la classe dont il fait partie.

Par coefficient de charge du cotisant, on entend la fraction définie au numérateur par le montant correspondant au total des prestations pour les accidents du travail d'un cotisant et au dénominateur par le montant correspondant au total des assiettes de cotisation accident d'un cotisant au cours de la période d'observation définie à l'article 4.

Par coefficient de charge d'une classe, on entend la fraction définie au numérateur par le montant correspondant au total des prestations pour les accidents du travail de tous les cotisants d'une même classe et au dénominateur par le montant correspondant au total des assiettes de cotisation accident de tous les cotisants d'une même classe au cours de la période d'observation définie à l'article 4.

Par différence relative en pour-cent on entend la fraction définie au numérateur par la différence entre le coefficient de charge d'un cotisant et le coefficient de charge de la classe dont le cotisant fait partie et au dénominateur par le coefficient de charge de la classe dont le cotisant fait partie, multipliée par 100.

Le facteur bonus-malus d'un cotisant correspond à la valeur:

- 0,9 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est égale à -100%,
- 1 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à -100% et inférieure ou égale à 0%,
- 1,1 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de

la classe dont il fait partie est supérieure à 0% et inférieure ou égale à 33%,

- 1,3 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à 33% et inférieure ou égale à 100% et
- 1,5 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à 100%.

Art. 6. Le facteur bonus-malus est à appliquer à partir de l'exercice 2019.

Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles

Vu l'article 95 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le tableau des maladies professionnelles est défini dans l'annexe 1 du présent règlement grand-ducal. R. 5.7.16

Art. 2. L'arrêté grand-ducal modifié du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles est abrogé.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

Règlement grand-ducal du 9 mars 2017 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus aux articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale.

Vu les articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Pour les assurés qui présentent un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent le capital de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément est obtenu en multipliant l'indemnité annuelle à la date de la consolidation par le facteur de capitalisation correspondant à l'âge du bénéficiaire à cette date figurant à l'annexe 1. R. 9.3.17

Art. 2. Le montant du recours contre tiers responsable exercé par l'Association d'assurance accident est calculé à l'aide des facteurs de capitalisation figurant aux annexes 1 et 2.

Art. 3. Le règlement grand-ducal du 26 février 2004 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 113 du Code des assurances sociales et le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale sont abrogés.

Annexe 1 : Facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément en cas de taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent et pour la capitalisation des prestations viagères de l'assurance accident

AGE		AGE	
0	24,09095	**51**	17,10585
1	24,13309	**52**	16,83245
2	24,11007	**53**	16,55329
3	24,07889	**54**	16,26806
4	24,04035	**55**	15,97641
5	23,99522	**56**	15,67791
6	23,94418	**57**	15,37208
7	23,88787	**58**	15,05838
8	23,82682	**59**	14,73623
9	23,76154	**60**	14,40523
10	23,69241	**61**	14,06522
11	23,61979	**62**	13,71628
12	23,54391	**63**	13,35868
13	23,46493	**64**	12,99290
14	23,38295	**65**	12,61957
15	23,29795	**66**	12,23946
16	23,20984	**67**	11,85343
17	23,11849	**68**	11,46247
18	23,02378	**69**	11,06759
19	22,92556	**70**	10,66984
20	22,82369	**71**	10,27029
21	22,71803	**72**	9,86995
22	22,60841	**73**	9,46981
23	22,49468	**74**	9,07090
24	22,37666	**75**	8,67433
25	22,25419	**76**	8,28127
26	22,12708	**77**	7,89289
27	21,99514	**78**	7,51033
28	21,85817	**79**	7,13470
29	21,71597	**80**	6,76700
30	21,56833	**81**	6,40813
31	21,41503	**82**	6,05887
32	21,25591	**83**	5,71984
33	21,09083	**84**	5,39150
34	20,91966	**85**	5,07414

35	20,74235	**86**	4,76784
36	20,55883	**87**	4,47246
37	20,36909	**88**	4,18763
38	20,17315	**89**	3,91273
39	19,97104	**90**	3,64683
40	19,76284	**91**	3,38852
41	19,54865	**92**	3,13565
42	19,32859	**93**	2,88497
43	19,10281	**94**	2,63143
44	18,87148	**95**	2,36696
45	18,63478	**96**	2,07828
46	18,39285	**97**	1,74284
47	18,14578	**98**	1,32080
48	17,89358	**99**	0,73909
49	17,63626	**100**	0,00000
50	17,37372		

Annexe 2: Facteurs de capitalisation à utiliser pour la capitalisation des prestations de l'assurance accident versées jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans

AGE		**AGE**	
0	23,22243	**33**	17,88217
1	23,22613	**34**	17,58159
2	23,16556	**35**	17,26951
3	23,09555	**36**	16,94563
4	23,01685	**37**	16,60963
5	22,93012	**38**	16,26123
6	22,83599	**39**	15,90013
7	22,73499	**40**	15,52603
8	22,62757	**41**	15,13863
9	22,51415	**42**	14,73761
10	22,39502	**43**	14,32263
11	22,27042	**44**	13,89334
12	22,14051	**45**	13,44934
13	22,00534	**46**	12,99015
14	21,86490	**47**	12,51520
15	21,71909	**48**	12,02382
16	21,56771	**49**	11,51527
17	21,41054	**50**	10,98867
18	21,24734	**51**	10,44307

19	21,07787	**52**	9,87741
20	20,90187	**53**	9,29050
21	20,71907	**54**	8,68105
22	20,52919	**55**	8,04766
23	20,33195	**56**	7,38881
24	20,12705	**57**	6,70283
25	19,91416	**58**	5,98795
26	19,69298	**59**	5,24226
27	19,46315	**60**	4,46380
28	19,22433	**61**	3,65052
29	18,97614	**62**	2,80019
30	18,71820	**63**	1,91031
31	18,45014	**64**	0,97804
32	18,17158	**65**	0,00000

STATUTS DE LA CAISSE D'ASSURANCE DES SAPEURS-POMPIERS CONTRE LES RISQUES D'ACCIDENTS EN SERVICE

Approbation des status

- Première adoption des statuts suite à l'arrêté ministériel du 19 février 1909 portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service.
- Arrêté ministériel du 7 septembre 1949, portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service.
- Arrêté ministériel du 16 novembre 1960 portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service.

Modification des statuts

- Arrêté ministériel du 28 septembre 1973 portant approbation d'une modification des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents.

SATZUNGEN DER FEUERWEHR - UNFALLKASSE DES GROSSHERZOGTUMS LUXEMBURG.

A. 16.11.1960

Art. 1. Die unter der Bezeichnung « Feuerwehr-Unfallkasse» für das Gebiet des Großhezogtums Luxemburg errichtete Hilfskasse hat zum Zweck, den Versicherten oder deren Hinterbliebenen durch bare Auszahlung eines nach Maßgabe gegenwärtiger Satzungen festgesetzten Geldbetrages Entschädigungen zu gewähren für körperliche Unfälle aller Art und für Schäden an Kleidern und Schuhen, die bei allen angeordneten Dienstleistungen und Uebungen in ihrer Eigenschaft als Feuerwehrmann zustossen werden.

Die Kasse gewährt außerdem vollen Ersatz für allfällige dem Feuerwehrmann persönlich auferlegte Haftpflichtkosten für infolge oder anläßlich seiner Tätigkeit im Feuerwehrdienst enstandene Schäden.

Art. 2. Die Kasse befindet sich unter der Leitung und Oberaufsicht des Oberfeuerwehrrates, der auch den jeweiligen Sitz derselben zu bestimmen und den mit der Kassenführung zu betrauenden Schriftführerverwalter zu bezeichnen sowie dessen Besoldung festzustellen hat. Die Besoldung beträgt 6000 Franken unter Zugrundelegung einer Indexziffer von 100 Punkten und wird dem festgestellten Index angepaßt.

Der Kassenverwalter leistet Ausgaben nur gegen vom Präsidenten des Feuerwehrrates unterzeichnete Anweisungen. Eine Entnahme von Geldern, die auf der Sparkasse oder sonstwo hinterlegt sind, kann nur gegen die Unterschriften des Präsidenten oder eines eigens hierzu ermächtigten Mitgliedes des Oberfeuerwehrrates erfolgen. Diese Bestimmung findet keine Anwendung im Zahlungsverkehr durch Postscheck.

Die Kasse wird jährlich wenigstens einmal durch den Präsidenten oder ein von ihm dazu delegiertes Mitglied revidiert.

Art. 3. Unterstützungen werden bewilligt :

a) An alle aktiven Mitglieder des luxemburger Landesfeuerwehrverbandes ;

b) An diejenigen Mitglieder von Nichtverbandswehren, die ihre Eigenschaft als Feuerwehrleute durch Bescheinigungen der Ortsbehörde, durch Auszüge aus den Protokollbüchern oder durch sonstige Schriftstücke glaubhaft nachweisen.

c) An die von den zuständigen Amtsstellen zu Hilfszwecken im Lôsch- und Rettungsdienst requirierten Privatpersonen.

Art. 4. Die Kasse gewährt nachstehende Unterstützungen: A. 28.9.73

a) Hat der Unfall den Tod des Feuerwehrmanns zur Folge, so steht der Witwe, solange sie im Witwenstand verbleibt, eine Rente von 3.996.-Franken, Index 100, monatlich und jedem der hinterlassenen Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Unterstützung von 799.-Franken, Index 100, monatlich zu. Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erhält eine Vollwaise 3.019.-Franken, Index 100, mehrere Geschwister 3.552.-Franken, Index 100. War der Getötete unverheiratet und nachweislich der einzige Ernährer hilfsbedürftiger Aszendenten, so kann für diese die gleiche Unterstützung wie für eine Witwe zugebilligt werden.

   An Stelle der fotlaufenden Rente, kann nach Umständen eine einmalige Abfindung vereinbart werden.

b) Bei voiler Erwerbsunfähigkeit werden 180.-Franken, Index 100, Tageszuwendungen und vom ersten des auf den 180. Erwerbsunfähigkeitstag folgenden Monats eine Monatsrente von 6.660.-Franken, Index 100, gewährt. Bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit werden die vorstehenden Beträge entsprechend gekürzt.

c) Behandlungs- und Beerdigungskosten, letztere bis zu einem Höchstbetrag von 10.000.-Franken, werden zurückerstattet, soweit für dieselben nicht Kranken- oder Sterbekasse aufkommen.

d) Schäden an Kleidern und Schuhen der Feuerwehrleute infolge ihrer Mitwirkung bei Löscharbeiten werden nach Feststellung durch den Feuerwehrkommandanten und Bescheinigung durch die Ortsbehörde durch Beschluss des Oberfeuerwehrrates vergütet.

   Die diesbezüglichen Anträge sind bei Strafe der Nichtannahme innerhalb von acht Tagen an den Präsidenten des Oberfeuerwehrrates zu richten.

Art. 5. Die in vorstehendem Artikel festgesetzten Rentenbeträge werden regelmässig dem monatlich amtlich festgestellten Index angepaßt. Dieselben werden um 5% erhöht oder herabgesetzt je nachdem der Index eine Erhöhung oder ein Verminderung von 5% des Lebenskostenpunktes im Durchschnitt für die vorangehenden 6 Monate aufweist unter Zugrundelegung einer Indexziffer von 100 Punkten. A. 16.11.1960

In besonderen Fällen können ausnahmsweise, dauernd oder vorübergehend, auch höhere Sätze als vorstehend festgesetzt, gewährt werden.

Die Witwenrenten dürfen einschließlich sonstiger Versicherungsbezüge oder Pensionen 60% des Normaldiensteinkommens des Verunglückten nicht überschreiten. Dieser Satz erhöht sich auf 75% bei einem und auf 80% bei mehreren Kindern unter 18 Jahren.

Die durch die Feuerwehrunfallkasse gewährten Tageszuwendungen bzw. Monatsrenten werden unabhängig von eventuellen andern Sozialversicherungsentschädigungen ausbezahlt, ohne seitens dieser Kassen abzugsfähig zu sein.

Art. 6. Die Ansprüche auf Unterstützung gehen verloren :

a) wenn der Unfall von dem Beschädigten absichtlich herbeigeführt worden ist ;

b) wenn der Unfall eine Folge von Ungehorsam, Trunkenheit oder grober Fahrlässigkeit des Beschädigten war ;

c) wenn der Betroffene seine Genesung durch Fahrlässigkeit oder Nichtheachtung ärztlicher Vorschriften verhindert oder verzögert,

Art. 7. Die Kasse wird gebildet :

a) durch jährliche, staatliche Subsidien, welche von dem Betrage, den die Feuerversicherungsgesellschaften jährlich zu entrichten haben, vorweg entnommen werden ;

b) aus etwaigen anderen Zuschüssen.

Etwaige Ueberschüsse werden einem zu bildenden Reservefonds überwiesen.

STATUTS DE L'ASSOCIATION D'ASSURANCE ACCIDENT

Statuts adoptés par le comité directeur de l'Association d'assurance accident le 28 octobre 2010 et approuvés par arrêté ministériel du 22 décembre 2010.

Chapitre 1er: Règles de fonctionnement du comité directeur

Art. 1er. Le comité directeur fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de sept jours, si la demande écrite en est faite par quatre membres du comité directeur avec indication de l'ordre du jour. A. 22.12.10

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par courrier électronique aux membres effectifs et suppléants sept jours avant la séance. A la demande expresse d'un membre, ces documents lui sont transmis en même temps sur papier par voie postale.

Les membres effectifs du comité directeur qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants désignés par la même chambre professionnelle à y assister.

Le président porte à l'ordre du jour tout point proposé par un membre du comité directeur, si la demande a été formulée par courrier électronique au plus tard quinze jours avant la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le fonctionnaire le plus ancien en rang de l'Association d'assurance accident.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics de l'Association d'assurance accident peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le comité directeur délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents en ce qui concerne les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel. Dans les autres cas, il délibère valablement si au moins quatre délégués des employeurs sont présents. En matière de prévention, de prestations ou de modification des statuts, il faut en outre la présence de quatre délégués des salariés au moins.

Lorsque le président constate que le comité directeur n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance après avoir fait délibérer sur les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel. Dans ce cas, il convoque le comité directeur avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 1 de l'article 1er. Le comité directeur siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du comité directeur sont prises à la majorité des voix valablement exprimées, les abstentions n'étant pas prises en considération.

Les membres du comité directeur votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Le président peut communiquer les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel par courrier électronique aux membres effectifs du comité directeur.

Si endéans un délai de sept jours suivant cette communication, quatre délégués des employeurs au moins et quatre délégués des salariés au moins se rallient par courrier électronique aux décisions proposées, elles sont acquises sauf celles dont un délégué au moins demande par courrier électronique dans le même délai le report à la prochaine séance. Il en est dressé procès-verbal.

Art. 7. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au comité directeur qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal y compris celui établi en vertu de l'article 6 est adressé aux membres effectifs et suppléants du comité directeur et à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Chapitre 2: Nomination de commissions

Art. 8. Le comité peut nommer en son sein une commission chargée de l'établissement des recommandations de prévention et comprenant, en dehors du président ou du premier conseiller de direction, trois délégués des employeurs et trois délégués des salariés ainsi que d'un nombre égal de membres suppléants.

Pour pouvoir être nommé membre effectif ou membre suppléant de la commission, il faut être membre effectif ou membre suppléant du comité directeur. Un membre suppléant du comité directeur peut toutefois être nommé membre effectif d'une commission et inversement.

Pour que le comité directeur puisse nommer la commission, il faut:

1) que le point figure à l'ordre du jour de la séance du comité directeur;
2) que les délégués des employeurs présents du comité directeur soient unanimes pour proposer les trois délégués des employeurs effectifs et les trois délégués des employeurs suppléants de la commission;
3) que les délégués des salariés présents du comité directeur soient unanimes pour proposer les trois délégués des salariés effectifs et les trois délégués des salariés suppléants de la commission.

Si les conditions ci-dessus sont remplies, le président proclame nommés les candidats proposés et acte en est donné au procès-verbal de la séance afférente du comité directeur.

La commission reste en fonction aussi longtemps que le comité directeur l'a nommée. Toutefois, le comité directeur peut à tout moment révoquer la commission.

La commission qui peut s'adjoindre des experts délibère valablement si deux délégués des employeurs au moins et deux délégués des salariés au moins sont présents. Les articles 1, 2, 3, 5 et 7 sont applicables.

Au cas où le mandat du comité directeur viendrait à échéance, celui de la Commission se termine également.

Chapitre 3: Règles complémentaires pour assurer la prise en charge des prestations en nature

Art. 9. Conformément à l'article 126 du Code de la sécurité sociale, les prestations ne sont prises en charge par l'assurance accident que pour autant qu'elles se situent avant la date de clôture y visée.

Pour les prestations soumises à un devis préalable, un titre de prise en charge, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou une validation par la Caisse nationale de santé, la prise en charge par l'assurance accident est subordonnée à la condition que la date du devis, de l'ordonnance ou de la demande d'autorisation se situe avant la date de clôture de la prise en charge par l'assurance accident.

Section 1: Les prestations en nature prises en charge par l'intermédiaire de la Caisse nationale de santé

Soins médicaux

Art. 10. Les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge intégralement sans tenir compte de la participation de l'assuré aux consultations, visites et frais de déplacement telle que prévue à l'article 35 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Les suppléments pour convenances personnelles ainsi que les dépassements de tarifs des médecins en cas d'hospitalisation en 1ère classe prévus aux articles 49 et 50 de la convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes pour les médecins ne sont pas remboursés par l'assurance accident.

Soins de médecine dentaire

Art. 11. Les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge intégralement sans tenir compte des participations de l'assuré prévues par l'article 39 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Les suppléments pour convenances personnelles ainsi que les dépassements de tarifs des médecins-dentistes pour l'hospitalisation en 1ère classe prévus aux articles 49 et 50 de la convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes pour les médecins-dentistes ne sont pas remboursés par l'Association d'assurance accident.

Les tarifs prévus pour les prothèses dentaires et l'orthodontie qui peuvent être dépassés sur devis préalable (DSD) sont pris en charge par l'assurance accident pour l'exercice au cours duquel ils ont été accordés au maximum jusqu'à concurrence des honoraires moyens bruts facturés par les médecins-dentistes l'avant-dernier exercice, majorés de 25% et arrondis à l'unité supérieure. En outre, l'assurance accident prend en charge, le cas échéant, l'or utilisé ainsi que l'élément provisoire par

méthode directe à raison du prix facturé séparément, mais jusqu'à concurrence d'un maximum de 5,8 € par gramme/or et de 7,3 € par élément provisoire.

Pour autant que l'acte requiert en vertu du règlement sur la nomenclature l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et le médecin seront informés dans les meilleurs délais du montant pris en charge par l'assurance accident sur le devis établi par le médecin dentiste.

En matière d'assurance accident, les délais de renouvellement des prothèses prévus à l'article 42 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables pour la première acquisition après l'accident.

Traitements des professionnels de santé autres que les médecins

Art. 12. Les tarifs des actes et services des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des masseurs, des orthophonistes et des psychomotriciens fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge intégralement sans tenir compte des participations éventuelles des assurés prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Analyses et examens de laboratoire

Art. 13. Les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge intégralement.

La limitation contenue dans l'alinéa 2 de l'article 75 des statuts de la Caisse nationale de santé n'est pas applicable.

Cures thérapeutiques et de convalescence

Art. 14. Les forfaits pour cures de convalescences et cures thérapeutiques tels qu'ils sont fixés par la nomenclature des actes visés à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à 100% des tarifs prévus par la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Rééducation fonctionnelle et réadaptation

Art. 15. Les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation rendues aux assurés sont prises en charge intégralement par l'Association d'assurance accident suivant les modalités prévues à l'article 82, alinéa 1 des statuts de la Caisse nationale de santé mais sans tenir compte des limitations de durée visées aux alinéas 2, 3 et 4 du même article.

Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Art. 16. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature visée à l'art. 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de 100% des tarifs conventionnels sans tenir compte des participations des assurés prévues à l'article 86 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Par ailleurs, les délais de renouvellement prévus à l'article 91 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables en cas de 1ère acquisition après l'accident. De plus l'accidenté a droit à deux paires de chaussures orthopédiques par an.

Greffes d'organes

Art. 17. Les greffes d'organes sont prises en charge intégralement par l'Association d'assurance accident suivant les modalités prévues à l'article 92 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Médicaments

Art. 18. La prise en charge des médicaments repris sur la liste positive établie sur base de l'article 22 du Code de la sécurité sociale est intégrale sans tenir compte des taux de participation des assurés prévus au chapitre 8 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Si le médicament n'est pas repris dans la liste positive, il n'est pris en charge par l'assurance accident que moyennant un titre de prise en charge établi par la Caisse nationale de santé sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Aides visuelles

Art. 19. Lorsque l'accident a provoqué une lésion des yeux ou un autre dommage corporel, les verres de lunettes, les fournitures diverses et les lentilles de contact sont pris en charge par l'assurance accident jusqu'à concurrence des montants moyens facturés par les fournisseurs l'avant-dernier exercice pour les différentes positions du tarif majorés de 25% et arrondis à l'unité supérieure. Les montures sont prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant de 18,2 €. Les délais de renouvellement prévus aux articles 126 à 129 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables pour la 1ère acquisition après l'accident.

Produits sanguins

Art. 20. Les produits sanguins fournis par la Croix-Rouge luxembourgeoise sont pris en charge intégralement sur base des tarifs conventionnels liant la Caisse nationale de santé à la Croix-Rouge d'après les conditions prévues par la convention visée à l'article 61 alinéa 2 sous 10 du Code de la sécurité sociale.

Prestations de transport

Art. 21. Les transports simples en ambulance sont pris en charge par l'assurance accident sans ordonnance médicale.

Sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale, les transports en taxi sont pris en charge par l'assurance accident même s'il ne s'agit pas d'un traitement en série.

Soins hospitaliers

Art. 22. Les soins hospitaliers stationnaires sont pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale. Les participations de l'assuré fixées par l'article 142, alinéas 2 et 4 des statuts de la Caisse nationale de santé sont prises en charge par l'Association d'assurance accident et sont facturées directement à la Caisse nationale de santé.

Les frais liés aux prestations non opposables définies à l'article 18 de la convention modifiée du 16 février 1996 conclue entre la Caisse nationale de santé et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois en exécution des articles 74 et suivants du Code de la sécurité sociale ne sont pas remboursés par l'Association d'assurance accident.

Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses

Art. 23. Les dispositifs médicaux et fournitures diverses figurant dans le fichier B1 délivrés en principe dans les pharmacies sont pris en charge à raison de 100% du prix de référence applicable en matière d'assurance maladie.

Toutefois, l'Association d'assurance accident rembourse d'office pendant l'exercice suivant celui de la prise en charge à l'assuré la différence entre le montant facturé et le montant de référence à condition qu'elle dépasse 1,5 € pendant l'exercice de prise en charge pour l'ensemble des prestations visées à l'alinéa qui précède.

Art. 24. Pour les fichiers B3 et B4 contenant les prothèses auditives respectivement les moyens accessoires pour personnes laryngectomisées, les frais de réparation sont pris en charge intégralement par l'Association d'assurance accident.

Section 2: Les prestations en nature prises en charge directement par l'Association d'assurance accident

Art. 25. Les frais de voyage exposés par l'accidenté pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins, du Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert, sont remboursés directement par l'Association d'assurance accident suivant les conditions et modalités ci-après.

Art. 26. Les frais de voyage à l'intérieur du pays en vue d'un traitement ou d'une expertise sont pris en charge forfaitairement à raison de 2,5 cents par kilomètre du trajet. En cas de présentation d'un billet d'un moyen de transport en commun, le prix y inscrit est remboursé.

Les frais de voyage d'une personne accompagnante sont pris en charge sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

Les frais de voyage sont remboursés uniquement sur demande de l'assuré. Toutefois, ils le sont d'office en cas de convocation par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou auprès d'un expert désigné par celui-ci.

Art. 27. Les frais de voyage en vue d'un traitement ou d'une expertise à l'étranger dûment autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sont remboursés au tarif de 2,5 cents par kilomètre. Si cette solution est plus favorable à l'accidenté, les frais de voyage sont remboursés selon le tarif officiel des chemins de fer sur présentation d'un titre de transport.

Les frais de séjour et de repas de l'accidenté ou de la personne accompagnante, non pris en charge à titre de prestation en nature, sont remboursés sur présentation des factures acquittées mais jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par l'article 28 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Les frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante sont pris en charge sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

Art. 28. Est pris en charge le rapatriement en ambulance d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle dans un Etat membre de l'Union européenne, d'une clinique étrangère vers un hôpital luxembourgeois pour la continuation d'un traitement stationnaire ou vers son domicile, à condition que le moyen de transport et la destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital.

Art. 29. Les subventions aux personnes ayant perdu l'usage d'un ou de plusieurs membres sont versées pour les accidents survenus avant le 1.1.2011 et correspondent aux prestations de même nature accordées par l'Office des dommages de guerre et sont fixées comme suit:

- subvention normale (amputation simple): 92 €;
- subvention majorée (amputations multiples): 130 €.

Section 3: Prestations de l'assurance dépendance

Art. 30. Pour les personnes à considérer d'après l'appréciation de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance comme dépendantes au sens des articles 348 et 349 du Code de la sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la Caisse nationale de santé procède pour compte de l'Association d'assurance accident au paiement de l'ensemble des prestations en milieu stationnaire ou en cas de maintien à domicile accordées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et en demande le remboursement à l'Association d'assurance accident.

Les aides techniques et les adaptations du logement sont pris en charge conformément aux modalités et dans les limites prévues par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins. Toutefois ces limites sont portées au double pour les adaptations au logement.

En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé en utilisant le formulaire prescrit par celle-ci.

Section 4: Prestations à l'étranger

Art. 31. En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, le règlement 883/2004 est applicable à tous les ressortissants d'un Etat membre de la Union européenne.

Le travailleur salarié ou non salarié qui réside sur le territoire d'un autre Etat membre et qui est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie dans l'Etat de sa résidence des prestations en nature servies, pour compte de l'Association d'assurance accident, par l'institution du lieu de résidence selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié.

A cet effet l'Association d'assurance accident émet le formulaire DA1 (attestation de droit aux prestations en nature).

Pour toutes les factures, quittances, etc. émanant de fournisseurs étrangers (incl. «Durchgangsarztberichte, Nachschauberichte», frais de voyage à l'étranger), il est émis sans délai un formulaire DA1, ceci même en cas d'affaire «en suspens» ou «non déclarée».

Art. 32. Les prestations de soins de santé délivrées à l'étranger aux assurés résidant au Luxembourg sont prises en charge par l'Association d'assurance accident dans les conditions établies par les articles 23 à 30 des statuts de la Caisse nationale de santé et le cas échéant d'après les dispositions prévues par les instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale comprenant l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents et maladies professionnelles, auxquels le Luxembourg est lié, étant précisé que la convention belgo-luxembourgeoise entrée en vigueur le 1er mai 1995 n'est pas applicable en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle.

A cet effet l'Association d'assurance accident émet un formulaire DA1 sur le vu de l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Section 5: Allocation de prestations supplémentaires

Art. 33. Si en dépit des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles, statutaires et des présentes règles complémentaires, les prestations de soins de santé au sens de l'article 17 du Code de la sécurité sociale et les prestations prévues aux articles 347 et suivants du Code de la sécurité sociale sont jugées insuffisantes au vu de la situation de l'assuré, l'Association d'assurance accident peut accorder, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, des prestations en nature complémentaires à celles prévues ci-avant. Lorsque le montant de ces prestations dépasse 730 €, leur octroi requiert également l'accord du comité directeur.

Chapitre 4: Modalités d'indemnisation du dégât matériel

Dégât vestimentaire

Art. 34. Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels (montre, parapluie, sac à main, etc.) est accordé sur présentation de la facture, déduction faite d'un pourcentage de 20% par année entière pour vétusté. Toutefois pour les objets énumérés ci-après, la prise en charge ne peut être inférieure aux montants ci-dessous qui sont également accordés à défaut de présentation d'une facture.

manteau	58 €
tailleur/costume	55 €
blouson/veste	42 €
casque moto	38 €
imperméable	36 €
robe	21 €
chaussures	15 €
téléphone mobile	15 €
jupe/pantalon	13 €
pullover	12 €
blouse/chemise	11 €
sac à main	11 €
casque vélo	8 €
montre-bracelet	8 €
gants	7 €
sous-vêtement	3 €

Dégâts aux véhicules automoteurs

Art. 35. Le dégât au véhicule automoteur est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. En cas de réparation, l'indemnité n'est versée à l'assuré que sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

A défaut d'expertise, l'Association détermine la valeur du véhicule avant l'accident par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion à l'aide d'une banque de données informatique utilisée par les professionnels.

En cas de réparation du véhicule par un professionnel légalement établi, l'indemnité à allouer ne peut pas dépasser la valeur déterminée en application de l'alinéa qui précède et est remboursée intégralement sur présentation d'une facture acquittée.

En cas d'abandon du véhicule, la valeur du véhicule déterminée en application de l'alinéa 2 ci-dessus est diminuée d'un montant forfaitaire de 110 € représentant la valeur de l'épave. Il est toutefois loisible à l'assuré d'établir la valeur moins élevée de l'épave par une facture émanant d'un professionnel légalement établi.

L'Association d'assurance accident rembourse les frais d'expertise si celle-ci a été effectuée à la demande de l'assuré et si ce dernier les a pris en charge. Les frais de dépannage, de remorquage, de gardiennage et de remplacement du véhicule ne sont pas pris en charge.

Art. 36. Les montants inscrits aux chapitres 3 et 4 correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.

LIVRE III

ASSURANCE PENSION

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952 concernant la restitution dans leurs droits d'assurance des travailleurs déplacés affiliés à l'assurance pension ouvrière

Vu les articles 197 n° 3 et 202 n°4 alinéa 7 du Code des assurances sociales, tels qu'ils résultent de la loi du 10 avril 1951[2)] ayant pour objet de modifier et de compléter la loi du 17 décembre 1925 concernant le Code des assurances sociales et les lois modificatives des 20 novembre 1929, 6 septembre 1933 et 21 juin 1946;

Vu l'article 5 de la loi du 10 avril 1951 précitée;

Vu l'article 6 de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois;

Vu la loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes, notamment les articles 1er et 2;

R. 29.5.52

Art. 1er. Les salaires à porter en compte pour les périodes assimilées aux périodes de cotisation conformément à l'article 197 n° 3 du Code des assurances sociales seront déterminées sur la base du salaire journalier moyen de l'année civile dans laquelle ces périodes ont pris cours ou, au cas où cet autre mode de calcul serait plus favorable à l'assuré, sur la base du salaire journalier moyen de la dernière année civile assujettie à l'assurance et qui précède l'année dans laquelle se placent les périodes visées.

Le salaire journalier moyen sera obtenu en divisant les salaires gagnés ou, le cas échéant, les salaires correspondant au maximum des classes de salaires dont l'assuré avait relevé, se rapportant à l'année civile visée à l'alinéa précédent, par le nombre de journées assurées correspondantes. Le RM sera compté à vingt-cinq cents (0,25 €).

Art. 2. Les rémunérations servant de référence conformément aux dispositions qui précèdent seront portées en compte sur la base de coefficients fixés par les tableaux ci-après:

a) pour le calcul des rentes suivant les dispositions antérieures à la loi du 10 avril 1951 modificative du Code des assurances sociales:

Année de Déplacement	Périodes à couvrir						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1940	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47	
1941	-	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47	
1942	-	-	1,00	1,06	1,41	1,90	
1943	-	-	-	1,06	1,41	1,90	
1944	-	-	-	-	1,33	1,80	

b) pour le calcul ou le recalcul des rentes suivant la même loi du 10 avril 1951:

Année de Déplacement	Périodes à couvrir						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85
1940	-	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
1941	-	-	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
1942	-	-	-	2,15	2,15	2,15	2,15
1943	-	-	-	-	1,95	1,95	1,95
1944	-	-	-	-	-	1,80	1,80

Les salaires de référence se rapportant à une période antérieure au 1er octobre 1940 seront préalablement convertis au taux de 1,20.

Pour les rentes calculées suivant les dispositions antérieures à la loi du 21 juin 1946 modificative du Code des assurances sociales, le taux de la majoration à incorporer est de 1,2 pour cent; pour tous les autres cas, le taux est celui prévu par l'article 202 du Code des assurances sociales.

Art. 3. Les dispositions du présent arrêté s'appliquent également à l'assurance spéciale des ouvriers mineurs et métallurgistes, d'après les modalités suivantes.

Pour les rentes des ouvriers mineurs fixées conformément aux dispositions en vigueur avant le 1er janvier 1943, le taux de majoration pour les prestations spéciales est de 1,2 pour cent; pour les rentes fixées conformément aux dispositions en vigueur pendant la période du 1er janvier 1943 au 30 juin 1946, la majoration totale pour l'assurance vieillesse et invalidité et pour l'assurance spéciale est fixée à 2,4 pour cent. En ce qui concerne les rentes professionnelles, le taux de majoration est fixé à 1,5 pour cent.

Pour les rentes des ouvriers métallurgistes calculées d'après le régime en vigueur avant le 1er juillet 1946, les prestations supplémentaires correspondent à celles prévues par la législation en vigueur à cette date.

Pour les rentes des ouvriers mineurs et métallurgistes calculées d'après le régime en vigueur à partir du 1er juillet 1946, les majorations supplémentaires sont à accorder selon les modalités prévues par l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes.

Art. 4. Les périodes de déplacement seront également mises en compte pour les cas où les périodes visées ont pris cours avant l'institution de l'assurance spéciale, si lors du déplacement l'assuré exerçait une profession qui était soumise à cette assurance spéciale.

Art. 5. Les charges résultant des dispositions du présent arrêté sont couvertes au moment de la constatation des périodes par un rappel de cotisations à charge de l'Etat qui, de ce fait, se trouvera subrogé aux droits des assurés à l'égard des institutions d'assurances étrangères relatifs à leurs périodes de déplacement. Elles seront calculées sur les salaires établis conformément à l'article 2, tableau sub b, au taux de 5,6 pour cent pour les périodes antérieures au 1er janvier 1946 et de dix pour cent pour les périodes postérieures.

Pour les assurés qui étaient membres de l'assurance spéciale des ouvriers mineurs, le taux est de 18,5 pour cent.

Pour les affiliés à l'assurance spéciale des ouvriers métallurgistes, la cotisation supplémentaire est de deux euros et vingt-trois cents (2,23 €) par mois.

Ces cotisations sont productives d'intérêts composés à quatre pour cent l'an, à partir de l'expiration de l'année au cours de laquelle les périodes ci-dessus visées ont pris fin.

Art. 6. Les personnes qui remplissent les conditions pour pouvoir bénéficier des dispositions qui précèdent, sont tenues de justifier des périodes en question par un certificat à délivrer par l'administration communale de leur résidence au moment du déplacement. Ces certificats doivent, sous peine de déchéance, parvenir à l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité dans un délai de six mois à partir de la mise en vigueur du présent arrêté.

Pour les personnes qui n'ont pas encore pu rentrer dans le pays, ce délai ne prend cours qu'à partir de leur rentrée au Grand-Duché.

Art. 7. Les prestations résultant du présent arrêté sont dues à partir du début de la rente mais au plus tôt à partir du 1er février 1945.

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952, pris en exécution de l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés

Vu les articles 1er, dernier alinéa, et 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés;

Vu l'article 6 de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois;

Vu la loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes notamment les articles 1er et 2;

Art. 1er. Les rémunérations sur lesquelles seront supposées avoir été versées des cotisations pendant les périodes visées à l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés seront obtenues en appliquant les coefficients reproduits ci-après à la dernière rémunération mensuelle sur laquelle il a été cotisé avant le déplacement ou, si cette autre base est plus favorable, à la moyenne mensuelle des rémunérations des douze derniers mois. R. 29.5.52

Année de Déplacement	Coefficient à appliquer pour						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939 - 1940	1,00	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47
1941	-	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47
1942	-	-	1,00	1,00	1,06	1,41	1,90
1943	-	-	-	1,00	1,06	1,41	1,90
1944	-	-	-	-	1,00	1,33	1,80

Les cotisations seront calculées d'une part sur les rémunérations fictives établies conformément aux dispositions qui précèdent et d'autre part sur la base des taux de cotisation effectivement appliqués par l'employeur avant le déplacement. Elles seront mises en compte à l'assuré et revalorisées comme si elles avaient été payées effectivement durant la période de déplacement.

Si, pendant la période de déplacement, des cotisations ont continué à être versées à titre obligatoire en faveur de l'assuré déplacé, l'excédent éventuel des cotisations fictives visées à l'alinéa précédent sur les cotisations effectivement versées sera porté au compte de l'assuré.

Art. 2. Les dispositions du présent arrêté seront également applicables aux assurés de la caisse de pension qui, durant la guerre et en raison de leur attitude patriotique, ont été astreints à une occupation soumise à l'assurance luxembourgeoise contre l'invalidité et la vieillesse des ouvriers.

Dans ce cas l'établissement d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse transférera à la caisse de pension les cotisations qui ont été versées pour les assurés visés au 1er alinéa du présent article pendant la période entrant en ligne de compte.

Le transfert des cotisations payées en RM se fera sur la base de 1 RM = douze cents (0,12 €). Le montant transféré sera à déduire de la somme due par l'Etat à la caisse de pension en application de l'article 5.

Art. 3. Les prestations résultant du présent arrêté sont dues à partir du début de la rente mais au plus tôt à partir du 1er février 1945.

Art. 4. Les personnes qui remplissent les conditions pour pouvoir bénéficier des dispositions qui précèdent sont tenues de justifier des périodes en question par un certificat à délivrer par l'administration communale de leur résidence au moment du déplacement. Ces certificats doivent, sous peine de déchéance, parvenir à la caisse de pension des employés privés dans un délai de six mois à partir de la mise en vigueur du présent arrêté.

Pour les personnes qui n'ont pas encore pu rentrer dans le pays, ce délai ne prend cours qu'à partir de leur rentrée au Grand-Duché.

Art. 5. Les charges résultant des dispositions du présent arrêté seront couvertes au moment de la constatation des périodes de déplacement par un rappel de cotisations majorées des intérêts composés à quatre pour cent à charge de l'Etat qui, de ce fait, se trouvera subrogé aux droits des assurés à l'égard des institutions d'assurances étrangères relatifs à leur période de déplacement. Elles seront calculées sur la base du traitement visé au 1er alinéa de l'article 1er, multiplié par les coefficients ci-après:

Année de Déplacement	Coefficient à appliquer pour						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85
1940	1,00	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
1941	-	1,00	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
1942	-	-	1,00	2,15	2,15	2,15	2,15
1943	-	-	-	1,00	1,95	1,95	1,95
1944	-	-	-	-	1,00	1,80	1,80

Les taux de cotisation applicables aux traitements fictifs établis conformément à l'alinéa qui précède sont fixés comme suit:

- 5,6 pour cent pour la période antérieure au 1er janvier 1946,
- dix pour cent pour la période à partir du 1er janvier 1946,

ou éventuellement sur le taux supérieur qui se dégage de l'application de l'article 104 A, deuxième alinéa de la loi du 29 janvier 1931 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des employés privés.

Le rappel des cotisations se fera sur la base de 1 RM = vingt-cinq cents (0,25 €).

Art. 6. Les dispositions qui précèdent s'appliquent également aux employés techniques des mines du fond sauf que le taux de cotisation pour l'application de l'article 1er et de l'article 5 est fixé à 21,5 pour cent.

Arrêté grand-ducal du 10 août 1955 pris en exécution du dernier alinéa de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés

Vu la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés et plus spécialement l'article 39, 3e alinéa;

Art. 1er. En application de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés, une pension de vieillesse anticipée peut être accordée à la femme assurée à partir de l'expiration de sa cinquante-cinquième année d'âge, si elle compte à son actif cent quatre-vingts mois de stage d'assurance, pourvu et tant qu'elle renonce à toute occupation professionnelle. R. 10.8.55

Art. 2. Lorsque, dans les conditions de l'article précédent, la pension de vieillesse anticipée est octroyée à une femme assurée avant l'accomplissement de sa soixantième année d'âge, le montant de cette pension s'établit en multipliant la pension, qui serait due en cas d'invalidité, par les coefficients de réduction suivants:

Age au moment de l'entrée en jouissance	Coefficient de réduction
55	0,77
56	0,82
57	0,86
58	0,91
59	0,95

Art. 3. Lorsque la pension de vieillesse fixée conformément aux dispositions qui précèdent, prend fin pour quelque motif que ce soit, notamment en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle ou de la substitution de la pension d'invalidité à la pension de vieillesse, avant que la bénéficiaire ait accompli sa soixante-cinquième année d'âge, il sera tenu compte des arrérages perçus dans la fixation de la pension ultérieure. A cet effet la somme des arrérages de la pension anticipée touchée avant l'accomplissement de la soixantième année d'âge sera convertie en rente en divisant cette somme par le facteur de

conversion figurant au tableau ci-après et correspondant à l'âge de l'assurée au moment du nouvel octroi. La part de rente ainsi obtenue sera déduite de la nouvelle pension, sans que, toutefois, le montant restant de la nouvelle pension puisse être inférieur au montant de la pension anticipée touchée avant son extinction

Age de l'assurée	Facteur de conversion
55	11,67
56	11,32
57	10,98
58	10,63
59	10,28
60	9,92
61	9,57
62	9,21
63	8,85
64	8,50
65	8,16

Art. 4. Pour l'application du tableau de l'article 1er et des tarifs du présent arrêté on prend l'âge exact de la bénéficiaire au moment de la prise en cours de la pension, les mois entiers y étant compris et toute fraction de mois étant négligée. Lorsque l'âge ainsi déterminé ne représente pas un nombre entier d'années, on calculera le coefficient de réduction et le facteur de conversion par interpolation linéaire.

Règlement grand-ducal du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension

Vu les articles 243bis et 243quater du Code des assurances sociales;

Art. 1er. La limite prévue à l'article 247 alinéa 2 pour le placement des réserves à moyen et à long terme est portée à 1,7 fois le montant des prestations annuelles pour l'ensemble des caisses de pension. R. 30.4.90

Art. 2. Chaque caisse de pension à laquelle est attribué un excédent de recettes conformément à l'alinéa 2 de l'article 246 doit réserver une égale quote part de cet excédent pour des placements à effectuer auprès du secteur public, à des investissements économiques et à des prêts nantis d'hypothèques à des particuliers. R. 10.10.88

Si au cours d'un exercice le quota fixé ci-avant n'est pas atteint, le montant nécessaire pour parfaire ce quota est reporté à l'exercice subséquent.

Les fonds qui deviennent disponibles à la suite d'échéance de prêts ou d'amortissement de placements sont réaffectés au secteur de placement initial dans la limite des montants prévus à l'article 4.

Art. 3. Sont considérés comme placements au profit du secteur public, les investissements effectués par l'Etat, les communes, les établissements publics, les établissements internationaux ainsi que les investissements effectués pour le compte des R. 20.12.84

institutions et organismes prémentionnés. Les placements au profit du secteur public sont soumis à l'avis du ministre des finances.

Peuvent encore être imputés après accord du ministre des finances sur le compte du secteur public les prêts consentis à des personnes de droit privé en vue de la construction d'équipements collectifs sociaux notamment hôpitaux, maisons de retraite.

Ne sont pas imputés sur le compte du secteur public les placements effectués par l'intermédiaire de la société nationale de crédit et d'investissement au profit du secteur économique.

Au début de chaque exercice ainsi qu'à l'appui des demandes d'avis et d'accord dont question aux alinéas 1 et 2 ci-dessus, le ministre de la sécurité sociale saisit le ministre des finances d'un état prévisionnel des disponibilités jusqu'à la fin de l'année en cours ainsi que d'un état de l'ensemble des engagements contractés ou prévus à charge de ces disponibilités.

Règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 déterminant les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues à l'article 172 du Code des assurances sociales

Vu l'article 172 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Pour parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse prévue à l'article 184 du Code de la sécurité sociale et pour la pension minimum ainsi qu'aux fins de l'acquisition des majorations forfaitaires dans les pensions, les périodes prévues à l'article 172 du même Code se situant avant le 1er janvier 1988 ne sont prises en considération que dans la mesure nécessaire pour compléter, ensemble avec les périodes prévues aux articles 171, 173, 173bis et 174 douze mois par année civile. R. 13.11.02

Art. 2. Pour la détermination de la base de référence prévue à l'article 221 du Code de la sécurité sociale, les périodes prévues à l'article 172, 1) à 4) du même code, se situant avant le 1er janvier 1988, sont censées avoir été portées en compte simultanément avec des périodes prévues aux articles 171, 173 et 174 du même code dans la mesure où elles dépassent ensemble avec les périodes susvisées douze mois par année civile; dans ce cas l'année civile en question et les revenus cotisables afférents peuvent être négligés. R. 29.1.88

Art. 3. Si pour une même période l'assuré peut se prévaloir et du point 4) de l'article 172, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale et d'un ou de plusieurs autres points du même article, les périodes sont mises en compte uniquement au titre des périodes autres que celles prévues au point 4). R. 13.11.02

Art. 4. 1) Pour la mise en compte des périodes prévues à l'article 172, 4) du Code de la sécurité sociale il est présumé que la mère a élevé l'enfant. Le père de l'enfant peut rapporter la preuve contraire R. 29.1.88

a) si la garde de l'enfant lui a été confiée,
b) si la mère a exercé une occupation professionnelle alors que le père n'exerçait pas une telle occupation,
c) si le père habitait seul avec l'enfant,
d) si les deux conjoints exerçaient simultanément une activité professionnelle.

Dans les cas visés sous d) il est présumé que l'enfant a été élevé par le parent touchant le revenu professionnel le moins élevé, subsidiairement, par le conjoint le plus jeune.

La preuve ne peut être rapportée que jusqu'à l'échéance d'un risque assuré dans le chef d'un des conjoints.

2) L'appréciation de l'infirmité éventuelle de l'enfant se fait d'après les règles prévues à l'article 272 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

Art. 5. 1) Sont prises en considération comme périodes d'études et de formation professionnelle au titre de l'article 172, 2) du Code de la sécurité sociale les périodes où l'intéressé

a) a suivi effectivement, sur place, au Grand-Duché ou à l'étranger, dans un établissement public ou privé d'enseignement secondaire, supérieur ou universitaire, des cours d'enseignement général ou professionnel,

b) a suivi des cours d'adultes du soir de l'enseignement secondaire ou technique,

c) a effectué un stage prévu par le programme d'études et prescrit en vue de l'obtention du diplôme clôturant lesdites études.

Sont assimilées aux études:

a) les périodes de vacances annuelles à l'inclusion de celles consécutives à l'année scolaire,

b) les interruptions d'études pour des raisons de santé,

c) à la fin des études, la période se situant entre la fin de l'année scolaire et le 31 octobre subséquent.

2) L'intéressé doit rapporter la preuve des périodes d'études et de formation, notamment moyennant des diplômes, des certificats d'études, des certificats d'apprentissage, pour la période se situant entre l'âge de dix-huit ans et la fin de ses études ou de sa formation professionnelle.

Art. 6. Les périodes prévues à l'article 172, 6) du Code de la sécurité sociale ne sont prises en compte que pour autant qu'elles se situent après l'âge de quatorze ans.

Règlement grand-ducal du 2 septembre 1988 relatif aux mesures de réhabilitation et de reconversion

Vu l'article 237 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre I - Procédure administrative

R. 2.9.88

Art. 1er. Le Contrôle médical de la sécurité sociale qui constate l'invalidité d'un assuré âgé de moins de cinquante ans, propose à la caisse de pension compétente de soumettre l'assuré à des mesures de réhabilitation et de reconversion appropriées.

Art. 2. Au cas où des mesures de réhabilitation ou de reconversion professionnelles sont proposées, la caisse de pension saisit l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés pour avis.

Art. 3. Sur base des propositions du Contrôle médical de la sécurité sociale, et le cas échéant, de l'avis de l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés, la caisse de pension arrête les mesures de réhabilitation et de reconversion dans les domaines médical, professionnel et social auxquelles l'intéressé doit se soumettre.

Les dispositions de l'article 254 du Code de la sécurité sociale sont applicables.

Chapitre II - Les mesures de réhabilitation

Art. 4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale surveille les mesures de réhabilitation médicale et sociale.

L'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés prête son concours technique au déroulement des mesures de réhabilitation et de reconversion professionnelles, le cas échéant, en collaboration avec le service de la formation professionnelle du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse ou de tout autre service ou institution appropriée.

Art. 5. Sur avis favorable du Contrôle médical ou de l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés, la caisse de pension peut accorder la prise en charge de moyens accessoires, dans la mesure où ces moyens sont nécessaires pour garantir le succès de la réhabilitation en vue d'une réintégration professionnelle.

Art. 6. La prise en charge des traitements, moyens curatifs et frais de transport se fait aux taux des tarifs applicables dans le cadre de l'Association d'assuranc accident.

Le remboursement des frais occasionnés par la réhabilitation ou la reconversion professionnelle se fait sur présentation à la caisse de pension d'une facture, que la caisse peut faire certifier par l'office des salariés handicapés.

Chapitre III - Participation du bénéficiaire

Art. 7. Au cas où la réhabilitation comporte la prise en charge de frais de logement, d'entretien ou de nourriture, la participation à ces prestations est effectuée conformément aux taux fixés en application de l'article 7, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

Sans préjudice des dispositions légales prévues pour les bénéficiaires ayant charge de famille, la pension ne peut pas être réduite à un niveau inférieur à un tiers du montant de référence prévu à l'article 222 du Code de la sécurité sociale.

Chapitre IV - Sanctions

Art. 8. Lorsque le bénéficiaire de pension se soustrait aux mesures de réhabilitation ou lorsque par son comportement fautif il en compromet les chances de succès, la caisse de pension notifie à l'intéressé un avertissement.

Au cas où l'intéressé refuse d'obtempérer à cet avertissement, la caisse de pension prononce le retrait partiel ou total de la pension d'invalidité.

Les dispositions de l'article 254 du Code de la sécurité sociale sont applicables.

Règlement grand-ducal du 4 décembre 1991 fixant les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse prévus à l'article 185 du Code des assurances sociales

Vu l'article 185 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse différée après l'âge de soixante-cinq ans sont fixés comme suit: R. 4.12.91

Age	*coefficient*
65 ans 1 mois	1,007
65 ans 2 mois	1,014
65 ans 3 mois	1,021
65 ans 4 mois	1,028
65 ans 5 mois	1,035
65 ans 6 mois	1,042
65 ans 7 mois	1,049
65 ans 8 mois	1,056
65 ans 9 mois	1,063
65 ans 10 mois	1,070
65 ans 11 mois	1,077
66 ans	1,084
66 ans 1 mois	1,091
66 ans 2 mois	1,098
66 ans 3 mois	1,105
66 ans 4 mois	1,112
66 ans 5 mois	1,119
66 ans 6 mois	1,126
66 ans 7 mois	1,133
66 ans 8 mois	1,140
66 ans 9 mois	1,147
66 ans 10 mois	1,154
66 ans 11 mois	1,161
67 ans	1,168
67 ans 1 mois	1,177
67 ans 2 mois	1,186
67 ans 3 mois	1,195
67 ans 4 mois	1,204
67 ans 5 mois	1,213
67 ans 6 mois	1,222
67 ans 7 mois	1,231
67 ans 8 mois	1,240
67 ans 9 mois	1,249
67 ans 10 mois	1,258
67 ans 11 mois	1,267
68 ans	1,276

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1992 ayant pour objet de fixer les modalités d'application du recours contre tiers responsable prévu à l'article 232 du Code des assurances sociales

Vu l'article 232 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En cas d'octroi d'une pension d'invalidité temporaire, le recours porte sur le montant brut de la pension liquidée et s'effectue annuellement sur la base d'un décompte à établir par la caisse de pension. R. 18.11.92

Art. 2. En cas d'octroi d'une pension d'invalidité permanente, le recours porte sur la différence entre la valeur en capital de la pension d'invalidité et l'expectative à une pension d'invalidité et de vieillesse.

Est pris en compte au titre de la pension d'invalidité ou de vieillesse le montant brut de la pension d'invalidité liquidée pour le premier mois du début de la pension permanente ou, en cas de conversion d'une pension temporaire en une pension permanente, pour le premier mois suivant celui au cours duquel la constatation du Contrôle médical de la sécurité sociale est intervenue. R. 8.3.17

L'âge à prendre en compte est le nombre entier d'années correspondant à la date anniversaire la plus proche du mois visé à l'alinéa précédent. L'âge moyen pour l'octroi de la pension de vieillesse est fixé à soixante-deux ans. R. 18.11.92

La valeur en capital de la pension d'invalidité est déterminée sans prise en compte d'une réactivation éventuelle du bénéficiaire de pension. L'expectative à la pension d'invalidité et à la pension de vieillesse est calculée en tenant compte de la réactivation éventuelle du bénéficiaire de pension.

Au cas où le montant de l'expectative dépasse le montant de la valeur en capital, aucun recours n'est effectué.

Art. 3. En cas de décès d'un assuré non bénéficiaire d'une pension, le recours porte sur le montant brut des pensions de survie des personnes visées par l'article 232 du Code de la sécurité sociale liquidées au cours des trente-six mois postérieurs à la date du décès de l'assuré et s'effectue annuellement sur la base d'un décompte à établir par la caisse de pension. R. 8.3.17

En outre, il porte sur la différence entre la valeur en capital de ces mêmes pensions de survie liquidées pour le premier mois suivant cette période et l'expectative correspondante d'un assuré actif à des pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie. Les pensions sont calculées sur la base de la pension d'invalidité à laquelle l'assuré aurait eu droit au cours de ce mois. Les âges à prendre en considération sont déterminés pour le même mois. L'âge limite pour l'octroi de la pension d'orphelin est fixé à vingt ans. Les expectatives aux pensions de survie sont à calculer à l'aide de la méthode individuelle. Pour chaque survivant visé à l'article 232 du Code de la sécurité sociale, l'expectative à la pension d'invalidité, de vieillesse et de survie à déduire est calculée au prorata de la valeur en capital de sa pension de survie par rapport à l'ensemble des valeurs en capital de toutes les pensions de survie.

Au cas où le montant de l'expectative dépasse le montant de la valeur en capital, l'alinéa 2 n'est pas applicable. R. 18.11.92

Art. 4. En cas de décès d'un bénéficiaire de pension, aucun recours contre tiers responsable n'est effectué.

Art. 5. Le taux d'intérêt technique est fixé à quatre pour cent. Les données biométriques figurent en annexe et font partie intégrante du présent règlement.

ANNEXE

DONNEES BIOMETRIQUES DE BASE

x	$^{*}q_x^{aa}$	$^{*}i_x$	$^{*}r_x^{ia}$	q_x^{A}	$^{*}q_x^{i}$	$^{*}q_x^{w}$	$^{*}h_x^{w}$
17	0,0003699	0,0000775	0,6605418		0,0004582	0,0005973	0,0662055
18	0,0003732	0,0000987	0,5849757		0,0008904	0,0006427	0,0649112
19	0,0003765	0,0001307	0,5105584		0,0013226	0,0006881	0,0636169
20	0,0003798	0,0001718	0,4384385		0,0017549	0,0007336	0,0623226
21	0,0003832	0,0002205	0,3697648		0,0021871	0,0007790	0,0610283
22	0,0003865	0,0002753	0,3056858		0,0026193	0,0008244	0,0597339
23	0,0003898	0,0003347	0,2473504		0,0030515	0,0008698	0,0584396
24	0,0003931	0,0003972	0,1959072		0,0034837	0,0009152	0,0571453
25	0,0003964	0,0004612	0,1525050		0,0039159	0,0009606	0,0558510
26	0,0003998	0,0005254	0,1179096		0,0043481	0,0010060	0,0545567
27	0,0004031	0,0005896	0,0913551		0,0047803	0,0010514	0,0532624
28	0,0004064	0,0006538	0,0716928		0,0052126	0,0010968	0,0519681
29	0,0004097	0,0007181	0,0577741		0,0056448	0,0011422	0,0506738
30	0,0004130	0,0007823	0,0484502		0,0060770	0,0011876	0,0493795
31	0,0004164	0,0008465	0,0425725		0,0065092	0,0012330	0,0480852
32	0,0004201	0,0009108	0,0389921		0,0069414	0,0012797	0,0467908
33	0,0004256	0,0009750	0,0365605		0,0073736	0,0013321	0,0454965
34	0,0004343	0,0010401	0,0343222		0,0078058	0,0013950	0,0442022
35	0,0004478	0,0011106	0,0320956		0,0082380	0,0014732	0,0429079
36	0,0004677	0,0011920	0,0298922		0,0086703	0,0015717	0,0416136
37	0,0004953	0,0012895	0,0277237		0,0091025	0,0016952	0,0403193
38	0,0005322	0,0014087	0,0256018		0,0095347	0,0018487	0,0390250
39	0,0005800	0,0015549	0,0235380		0,0099669	0,0020369	0,0377307
40	0,0006401	0,0017335	0,0215439		0,0103991	0,0022649	0,0364364
41	0,0007140	0,0019499	0,0196313		0,0108313	0,0025373	0,0351421
42	0,0008033	0,0022100	0,0178112		0,0112635	0,0028590	0,0338478
43	0,0009094	0,0025207	0,0160933		0,0116958	0,0032350	0,0325534
44	0,0010339	0,0028898	0,0144866		0,0121280	0,0036700	0,0312591
45	0,0011783	0,0033246	0,0130003		0,0125602	0,0041689	0,0299648
46	0,0013429	0,0038328	0,0116435		0,0129924	0,0047339	0,0286719
47	0,0015263	0,0044219	0,0104252		0,0134246	0,0053635	0,0273838
48	0,0017272	0,0050993	0,0093546		0,0138568	0,0060557	0,0261039
49	0,0019438	0,0058726	0,0084408		0,0142890	0,0068084	0,0248359
50	0,0021749	0,0067459	0,0076880		0,0147212	0,0076199	0,0235834
51	0,0024187	0,0077097	0,0070802		0,0151535	0,0084880	0,0223498
52	0,0026739	0,0087511	0,0065969		0,0155857	0,0094108	0,0211389
53	0,0029389	0,0098571	0,0062173		0,0160179	0,0103864	0,0199540
54	0,0032122	0,0110148	0,0059207		0,0164501	0,0114128	0,0187989
55	0,0034923	0,0122113	0,0056862		0,0168823	0,0124881	0,0176770
56	0,0037777	0,0134337	0,0054933		0,0173145	0,0136103	0,0165919
57	0,0040668	0,0146690	0,0053210		0,0177467	0,0147773	0,0155472
58	0,0043583	0,0159064	0,0051522		0,0181790	0,0159874	0,0145464
59	0,0046510	0,0171439	0,0049835		0,0186116	0,0172392	0,0135930
60	0,0049575	0,0183813	0,0048147	0,0049575	0,0190538	0,0185495	0,0126877
61	0,0053037	0,0196188	0,0046459	0,0053037	0,0195238	0,0199528	0,0118281
62	0,0057157	0,0208652	0,0044771	0,0057157	0,0200400	0,0214845	0,0110121
63	0,0062201	0,0220937	0,0043083	0,0062201	0,0206210	0,0231798	0,0102373
64	0,0068433	0,0233311	0,0041395	0,0068433	0,0212852	0,0250741	0,0095013

65	0,0076116	0,0220512	0,0272028	0,0088019
66	0,0085514	0,0229375	0,0296011	0,0081368
67	0,0096890	0,0239625	0,0323043	0,0075037
68	0,0110510	0,0251448	0,0353479	0,0069001
69	0,0126636	0,0265028	0,0387671	0,0063239
70	0,0145533	0,0280551	0,0425972	0,0057728
71	0,0167464	0,0298202	0,0468736	0,0052443
72	0,0192693	0,0318165	0,0516316	0,0047362
73	0,0221480	0,0340655	0,0569030	0,0042464
74	0,0254023	0,0366226	0,0626770	0,0037748
75	0,0290484	0,0395651	0,0689161	0,0033227
76	0,0331025	0,0429708	0,0755820	0,0028914
77	0,0375806	0,0469174	0,0826365	0,0024824
78	0,0424988	0,0514826	0,0900413	0,0020968
79	0,0478733	0,0567441	0,0977582	0,0017360
80	0,0537201	0,0627797	0,1057491	0,0014013
81	0,0600553	0,0696669	0,1139756	0,0010941
82	0,0668951	0,0774836	0,1223996	0,0008157
83	0,0742554	0,0863075	0,1309828	0,0005674
84	0,0821526	0,0962163	0,1396871	0,0003506
85	0,0906025	0,1072876	0,1484742	0,0001664
86	0,0996214	0,1195993	0,1573059	0,0000164
87	0,1092443	0,1332262	0,1661812	0,0000000
88	0,1196330	0,1482256	0,1753473	0,0000000
89	0,1310006	0,1646473	0,1851523	0,0000000
90	0,1435606	0,1825409	0,1959447	0,0000000
91	0,1575264	0,2019563	0,2080730	0,0000000
92	0,1731113	0,2229432	0,2218857	0,0000000
93	0,1905289	0,2455515	0,2377314	0,0000000
94	0,2099925	0,2698309	0,2559585	0,0000000
95	0,2317155	0,2958312	0,2769156	0,0000000
96	0,2559113	0,3236021	0,3009510	0,0000000
97	0,2827934	0,3531935	0,3284135	0,0000000
98	0,3125752	0,3846551	0,3596513	0,0000000
99	0,3454700	0,4180366	0,3950131	0,0000000
100	0,3816913	0,4533879	0,4348473	0,0000000

Règlement grand-ducal du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension

Vu les articles 173, alinéa 3, 173bis, alinéa 2, 174, alinéa 2 et 241 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 7 modifié de la loi du 27 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs;

Vu l'article IV sous 7) de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension;

Assurance continuée, complémentaire et facultative

Art. 1er. L'assuré qui abandonne ou réduit son activité professionnelle peut continuer ou compléter son assurance conformément à l'article 173 du Code de la sécurité sociale dans les conditions y prévues, en présentant une demande écrite à introduire auprès du Centre commun de la sécurité sociale. R. 25.6.09

Peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire, l'assuré qui justifie de douze mois R. 5.5.99

d'assurance au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale pendant une période de trois années précédant la demande. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172, 1) à 5) ou à l'article 173 du Code de la sécurité sociale.

La demande pour l'assurance continuée vaut également comme demande au titre de l'assurance complémentaire et inversement.

Art. 2. Les personnes qui remplissent les conditions prévues à l'article 173bis du Code de la sécurité sociale peuvent s'assurer facultativement pendant les périodes de mariage, d'éducation d'un enfant mineur ou d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du même code en présentant une demande écrite à introduire auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 3. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative prend effet le premier jour du mois suivant celui de la demande. Cependant, en cas d'assurance continuée ou complémentaire, l'assuré peut demander qu'elle prenne effet au plus tôt le premier mois suivant celui de la perte de l'affiliation ou de la réduction de l'activité professionnelle. R. 13.3.13

Pour les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliées par l'Etat en vertu de l'article 173 bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'assurance facultative rétroagit au jour du début de l'occupation. R. 4.5.01

Art. 4. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative doit couvrir une période continue. R. 13.3.13

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum mensuel, ni supérieure au quintuple de ce salaire. Toutefois, l'assuré peut demander qu'elle soit réduite à un tiers du salaire social minimum mensuel pendant un total ne dépassant pas soixante mois d'assurance au cours de sa carrière d'assurance. Pour compter cette durée maximale, ne sont pas pris en considération les mois mis en compte au titre de l'assurance obligatoire conformément à l'article 175, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Compte tenu des dispositions prévisées, l'intéressé est libre de fixer l'assiette de cotisation, sans que cette dernière ne puisse dépasser:

- soit le plafond fixé à l'article 226 du Code de la sécurité sociale relevé, le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum mensuel;
- soit l'indemnité dont bénéficie l'assuré en sa qualité de membre de la chambre des députés;
- soit la rémunération réalisée par l'assuré au cours de l'année précédant l'année de cotisation auprès d'un organisme international officiel qui ne le fait pas bénéficier d'un régime statutaire prévoyant le paiement d'une pension périodique;
- soit le dernier traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, avant l'admission à l'assurance continuée ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, relevé, le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum de référence. En cas de congé pour travail à mi-temps ou de service à temps partiel, le traitement correspondant à une tâche complète est pris en compte;
- soit la différence entre, d'une part, le traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, pendant l'assurance

complémentaire ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial et, d'autre part, le dernier traitement pensionnable payé avant l'admission à cette assurance déterminé conformément au dernier tiret qui précède;

- soit la rémunération de la personne occupée auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliée par l'Etat en vertu de l'article 173bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Dans la limite des plafonds visés ci-dessus, l'assuré peut en outre fixer l'assiette de cotisation à une, deux, trois, quatre ou cinq fois le salaire social minimum mensuel.

En cas d'assurance complémentaire ou facultative, l'assiette prévisée comprend l'assiette de l'assurance obligatoire.

L'option retenue au moment de la demande vaut pour les années civiles subséquentes, sauf adaptation à opérer au mois de janvier de chaque année.

Art. 5. Les cotisations calculées sur base de l'assiette prévue à l'article 4 ci-dessus sont réclamées par extraits de compte mensuels, sous réserve d'une régularisation éventuelle ultérieure.

Art. 6. Pour les assurés exerçant une activité pour leur propre compte, toute cotisation indûment payée au titre de l'assurance obligatoire peut être portée en compte comme cotisation de l'assurance continuée pour les périodes afférentes si l'assurance continuée est recevable pour ces périodes. R. 5.5.99

Art. 7. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative n'ouvre droit à des prestations que pour autant qu'elle soit valablement couverte de cotisations.

Les sommes qui auraient été acceptées contrairement aux dispositions légales ou réglementaires sont remboursées et n'entrent pas en ligne de compte pour la détermination des droits de l'assuré.

Art. 8. L'assurance est résiliée sur déclaration écrite de l'intéressé ou en cas de non-paiement des cotisations dans un délai de trois mois à partir de la mise en demeure notifiée par lettre recommandée dans les trois mois de l'extrait de compte. Elle est annulée avec effet rétroactif au premier jour du mois pour lequel la cotisation n'a pas été payée intégralement. R. 4.5.01

Achat rétroactif de périodes d'assurance

Art. 9. La demande en vue d'un achat rétroactif de périodes d'assurance visé à l'article 174 du Code de la sécurité sociale doit être présentée auprès de la Caisse nationale d'assurance pension. Cette caisse est chargée de l'instruction du dossier. R. 25.6.09

Art. 10. La période à couvrir rétroactivement ne peut ni se situer avant l'âge de dix-huit ans ni excéder: R. 5.5.99

1° les périodes de mariage, R. 4.5.01

2° les périodes d'éducation d'un enfant mineur, R. 5.5.99

3° les périodes d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente d'accident en vertu de l'article 97, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale ou d'une majoration du complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 conformément à l'article VIII de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, R. 25.6.09

4° les périodes d'affiliation à un régime de pension étranger ou à un régime de pension d'une organisation internationale, R. 4.5.01

5° les périodes ayant donné lieu à paiement de l'‘indemnité prévue par l'article 16 de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, tel qu'il a été abrogé par la loi du 25 juillet 1985, ainsi que par les dispositions afférentes de la législation régissant les autres régimes transitoires spéciaux,

6° les périodes d'occupation auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger si situant avant le 1er septembre 2000 au sens de l'article 35 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

La caisse de pension peut demander à l'intéressé de fournir les pièces justificatives au sujet des périodes ci-dessus. R. 5.5.99

Les périodes visées sous 1) à 3) peuvent se superposer à des périodes d'assurance obligatoire, mais les mois d'assurance afférents ne sont mis en compte qu'une seule fois conformément à l'article 175 du Code de la sécurité sociale. La même solution s'applique au regard des périodes accomplies dans un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. R. 4.5.01

Art. 11. Pour un mois d'assurance à couvrir rétroactivement pendant une période visée à l'alinéa 1, sous 1) à 3) et sous 5) de l'article qui précède, il est mis en compte, à la demande de l'intéressé, un revenu correspondant, soit au minimum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant ces périodes, soit au double de ce minimum. En aucun cas, les revenus portés en compte au titre de l'assurance obligatoire et de l'achat rétroactif ne peuvent dépasser le maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question. Pour l'application de la phrase qui précède, il est également tenu compte des rémunérations du chef d'une période computable sous un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension se situant au cours de la période à couvrir rétroactivement. R. 4.5.01

Pour les périodes visées à l'alinéa 1, sous 4) de l'article qui précède, l'intéressé est libre de fixer le revenu à mettre en compte dans sa carrière d'assurance dans la limite du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question. R. 5.5.99

Toutefois, si le forfait de rachat ou l'équivalent actuariel est transféré par l'organisme étranger ou international directement à la Caisse nationale d'assurance pension, le montant est converti en revenus cotisables. Dans la mesure où le montant transféré est insuffisant par rapport au montant de l'achat détermniné compte tenu des limites prévues à l'alinéa qui précède et des dispositions de l'article 12, l'intéressé devra le compléter à ses frais. Si le montant transféré dépasse la valeur maximale de l'achat, l'exédent est versé à l'intéressé. R. 25.6.09

Pour les périodes visées à l'alinéa 1, sous 6) de l'article qui précède, l'Etat est libre de fixer le revenu à mettre en compte dans sa carrière d'assurance dans la limite du minimum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question et du double de ce minimum. R. 4.5.01

Art. 12. Le montant à verser pour la couverture rétroactive des périodes d'assurance est calculé sur base des revenus visés à R. 5.5.99

l'article qui précède à l'aide du taux de cotisation global applicable au moment de la réception de la demande.

Toutefois, si la période visée à l'article 10, alinéa 1, point 4) comprend des périodes ayant fait l'objet, antérieurement, d'un transfert sur la base de l'article 213bis du Code de la sécurité sociale ou de l'article 36 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des règimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois, les cotisations pour la période en cause correspondent au montant initialement transféré et le revenu à mettre en compte dans la carrière d'assurance correspond à celui effectivement réalisé. R. 25.6.09

Le montant nominal des cotisations ainsi calculées est augmenté des intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an. Les intérêts courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle à couvrir rétroactivement jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la réception de la demande. R. 5.5.99

La charge du montant des cotisations est répartie entre l'intéressé et l'Etat conformément aux articles 239 et 240, troisième tiret du Code de la sécurité sociale.

Art. 13. La caisse de pension fixe le montant des cotisations à régler, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Toutefois, à la demande de l'assuré avant l'expiration du délai prévu à l'alinéa qui précède, la caisse de pension accorde un paiement par annuités dont le nombre ne peut pas dépasser cinq. Ces annuités, majorées d'intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an, sont à payer, sous peine de déchéance, dans le délai de dix jours à partir des échéances fixées.

Aucun versement ne peut être accepté en cas d'invalidité, de décès ou en cas de déchéance conformément aux alinéas qui précèdent. Toutefois, les droits attachés aux paiements déjà effectués restent acquis à l'intéressé en étant imputés en priorité sur les mois entiers les plus anciens; le solde éventuel reste acquis à la caisse. R. 4.5.01

Art. 14. En cas de litige relatif à l'achat de périodes d'assurance, la décision susceptible de recours conformément à l'article 433 du Code de la sécurité sociale est prise par le comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension et communiquée au demandeur par lettre recommandée. R. 25.6.09

Restitution de cotisations remboursées

Art. 15. Les personnes visées à l'alinéa 2 de l'article 7 de la loi du 27 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs, tel qu'il a été modifié par l'article XV de la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, et par l'article X de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension et la modification de différentes dispositions en matière de sécurité sociale et par l'article 33 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, ainsi que les personnes visées à l'article IV sous 7) de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension et l'article 32 de la loi précitée du 28 juillet 2000, peuvent restituer à la Caisse nationale d'assurance pension le montant des cotisations remboursées, revalorisées compte tenu d'intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an. R. 4.5.01

Les intérêts composés courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle du remboursement des cotisations jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la restitution des cotisations. R. 5.5.99

Le montant ainsi déterminé doit être réglé, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision émise par la Caisse nationale d'assurance pension. R. 25.6.09

Dispositions abrogatoires et transitoires

Art. 16. Le règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 déterminant les conditions et modalités de l'assurance pension continuée, le règlement grand-ducal du 20 décembre 1991 concernant l'achat rétroactif de périodes d'assurance dans le régime de pension contributif ainsi que le règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 fixant les modalités et les conditions suivant lesquelles les assures ayant bénéficié d'un remboursement de cotisations en matière d'assurance pension peuvent restituer les cotisations remboursées sont abrogés.

Les assurés qui ont acheté, sous l'empire du règlement grand-ducal du 20 décembre 1991, des périodes d'assurance ont droit, sur demande, au remboursement de la différence entre le montant calculé sur base du taux d'intérêt mis en compte lors de l'achat et le montant calculé au taux de quatre pour cent. Il en est de même des personnes qui ont restitué des cotisations remboursées.

Art. 17. Les articles 1er à 8 du présent règlement s'appliquent à partir de l'exercice 1999 également aux assurances continuées ou complémentaires en cours. Les articles 9 à 14 ne s'appliquent qu'aux achats rétroactifs de périodes d'assurance demandés après leur entrée en vigueur. L'article 15 ne s'applique qu'aux restitutions de cotisations demandées après son entrée en vigueur.

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif

Vu l'article 266 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le Fonds de compensation est autorisé à investir dans les limites suivantes, exprimées en pourcentage du montant de la réserve de compensation gérée par lui au 31 décembre de l'exercice antérieur: R. 22.7.09

a) le montant investi à travers les OPC fonctionnant sous le régime de l'article 266 du Code de la sécurité sociale dans les compartiments des obligations ne doit pas dépasser, ensemble avec les prêts et autres placements en obligations ou titres de créances investis directement par le Fonds de compensation, soixante pour cent;
b) le montant investi à travers ces mêmes OPC dans les compartiments des actions et des investissements alternatifs ne doit pas dépasser, ensemble avec les actions et titres de participation investis directement par le Fonds de compensation, cinquante pour cent;
c) le montant investi à travers ces mêmes OPC dans les compartiments des biens immobiliers ne doit pas dépasser, ensemble avec le patrimoine immobilier détenu directement par le Fonds de compensation, quinze pour cent.

Art. 2. Le solde de la réserve peut être investi dans les compartiments monétaires de ces mêmes OPC ou directement par le Fonds de compensation dans des placements à court terme en euros.

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant les facteurs de revalorisation prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 220 du Code de la sécurité sociale;

Art.1er. Les facteurs de revalorisation applicables aux salaires, traitements ou revenus des années se situant jusqu'au 31 décembre 2011 sont fixés comme suit: R. 26.12.12

Année	Coefficients
1950	0,370
1951	0,385
1952	0,407
1953	0,400
1954	0,397
1955	0,413
1956	0,439
1957	0,450
1958	0,446
1959	0,461
1960	0,488
1961	0,510
1962	0,521
1963	0,538
1964	0,552
1965	0,581
1966	0,599
1967	0,613
1968	0,654
1969	0,676
1970	0,719
1971	0,746
1972	0,775
1973	0,806
1974	0,901
1975	0,901
1976	0,909
1977	0,926
1978	0,943
1979	0,962
1980	0,971
1981	0,980
1982	1,000
1983	0,990
1984	1,000
1985	1,010
1986	1,033
1987	1,044
1988	1,057

1989	1,088
1990	1,103
1991	1,129
1992	1,140
1993	1,164
1994	1,183
1995	1,202
1996	1,211
1997	1,218
1998	1,233
1999	1,255
2000	1,277
2001	1,299
2002	1,316
2003	1,325
2004	1,337
2005	1,350
2006	1,368
2007	1,377
2008	1,391
2009	1,403
2010	1,418
2011	1,424

Art. 2. Le règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 3. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1er janvier 2013.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2016

Vu l'article 220 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le facteur de revalorisation applicable aux salaires, traitements ou revenus cotisables de l'année 2016 est fixé à 1,450. R. 13.12.17

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 2018.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2016

Vu l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La prime de répartition pure est fixée à 21,92 pour l'année 2016. R. 13.12.17

Art. 2. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1er janvier 2018.

STATUTS DU FONDS DE COMPENSATION COMMUN AU RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION, INSTITUÉ PAR L'ARTICLE 260 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Première adoption des statuts par arrêté ministériel du 23 mars 2010 et établis par le conseil d'administration du Fonds le 25 février 2010.

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances selon les besoins du service, en principe une fois par mois. Le président peut convoquer le conseil d'administration en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux des membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour. A. 23.3.10

Pour toutes les séances qui n'ont pas lieu à des dates déterminées, fixées une fois pour toutes par le conseil d'administration, le président doit convoquer les membres par écrit à sept jours. En cas d'urgence le conseil d'administration peut être convoqué par tous les moyens et sans délai.

La convocation portant indication sommaire de l'ordre du jour est adressée aux membres par la voie postale ou par courrier électronique.

Le membre effectif du conseil d'administration qui est empêché d'assister à la réunion en avisera aussitôt que possible le président qui convoquera son suppléant. Dans cette hypothèse, le délai précisé à l'alinéa 1er ne doit pas être observé.

Le conseil d'administration délibère valablement si la majorité de ses membres est présente et si chaque groupe visé à l'article 262, alinéa 1er, sous les chiffres 1), 2) et 3) du Code de la sécurité sociale est représenté par au moins un membre.

Art. 2. Le conseil d'administration ne peut procéder à une modification des statuts que si au moins trois des délégués ou représentants respectivement visés sous les points 1), 2) et 3) de l'article 262, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont présents à la réunion et si les trois quarts au moins des suffrages valablement exprimés, les abstentions n'étant pas prises en considération, sont favorables à la proposition.

Si une première réunion ne peut délibérer valablement, la modification des statuts peut être décrétée valablement dans une seconde réunion du conseil d'administration qui délibérera valablement quel que soit le nombre des membres présents, si les trois quarts au moins des suffrages valablement exprimés, les abstentions n'étant pas prises en considération, sont favorables à la proposition et si les convocations ont rendu attentif à la validité du vote intervenu dans ces conditions. Cette seconde réunion est à convoquer dans les trois jours dans le respect des délais prévus à l'article 1er, alinéa 2.

Art. 3. Des fonctionnaires ou agents peuvent être chargés de faire le rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Le président ou son remplaçant ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une réunion extraordinaire.

Le procès-verbal est soumis pour approbation au conseil d'administration subséquent qui décide sur les observations

auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Art. 4. Les membres du conseil d'administration délégués par les salariés et par les employeurs désignent respectivement leur délégué au comité d'investissement.

Le comité d'investissement est convoqué et présidé par le président du Fonds de compensation ou par son délégué.

L'article 1er, alinéas 2 et 3 ainsi que l'article 3 sont applicables par analogie.

Art. 5. Les membres externes du comité d'investissement sont désignés, à la majorité des trois quarts des voix, par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier. La durée de leur mandat coïncide en principe avec celui du conseil d'administration en place.

Ils peuvent être révoqués par le conseil d'administration sous la même condition de majorité.

Les membres révoqués ou ayant démissionné sont remplacés conformément à l'alinéa 1er. Ils terminent le mandat des experts remplacés.

Art. 6. L'indemnité annuelle revenant aux membres externes du comité d'investissement est fixée à vingt mille euros payable semestriellement et proportionnellement à leurs participations aux différentes réunions.

Les autres membres du comité d'investissement touchent par réunion une indemnité correspondant au triple du montant de celle revenant aux membres pour une participation à une réunion du conseil d'administration.

Art. 7. Pour chaque commission instituée sur base de l'article 263, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, le conseil d'administration définit la composition et les compétences.

L'article 1er, alinéas 2 et 3 ainsi que l'article 3 sont applicables par analogie.

Art. 8. Le conseil d'administration peut préciser les règles déontologiques de comportement auxquelles sont soumis les organes, le personnel ainsi que les collaborateurs du Fonds, quel que soit leur statut.

Art. 9. Les délibérations des organes du Fonds ainsi que les documents y afférents, sont confidentiels. Les membres, ainsi que les personnes qui assistent le Fonds, sont tenus à une obligation de réserve et ne peuvent exploiter ni pour leur compte propre ni pour le compte d'autrui les éventuelles informations privilégiées qui pourraient être portées à leur connaissance, notamment celles qui, précises et non publiques, sont susceptibles d'avoir une influence sur le cours d'un instrument financier. Dans ce contexte les dispositions légales concernant les opérations d'initiés ou encore les abus de marché sont susceptibles de s'appliquer.

Art. 10. Chacun des membres du conseil d'administration et du comité d'investissement doit, lors de sa prise de fonction, déclarer au président du Fonds qui tient ces informations à la disposition des autres membres du conseil d'administration, la liste des fonctions qu'il exerce ou vient à exercer ainsi que tout mandat qu'il détient ou vient à détenir dans un domaine ou au sein d'une personne morale pouvant intéresser l'activité du Fonds de compensation.

Toute modification en la matière doit être déclarée sans délais et donne lieu à une mise à jour immédiate de la liste.

Art. 11. Pour la mise en oeuvre de la gestion financière du Fonds, aucun membre du conseil d'administration ni du comité d'investissement ne peut délibérer dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de

laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat a un intérêt. Lorsqu'un membre estime qu'un point de l'ordre du jour est susceptible de générer un conflit d'intérêt dans son chef, il en avertit avant tout débat le président du Fonds. Mention en sera faite au procès-verbal.

Dans la mesure où, en vertu des dispositions ci-dessus, des membres ne sont pas admis à participer à une délibération, ceux-ci ne comptent pour la détermination ni du quorum ni de la majorité visés aux articles 1er, 2 et 4.

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale d'assurance pension

Règlement d'ordre intérieur approuvé par arrêté ministériel du 16 mars 2011.

A. 16.3.11

Art. 1er. Le comité directeur fixe ses séances, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions, en principe une fois par mois. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire en cas de demande écrite émanant de deux membres du comité directeur avec indication de l'ordre du jour. Cette séance doit se tenir dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande.

Pour toutes les séances qui n'ont pas lieu à des dates déterminées, fixées une fois pour toutes par le comité directeur, le président doit convoquer les membres par écrit à sept jours.

Art. 2. La convocation portant indication sommaire de l'ordre du jour est adressée aux membres sept jours avant la réunion. Elle s'effectue par voie postale ou par courrier électronique.

Le membre effectif qui est empêché d'assister à la réunion en avisera aussitôt que possible le président qui convoquera son suppléant.

En cas d'empêchement, le membre effectif, non remplacé par un suppléant, ou le membre suppléant convoqué selon les modalités de l'alinéa 2, peut donner mandat à un autre membre pour voter en son nom.

En cas de présence simultanée du membre suppléant et du membre mandaté, seul le membre suppléant est autorisé à exercer le droit de vote.

Lorsqu'un membre dispose de plusieurs mandats émanant de différents membres effectifs ou suppléants, il ne pourra exercer le droit de vote que pour celui des membres qui lui a établi la procuration en premier.

Art. 3. Le comité directeur délibère valablement si le président, ou son remplaçant, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 252, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 252, alinéa 1er, sous 2) à 6) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Des fonctionnaires ou agents de la caisse peuvent assister aux réunions du comité directeur et être chargés de faire des rapports, de fournir des renseignements et de remplir la fonction de secrétaire.

Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations. Il a le droit de retirer la parole à tous ceux qui ne se conforment pas aux mesures qu'il prend pour maintenir l'ordre et la tranquillité, et même de les expulser du local où se tient la réunion.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour, conformément à l'article 2, ne peuvent donner lieu à une décision que s'il n'y a pas d'opposition contre la mise en discussion.

Art. 4. Si une prise de décision s'avère nécessaire entre deux séances du comité directeur, le président peut soumettre par écrit aux membres effectifs une proposition afférente. La décision est acquise selon les règles de majorité définies à l'alinéa 4 de l'article 252 du Code de la sécurité sociale sur base des réponses retournées endéans un délai de sept jours suivant la saisine et à condition qu'aucun membre n'ait demandé dans le même délai le report de la décision à l'ordre du jour de la prochaine séance. Il en est dressé procès-verbal.

Art. 5. Les délibérations du comité directeur font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes présentes et représentées. Le président arrête le relevé des décisions, y compris celles prises en vertu de l'article 4, et le transmet immédiatement à l'autorité de surveillance.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au comité directeur.

LIVRE IV

PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Règlement ministériel du 26 février 1986 ayant pour objet de déterminer les frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales

Vu l'article 408 du Code de la sécurité sociale ;

Vu le règlement grand-ducal du 20 juin 1979 organisant les relations du Contrôle médical avec les caisses de maladie, les caisses de pension, l'Association d'assurance accident et avec d'autres institutions ou services de sécurité sociale ou à caractère social;

Art. 1er. Les frais de route et de séjour des personnes que la caisse nationale des prestations familiales fait examiner et réexaminer en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 272 du Code de la sécurité sociale sont à charge de la caisse nationale des prestations familiales, dénommée par la suite «la caisse», et font partie des frais d'administration prévus à l'article 408 du Code de la sécurité sociale précitée. R. 26.2.86

Les sommes à liquider à ce titre sont fixées suivant les conditions et d'après les modalités ci-après déterminées.

Art. 2. La personne qui doit quitter la commune où elle réside pour répondre à la convocation du médecin conseil de la caisse, a droit au remboursement du prix effectif du billet de voyage aller et retour par la voie la plus économique, du point de départ le plus près de sa résidence au point d'arrivée le plus convenable situé dans la commune où elle a été convoquée.

Aux frais de transport s'ajoute, s'il y a lieu, une indemnité de repas ne pouvant pas dépasser quatre-vingt dix-neuf cents (0,99 €) au nombre indice cent du coût de la vie rattaché à la base de 1948.

Art. 3. La personne qui est reconnue médicalement comme étant dans l'impossibilité de se déplacer autrement qu'en voiture, bénéficie, lorsqu'elle est transportée par la voiture des parents, d'une indemnité kilométrique de vingt cents (0,20 €) par km parcouru et lorsqu'elle a été transportée en taxi, du remboursement, sur présentation d'une pièce justificative, de ses dépenses réelles et nécessaires.

Art. 4. Lorsqu'il s'agit d'une personne reconnue médicalement comme ne pouvant voyager seule, le tiers qui l'accompagne a droit, pour autant que ces frais ont été réellement exposés et que l'intéressé n'a pas utilisé sa voiture privée, dans les mêmes conditions, au remboursement de ses frais de transport et à l'indemnité de repas visés à l'article 2 ci-dessus.

Art. 5. La demande de remboursement des frais de transport et de repas doit obligatoirement être certifiée sincère et véritable.

Règlement grand-ducal du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales

Vu l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales;

Art. 1er. Sont définies comme maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle au sens de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales: R. 10.5.99

- les affections cancéreuses en phase évolutive;
- les pathologies entraînant une hospitalisation en secteur aigu d'une durée dépassant deux semaines consécutives.

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 274, 277 (1), 279 (4), 281, 315 (7) et 321 (3) du Code de la sécurité sociale;

Détermination des frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 274 du Code de la sécurité sociale

Art. 1er. (1) Les frais de route et de séjour des personnes que la Caisse pour l'avenir des enfants fait examiner et réexaminer en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire sont à charge de la Caisse pour l'avenir des enfants, dénommée par la suite «la caisse». R. 27.7.16

(2) Aux frais de transport s'ajoute, s'il y a lieu, une indemnité de repas ne pouvant pas dépasser 10 euros.

(3) La personne qui doit quitter la commune où elle réside pour répondre à la convocation du médecin conseil de la caisse, a droit au remboursement du prix effectif du billet de voyage aller et retour par la voie la plus économique, du point de départ le plus près de sa résidence au point d'arrivée le plus convenable situé dans la commune où elle a été convoquée.

(4) La personne qui est reconnue médicalement comme étant dans l'impossibilité de se déplacer autrement qu'en voiture, bénéficie, lorsqu'elle est transportée par la voiture des parents, d'une indemnité kilométrique de 0,20 euros par km parcouru et lorsqu'elle a été transportée en taxi, du remboursement, sur présentation d'une pièce justificative, de ses dépenses réelles et nécessaires.

(5) Lorsqu'il s'agit d'une personne reconnue médicalement comme ne pouvant voyager seule, le tiers qui l'accompagne a droit, pour autant que ces frais ont été réellement exposés et que l'intéressé n'a pas utilisé sa voiture privée, dans les mêmes conditions, au remboursement de ses frais de transport et à l'indemnité de repas visés a aux alinéas précédents.

(6) La demande de remboursement des frais de transport et de repas doit obligatoirement être certifiée sincère et véritable.

Modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité

Art. 2. (1) Le premier des cinq examens auxquels la femme enceinte se soumet pendant sa grossesse doit être effectué avant la fin du troisième mois de la grossesse.

Cet examen médical a pour but d'établir:

- l'âge de la grossesse, repérant la date des dernières règles et le jour probable du terme, quarante semaines plus tard;
- le poids et la taille de la femme enceinte;
- le dosage du fer sérique et de la glycémie; le bilan cytochimique des urines;
- les antécédents médicaux (constatation d'une cardiopathie, d'une hypertension artérielle), familiaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétriques;
- le profil socio-biologique de la future mère, éventuellement complété par une visite ou enquête de l'assistante d'hygiène sociale ou de l'assistante sociale.

Le médecin procède en outre aux analyses nécessaires en vue de la détection des anticorps anti-HBS.

A la fin de l'examen le médecin remet son carnet de maternité à la future mère.

(2) En cas de nécessité, le médecin peut ordonner la recherche des anticorps antitoxoplasmiques et, le cas échéant, un examen radiologique pulmonaire radiographique ou radiophotographique, à l'exclusion de tout examen radioscopique.

La répétition de l'examen sérologique en vue de la recherche de la syphilis est recommandée, à moins que cet examen ait été pratiqué dans les six mois précédents.

(3) Le deuxième examen a lieu au plus tard dans la deuxième quinzaine du quatrième mois et porte sur:

- l'état de santé général, le bien-être physique et psychique;
- la révision des états pathologiques ou des risques éventuellement décelés au premier examen;
- la croissance utérine et foetale;
- le dépistage de l'existence possible de complications obstétricales (hémorragies vaginales).

(4) Le troisième examen a lieu au cours du sixième mois. Il porte sur:

- l'état de santé général, le bien-être physique et psychique;
- la révision des états pathologiques ou des risques éventuellement décelés au premier examen;
- la croissance utérine et foetale (grossesse gémellaire, malnutrition foetale, etc.);
- le dépistage de l'existence possible de complications obstétricales (hémorragies vaginales, pré-éclampsie);
- le dosage du fer sérique et de la glycémie; le bilan cytochimique des urines;
- le dépistage de signes biologiques ou cliniques de menace d'accouchement prématuré;

- la présence d'une éventuelle infection générale ou localisée;
- le dépistage d'une disproportion foeto-pelvienne.

(5) Le quatrième examen prénatal se situe dans les quinze premiers jours du huitième mois de grossesse. En dehors des objectifs définis pour les examens précédents, il est plus particulièrement orienté vers le dépistage de la toxémie gravidique et la recherche des causes possibles de dystocie.

(6) Le dernier examen prénatal a lieu dans les quinze premiers jours du neuvième mois de grossesse et comporte également le dépistage de la toxémie gravidique et la recherche des causes possibles de dystocie et d'anomalies de présentation. Il est en outre plus particulièrement orienté vers la prévention des morts foetales tardives.

(7) Au cours de chacun des examens médicaux, la prise de poids et celle de la tension artérielle ainsi que la recherche de l'albumine et du glucose doivent être obligatoirement effectuées.

(8) Au cours de ces examens il est recommandé au médecin de mettre la future mère au courant de l'histoire naturelle de la grossesse, tant sur le plan physique que psychologique, et d'attirer son attention sur le danger que présentent pour le foetus la consommation de cigarettes et de boissons alcoolisées, la prise incontrôlée de médicaments, l'exposition aux différents agents physiques.

(9) Le médecin lui rappelle les règles d'hygiène de la gestation, en particulier l'importance d'une alimentation complète et bien équilibrée.

(10) L'examen dentaire a lieu dès que la femme enceinte est au courant de son état et au plus tard avant la fin du cinquième mois.

(11) La prévention des incompatibilités sanguines foeto-maternelles par l'utilisation des gammaglobulines anti-D doit être obligatoirement effectuée le plus tôt possible chez toute femme Rh négative et qui vient de mettre au monde un enfant Rh positif.

(12) L'examen postnatal de la mère a lieu dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement. Il permet de vérifier si l'état de santé de la mère a été modifié par la grossesse et comporte à cet effet un examen clinique général et un examen gynécologique.

(13) Si de l'avis du médecin-examinateur la femme enceinte nécessite, en raison de son état de santé ou de sa situation, une protection particulière, il en avise le médecin-inspecteur de la circonscription, qui peut charger une assistante d'hygiène sociale ou une assistante sociale de visiter la femme à domicile. L'assistante conseille la femme enceinte sur les mesures et les précautions particulières à prendre et en fait rapport au médecin-examinateur et au médecin-inspecteur.

(14) Le médecin-examinateur consigne les résultats de l'examen auquel il a procédé dans le carnet de maternité dont toute femme enceinte est pourvue. Ce carnet est délivré à la future mère lors du premier examen médical. A cet effet le ministre ayant la Santé dans ses attributions met des carnets de maternité à la disposition des médecins.

Le carnet de maternité a le format DIN A5. Il comporte en chacune des langues française, allemande, anglaise, italienne, espagnole et portugaise des conseils à l'intention de la femme enceinte. Le carnet rappelle pour chacun des cinq examens médicaux ainsi que pour l'examen dentaire et pour l'examen postnatal les investigations auxquelles le médecin-examinateur doit procéder. Le médecin transcrit ses observations aux

endroits prévus à cet effet. Il peut en outre y annoter ses observations supplémentaires ainsi que ses recommandations.

(15) La périodicité des examens prescrits n'est pas une condition d'attribution de l'allocation prénatale et de l'allocation de naissance proprement dite.

Modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement

Art. 3. (1) Tout enfant doit être soumis par celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde, à deux examens périnatals et à quatre examens médicaux subséquents jusqu'à l'âge de deux ans.

Ces examens, en vue desquels les médecins-examinateurs recevront un carnet d'instructions du ministère ayant la Santé dans ses attributions, constituent des bilans de santé.

(2) Les examens périnatals sont effectués dans la maternité où l'enfant est né ou dans un service hospitalier de pédiatrie dans lequel l'enfant a été transféré. Les quatre examens subséquents sont effectués soit dans un service hospitalier de pédiatrie, soit dans un centre médico-social spécialement équipé à cet effet, soit dans un cabinet médical; cependant le premier de ces quatre examens peut aussi être effectué dans la maternité où l'enfant est né.

Il est procédé à un test audiométrique par les soins du Service audiophonologique de la Direction de la Santé, soit dans la maternité où l'enfant est né, soit dans les locaux du prédit service.

(3) Les examens périnatals ont lieu le premier dans les quarante-huit heures qui suivent la naissance, le second à la sortie de la maternité, ou, dans le cas où l'enfant reste à la maternité ou dans un service de pédiatrie, entre le cinquième et dixième jour à partir de sa naissance.

Les quatre examens subséquents ont lieu:

- le premier à l'âge de 3 à 8 semaines
- le deuxième à l'âge de 4 à 6 mois
- le troisième à l'âge de 9 à 12 mois
- le quatrième à l'âge de 21 à 24 mois.

Le médecin qui procède au 2ème des examens subséquents vérifie l'accomplissement du test audiométrique dont question à l'article qui précède, sur base d'une attestation établie par le chargé de direction du Service audiophonologique et versée par la personne qui accompagne l'enfant.

(4) Le carnet de santé, dans lequel le médecin examinateur consignera les résultats des examens auxquels il a procédé, est un document personnel, destiné à la sauvegarde et à l'épanouissement de la santé de son titulaire. Il est confidentiel et ne concerne que le titulaire ou la personne qui en a la garde pendant sa minorité, ainsi que le médecin examinateur et tous les autres médecins auxquels le titulaire le présentera lors de consultations ultérieures.

(5) L'officier de l'état civil du lieu de naissance, après avoir dressé l'acte de naissance, délivre le carnet de santé revêtu du numéro de l'acte de naissance précédé du nom de la commune et suivi de l'année en cours, au déclarant qui devra le remettre de suite au père ou, à défaut de père, à la mère ou à la personne qui a la garde du nouveau-né.

(6) Lors de chacun des examens prévus au présent règlement la personne qui accompagne l'enfant présentera le carnet de santé au médecin-examinateur.

(7) Le médecin qui effectue le premier examen périnatal remplira les pages relatives aux antécédents familiaux de l'enfant.

Il transcrira à l'endroit prévu à cet effet les observations utiles figurant dans le carnet de maternité; faute de carnet de maternité il procédera à l'anamnèse nécessaire. Aux pages prévues à cet effet il transcrira les résultats des examens auxquels il a procédé.

Il fera parvenir au médecin-inspecteur de la circonscription les doubles de ces inscriptions sur les tirés-à-part du carnet fournis à cet effet à la maternité.

(8) Le ou les médecins qui procèdent aux quatre examens subséquents inscriront de même aux pages correspondantes les observations qu'ils jugent utiles ou nécessaires et transmettront le double des inscriptions au médecin-inspecteur de la circonscription sur les fiches détachables du carnet.

(9) Le carnet de santé aura le format DIN A5. La première page de couverture sera numérotée.

Le carnet sera rédigé en langue française, à l'exception des textes qui s'adressent directement au titulaire ou à celui qui en a la garde, et qui sont rédigés en allemand et en français.

Modalités des consultations complémentaires pouvant être exécutées par la sage-femme

Art. 4. (1) Sans préjudice des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme, les consultations complémentaires pouvant être exécutées par une sage-femme au cours de la grossesse ou au cours du post-partum ou pendant la période d'allaitement maternel ont pour objet de contribuer à la surveillance de la grossesse ainsi que de transmettre aux parents ou futurs parents des connaissances adéquates pour assurer au quotidien le bien-être de leur enfant.

(2) Dans le cadre de cette transmission de gestes et de pratiques courants la sage-femme établit un programme de préparation individualisée. Elle donne notamment des informations sur la physiologie et les modifications physiques et psychiques en rapport avec la grossesse et fournit des explications et des conseils en matière d'hygiène, d'alimentation et de protection de la mère ou future mère et de l'enfant né ou à naître.

(3) Au cours du post-partum et de la période d'allaitement maternel, la prestation de consultations complémentaires par la sage-femme a notamment pour but de faciliter le passage de la maternité au domicile ainsi que l'adaptation au nouvel environnement tout comme la poursuite de l'allaitement et de contribuer à la surveillance des suites de couches de la femme accouchée.

La sage-femme preste tous soins et conseils utiles permettant d'élever le nouveau-né dans les meilleures conditions, et elle conseille la mère pendant toute la période de l'allaitement au sein.

Pour la réalisation des objectifs énumérés au présent article, la sage-femme collabore avec tout autre prestataire de soins de santé ainsi qu'avec tout intervenant du domaine social.

(4) Les consultations complémentaires à exécuter par la sage-femme dans le cadre du présent règlement sont au nombre de deux, dont le premier a lieu au cours de la grossesse et le second au cours du post-partum.

(5) Le coût des consultations complémentaires correspond au coefficient de 6,50 points. Le montant du coût s'obtient en multipliant le coefficient par la valeur de la lettre-clé correspondant à la nomenclature des sages-femmes. Les coefficient et lettre-clé dont question ci-dessus sont ceux prévus à l'article 65 du Code de la sécurité sociale.

Le coût des consultations complémentaires, ainsi que celui de l'indemnité de déplacement et des frais de voyage, est à charge de l'Etat. L'indemnité de déplacement ainsi que les frais de voyage sont calculés conformément aux dispositions du règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance-maladie. Les modifications y relatives que subira ce règlement seront d'application.

(6) Les consultations complémentaires visées par le présent règlement ne sont pas prises en compte pour l'obtention

de l'allocation de naissance.

(7) La sage-femme consigne ses observations dans le carnet de maternité ainsi que dans le carnet de santé prévus aux articles respectivement aux articles 277 (2) et 280 (3) du Code de la sécurité sociale.

Composition du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 5. En exécution de l'article 315 (7) du Code de la sécurité sociale, la composition du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale à l'effet de statuer sur les contestations pouvant naître entre la Caisse pour l'avenir des enfants, d'une part, et les assujettis ou ceux qui prétendent à une prestation familiale, d'autre part, se fait suivant les dispositions de l'article 17 de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension.

Fixation de l'assiette et des modalités de paiement des cotisations en matière d'allocation familiale pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires

Art. 6. (1) L'assiette des cotisations pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires est constituée par les éléments pensionnables des traitements dans les limites du minimum et du maximum cotisable fixé aux alinéas 2 à 4 de l'article 241 du Code de la sécurité sociale.

(2) Les cotisations sont payables à l'échéance des traitements et salaires, sauf dérogation à accorder par le comité directeur de la Caisse pour l'avenir des enfants.

Dispositions abrogatoires

Art. 7. Sont abrogés:

- le Règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité;
- le Règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 portant fixation de l'assiette et des modalités de paiement des

cotisations en matière d'allocations familiales pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires;

- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 portant fixation des cotisations à verser à la caisse nationale des prestations familiales par les personnes exerçant une profession libérale, industrielle, commerciale ou artisanale et par les personnes n'exerçant pas de profession;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 ayant pour objet de prévenir et de restreindre le cumul des prestations familiales luxembourgeoises avec celles prévues aux mêmes fins par un régime non luxembourgeois;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 déterminant la composition du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales en exécution de l'article 31 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales;
- le Règlement grand-ducal du 30 septembre 1994 portant fixation des cotisations à verser à la caisse nationale des prestations familiales par les personnes exerçant une profession agricole ou viticole;
- le Règlement grand-ducal du 18 mars 1995 portant exécution de l'article 3 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales;
- le Règlement grand-ducal du 30 décembre 2010 fixant les modalités de paiement du boni pour enfant;
- le Règlement grand-ducal du 7 octobre 2010 ayant pour objet de déterminer les conditions d'application de l'octroi des allocations familiales en faveur des élèves dépassant l'âge de dix-huit ans.

LIVRE V

ASSURANCE DÉPENDANCE

Règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 387 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En vue de la constitution de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale, désignée ci-après "Commission consultative", R. 13.12.17

1) les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille,
2) le président de la Caisse nationale de santé,
3) le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale,
4) le Conseil supérieur des personnes handicapées et le Conseil supérieur des personnes âgées,
5) les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4 du Code de la sécurité sociale,
6) le fonctionnaire dirigeant de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

communiquent par simple lettre au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions, la liste des membres effectifs et suppléants pour faire partie de cette commission.

La désignation des membres représentant le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale doit se faire en fonction de la représentativité du ou de ces groupements professionnels et de la qualification respectivement dans le domaine des établissements d'aides et de soins et du maintien à domicile.

La représentation du ou des groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale doit être différente de celle du Conseil supérieur des personnes handicapées et du Conseil supérieur des personnes âgées.

Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonction le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel la lettre est parvenue au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, à moins que celle-ci n'indique une autre date.

Art. 2. La Commission consultative peut se saisir elle-même de toutes les affaires relatives à ses attributions prévues aux articles 350, paragraphe 9, 356 paragraphe 3, alinéa 4 et 387bis du Code de la sécurité sociale.

Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins lui soumises par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale.

Elle se réunit sur convocation de son président dans le mois suivant la saisine de celui-ci moyennant une demande écrite et motivée. R. 22.12.06

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est faite par écrit à chaque membre effectif au moins cinq jours avant la réunion. Les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.

Art. 3. Les membres qui sont empêchés d'assister à la réunion en avisent aussi tôt que possible le président qui convoque un membre suppléant. R. 25.6.98

Art. 4. La commission consultative délibère valablement si six au moins de ses membres sont présents.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour dans les conditions prévues à l'article 2, alinéa 4. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à mettre au vote.

Les membres votent à main levée. Les avis et les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Art. 6. La commission peut décider de s'adjoindre un ou plusieurs experts de façon permanente ou pour des problèmes particuliers. Les experts participent à la réunion, à la demande du président. Les experts ne participent pas au vote.

Art. 7. La Commission consultative peut décider d'instituer des sous-commissions en vue du traitement de points particuliers relevant de ses attributions. Les résultats des travaux en sous-commission sont proposés à l'ensemble de la Commission consultative pour décision. R. 22.12.06

Art. 8. La commission dispose d'un secrétaire administratif désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale parmi les fonctionnaires du département de la sécurité sociale ou de l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 25.6.98

Le secrétaire administratif établit pour chaque réunion un rapport indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises en évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs ainsi que les abstentions.

Le rapport est arrêté et signé par le président et transmis aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et la Famille.

Art. 9. Les membres de la Commission consultative, le secrétaire et les experts touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à 18,59 euros. R. 22.12.06

Par dérogation à l'alinéa qui précède, la Commission consultative peut proposer au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, de rémunérer les services particuliers rendus par un expert dans la limite des crédits disponibles prévus au budget de l'Etat.

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance

Vu l'article 350, paragraphe 9 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence hebdomadaire sont évalués à l'aide d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et sont déterminés suivant le relevé-type figurant en annexe I et le référentiel des aides et soins figurant en annexe II. Ils font l'objet d'une synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance suivant le formulaire type en annexe III.

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance constitue un instrument informatique à disposition de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, comportant un ensemble de questions et de tests permettant d'évaluer l'état de dépendance d'une personne demandant des prestations de l'assurance dépendance suivant une structure en six parties, à savoir:

1. Les "données générales" recensent les données administratives relatives au demandeur d'assurance dépendance, à savoir les données personnelles relatives au demandeur, le motif de la demande, le contexte d'évaluation, la description du lieu de vie du demandeur, ainsi que la prise en charge et l'encadrement du demandeur au moment de l'évaluation.
2. L'"anamnèse" permet de décrire l'état de santé général du demandeur de prestations de l'assurance dépendance, ainsi que les causes de la dépendance. Cette évaluation générale est complétée par une évaluation des capacités cognitives, psychiques et physiques du demandeur sur base d'observations, de tests et de mises en situation.
3. La "partie médicale" est complétée par un médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance dans les hypothèses suivantes:
   a) le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un besoin de clarification des causes médicales de la dépendance suite à l'analyse du rapport médical du médecin traitant joint à la demande de prestations de l'assurance dépendance. L'examen médical comporte un entretien individuel, un examen clinique et une conclusion sous forme de diagnostics médicaux confirmant un état de dépendance au sens de l'article 349 du Code de la sécurité sociale;
   b) le médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance émet un avis relatif à l'imputabilité des prestations prévues à l'article 350 du Code de la sécurité sociale à un accident de travail ou une maladie professionnelle. Cet avis est rédigé soit à la demande de l'Association d'assurance accident, soit à l'initiative du médecin de l'autorité lui-même, s'il ressort de l'évaluation du demandeur de prestations de l'assurance dépendance que les prestations dont il a besoin sont imputables à un accident du travail ou une maladie professionnelle;
   c) pour les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires en vertu de dispositions particulières, le médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance demande les expertises qu'il juge nécessaires aux médecins spécialistes mandatés par l'autorité et détermine les prestations sur base de ces expertises.
4. La partie relative à l'"aidant" recense l'identité de l'aidant, renseigné sur la fiche de renseignements visée à l'article 350, paragraphe 7 du Code de la sécurité sociale ou identifié au moment de l'évaluation du demandeur. Les capacités de l'aidant à fournir les aides et soins requis sont évaluées en prenant des renseignements concernant son lieu de vie, son

emploi du temps, ses occupations professionnelles, ses charges familiales, ses possibilités de répit et son état de santé général. À la suite de cette évaluation, le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine, le cas échéant, un aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7 du Code de la sécurité sociale dans la synthèse de prise en charge.

5. Sur base des données recueillies dans les parties "données générales", "anamnèse" et, le cas échéant "partie médicale", le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine dans la partie "domaines de prestations" les besoins du demandeur dans les domaines des actes essentiels de la vie et dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance, ainsi que les besoins en activités d'accompagnement en établissement d'aides et de soins, en activités de gardes individuelles et en groupe, les besoins de formations pour l'aidant et pour les aides techniques, et les besoins en activités d'assistance à l'entretien du ménage. La détermination de ces besoins se base sur le relevé-type et le référentiel des aides et soins. Les besoins en matériel d'incontinence, en aides techniques et en adaptations du logement, incluant une analyse du contexte architectural, sont évalués dans la partie consacrée aux "domaines de prestations".
6. La partie "synthèse et répartition" reprend la liste des prestations retenues par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, les éléments de description des aides déterminées, la répartition des aides requises entre l'aidant et le prestataire, le volume total déterminé en minutes par semaine, la liste d'aides techniques à accorder et la liste des adaptations du logement à accorder le cas échéant.

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance prend en compte les spécificités d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante.

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance permet au référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de procéder à une évaluation préliminaire. S'il ressort de cette analyse préliminaire que l'état de santé du demandeur de prestations de l'assurance dépendance ne justifie pas l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut saisir directement l'organisme gestionnaire d'un avis sans recourir à l'intégralité des éléments constitutifs de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance.

Art. 2. Toute personne dont la capacité auditive de la meilleure oreille avec correction par appareillage permanent et/ou implant cochléaire - à moins que cette correction ne puisse être réalisée - est réduite de plus ou égale à 75 dB en audiométrie tonale, ou qui présente un seuil d'intelligibilité égal ou supérieur à 70 dB en audiométrie vocale en champ libre, a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

La réduction auditive à l'audiogramme tonal est à établir en prenant la moyenne arithmétique de la perte auditive au seuil des quatre fréquences conversationnelles 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. Si la perte auditive n'est pas mesurable pour une de ces quatre fréquences, il est admis que le seuil se situe à 120 dB. L'audiométrie vocale est réalisée en champ libre avec appareillage ou implant cochléaire.

Art. 3. Toute personne atteinte de cécité complète ou dont l'acuité visuelle du meilleur oeil avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est inférieure à 1/20ième ou dont le champ visuel est inférieur à 10°, quelle que soit l'acuité visuelle, a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 4. Toute personne atteinte d'une forme symptomatique de Spina Bifida a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 5. Toute personne atteinte d'une aphasie entravant une communication verbale normale ou d'une dysarthrie entravant une communication verbale normale a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 6. Toute personne présentant une laryngectomie a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 7. Les prestations forfaitaires allouées en vertu des articles 2 à 6 ne sont pas cumulables entre elles.

La détermination du droit aux prestations en application des articles 2 à 6 ne préjudicie pas une détermination suivant les dispositions de l'article 1er, auquel cas les prestations déterminées suivant cet article se substituent aux prestations forfaitaires prévues aux articles 2 à 6.

Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant

Vu les articles 350, paragraphe 2, alinéa 2 et 354, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les aides et soins que requiert l'enfant dépendant et leur fréquence hebdomadaire sont évalués à l'aide d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance prévu par le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Ses compétences pour réaliser les actes essentiels de la vie sont évaluées au moyen de la grille de calcul de l'âge développemental de l'enfant de 0 à 8 ans accomplis figurant à l'annexe I du présent règlement grand-ducal. R. 13.12.17

Art. 2. Le résultat de l'évaluation au moyen de la grille de calcul de l'âge développemental de l'enfant de 0 à 8 ans accomplis se traduit par des scores de réussite pour les différents domaines des actes essentiels de la vie.

L'âge de développement de l'enfant pour chaque domaine des actes essentiels de la vie est défini par le score obtenu pour le domaine respectif. Le tableau figurant à l'annexe II du présent règlement détermine l'âge de développement retenu en fonction de chaque score obtenu. R. 21.12.06

Art. 3. La différence entre le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge chronologique et le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge de développement représente le temps supplémentaire requis par l'enfant pour les actes essentiels de la vie.

Le tableau figurant à l'annexe III du présent règlement détermine le temps requis par l'enfant dans les différents domaines des actes essentiels de la vie en fonction de l'âge.

Art. 4. Les aides et soins requis pour l'enfant sont déterminés suivant le relevé-type figurant en annexe I et le référentiel des aides et soins figurant en annexe II du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la R. 13.12.17

détermination de la dépendance. Ils font l'objet d'une synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance suivant le formulaire type en annexe IV du présent règlement grand-ducal.

Art. 5. (abrogé)

Art. 6. La durée de la prestation équivalente pour l'adulte est pondérée en fonction des temps d'assistance supplémentaire par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit d'après un coefficient d'adaptation.

Cette pondération de la durée de la prestation équivalente chez l'adulte permet de calculer l'atteinte du seuil de dépendance défini à l'article 349, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale et la valeur de chaque acte converti en une prestation en espèces.

Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les modalités et limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs

Vu l'article 356, 350 paragraphe 10 et 357, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre Premier – Des aides techniques

Section Ire – Des aides techniques en général

Art. 1er. Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont celles inscrites sur la liste formant l'annexe 1 du présent règlement, classées en classes, sous-classes et divisions d'après la «Norme internationale ISO 9999» et suivies d'un signe distinctif du mode de prise en charge. R. 22.12.06

Dans des situations exceptionnelles, la liste peut être complétée au niveau de la division du code ISO correspondant.

Art. 2. Il existe deux modes de prises en charges:

1. les aides techniques mises à disposition par voie de location sont déterminées sur la liste par la lettre «L»;
2. les aides techniques pouvant être acquises à charge de l'assurance dépendance sont déterminées par la lettre «A». Pour tenir compte des besoins spécifiques du bénéficiaire, les aides techniques marquées simultanément des lettres «L» et «A» peuvent être prises en charge sous l'une ou l'autre forme;
3. (supprimé) R. 13.12.17

La prise en charge des aides techniques diffère suivant le lieu de séjour du bénéficiaire. Elle est précisée par les lettres "D" pour domicile, "E" pour établissement d'aides et de soins et "LE" pour logement encadré tel que défini au règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

Pour les aides techniques marquées de la lettre «D», un délai de renouvellement a été fixé. R. 22.12.06

Pour certaines aides techniques en acquisition ou en acquisition avec rétrocession, la liste prévoit un montant de prise en charge maximal. Ce montant est inscrit dans la rubrique «montant de prise en charge maximal» de la liste annexée. Ces montants s'entendent toutes taxes comprises. R. 13.12.17

Art. 3. Les aides techniques dont les prestataires doivent s'équiper conformément aux agréments visés à l'article 392, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge exceptionnellement à titre individuel en cas de besoin continu et personnel du bénéficiaire et sous la condition qu'elles soient spécifiquement adaptées aux besoins de la personne concernée. R. 13.12.17

Les fauteuils roulants et les cadres de marche sans adaptation spécifique peuvent être pris en charge si le besoin d'en disposer est permanent.

Art. 4. La prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ainsi que les frais engagés pour leur implémentation n'est possible que sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, établi, le cas échéant, avec le concours des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale. R. 20.4.10

Art. 5. Les aides techniques sont mises à disposition des bénéficiaires exclusivement par les fournisseurs liés à l'organisme gestionnaire sur base de l'article 394 du Code de la sécurité sociale. R. 22.12.06

Les aides techniques ne pouvant être fournies par les fournisseurs visés à l'article 394 du Code de la sécurité sociale sont prises en charge sur base d'un contrat de gré à gré conclu par l'organisme gestionnaire sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Elle communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies. R. 13.12.17

Art. 6. Les aides techniques visées par le présent règlement ne sont délivrées qu'en un seul exemplaire par bénéficiaire, sauf dans les situations exceptionnelles constatées par l'Administration d'évaluation et de contrôle où l'attribution d'une seule aide technique de même nature ne parviendrait pas à couvrir les besoins du bénéficiaire. R. 22.12.0.6

Art. 7. Les frais résultant de l'acquisition des aides techniques sont pris en charge par l'assurance dépendance jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 28 000 euros par aide technique, sans préjudice de l'article 2, alinéa 4. Dans le cas d'une mise à disposition par voie de location, le montant précité porte sur le prix d'achat de l'aide technique. R. 13.12.17

En cas d'acquisition d'aides techniques en faveur d'un bénéficiaire, la subvention financière à charge de l'assurance dépendance est versée par l'organisme gestionnaire au fournisseur déterminé par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Le bénéficiaire devient propriétaire de l'aide technique.

Si, pour des raisons de convenance personnelle, le demandeur sollicite des aides techniques en dépassement des critères économiques, le surcoût est à sa charge, ce sans préjudice de l'application des articles 13 et 14.

Art. 8. Lorsque des aides techniques sont soumises par la loi ou les règlements à un contrôle officiel de conformité, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en tient compte dans son avis. Les frais qui en R. 22.12.06

résultent pour la première mise en service, sont à la charge de l'assurance dépendance.

Art. 9. A l'exclusion des accumulateurs d'énergie pour les aides techniques d'aide en location, les consommables, les fournitures d'énergie, les taxes et redevances, nécessaires à l'utilisation des aides techniques, sont à charge du bénéficiaire.

Art. 10. L'entretien et les réparations nécessaires au bon fonctionnement de l'aide technique en location, ainsi que les frais de renouvellement de l'aide technique sont à charge de l'assurance dépendance pour autant que l'aide technique ait été utilisée dans des conditions normales. R. 13.12.17

L'assurance dépendance ne prend pas en charge l'entretien et la réparation d'aides techniques en acquisition.

L'assurance dépendance ne couvre pas la perte ou le vol d'une aide technique ou d'un accessoire. R. 22.12.06

Les primes pour les assurances que les lois ou règlements imposent pour couvrir la responsabilité civile pouvant être engagées du fait de l'utilisation de l'aide technique à l'égard de tiers, sont à charge du bénéficiaire.

Art. 11. L'installation ou l'enlèvement des aides techniques ne donne lieu à charge de l'assurance dépendance ni à une réparation des traces de fixation ou d'usage, ni à l'enlèvement d'accessoires tels que prises ou câblages.

En cas de changement de résidence, le déménagement ainsi que la réinstallation des aides techniques est à la charge du bénéficiaire.

Au cas où une aide technique doit être installée de manière fixe dans un logement dont le bénéficiaire est locataire, copropriétaire ou usufruitier, un accord explicite écrit du propriétaire ou du syndicat de copropriété pris sur base d'un dossier accepté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance est exigé avant l'octroi de l'appareil. R. 13.12.17

Art. 12. (1) Les aides techniques prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement visent l'accès aux lieux de vie dans le domicile du bénéficiaire, à savoir la salle de bains avec WC ou, le cas échéant, un WC séparé, la chambre à coucher, le salon, la cuisine et la salle à manger.

Si pour des raisons techniques ou fonctionnelles, l'accès aux lieux de vie se fait par un garage ou une autre pièce, cet accès peut être pris en charge.

Les aides techniques visant à assurer l'accès à la chambre de l'enfant peuvent également être prises en charge pour un bénéficiaire ayant à sa charge un enfant de moins de 16 ans accomplis.

Si le contexte architectural permet de regrouper les lieux de vie sur un niveau, tout en respectant la fonctionnalité des lieux ainsi que le contexte familial, les aides techniques visant à assurer un changement de niveau ne sont pas prises en charge.

(2) Les aides techniques prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'extérieur du logement visent à assurer l'accessibilité du domicile du bénéficiaire par une seule entrée. Les aides techniques visant à assurer l'accès au balcon, à la terrasse ou au jardin ne sont pas prises en charge.

Art. 12*bis*. Le logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, subventionné par l'assurance dépendance, doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter de la date de la réception de l'installation de l'aide technique par un organisme de contrôle agrée. À ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour

chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance dans le mois suivant ce changement de domicile.

À défaut de respect de ces conditions, le montant pris en charge doit être restitué. À cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée.

L'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à l'installation d'une nouvelle plate-forme élévatrice ou d'un nouvel élévateur d'escalier avant le délai de renouvellement fixé.

Art. 13. A la délivrance des aides techniques, le bénéficiaire doit souscrire à l'engagement d'en user en bon père de famille, de suivre les consignes qui lui sont communiquées et de se conformer aux normes de sécurité exigées par la législation applicable. R. 22.12.06

Art. 14. Si le besoin d'en disposer vient à cesser, les aides techniques sont cédées gratuitement, sur requête de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, par la personne en faveur d'un fournisseur spécialisé.

Il en est de même en cas de remplacement ou de renouvellement d'aides techniques en location à charge de l'assurance dépendance.

La récupération des aides techniques est sans frais pour le bénéficiaire.

Section II. – Des adaptations de voitures

Art. 15. Seules les adaptations de voitures à utilisation privée et achetées auprès d'un fournisseur visé à l'article 5, alinéa 2 du présent règlement grand-ducal sont subventionnées par l'assurance dépendance. R. 13.12.17

Si le bénéficiaire n'est pas le propriétaire de la voiture, il doit, avant l'octroi de l'adaptation, justifier par une déclaration écrite du propriétaire de la voiture, qu'il en possède un droit d'usage permanent.

Les montants pris en charge dans le cadre de l'adaptation d'une voiture ne peuvent pas dépasser par voiture les montants inscrits à la liste des aides techniques figurant à l'annexe 1.

Un montant forfaitaire figurant à l'annexe 1 est pris en charge pour le contrôle technique des adaptations pour la première mise en service de la voiture adaptée.

Les positions relatives aux adaptations pour voitures peuvent être cumulées, en fonction des besoins du bénéficiaire, déterminés par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance sans pouvoir dépasser le montant de 28 000 euros.

Art. 16. (article abrogé)

Art. 17. Les adaptations pour voitures, à l'exception des sièges de voiture spécialement adaptés pour enfants, ainsi que le démontage et la réinstallation des adaptations sur une autre voiture, ne peuvent être renouvelés que tous les cinq ans à partir de la date d'établissement du certificat de conformité relatif à l'adaptation. Par dérogation à ce qui précède, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut accorder une adaptation de même nature, en dehors du délai de R. 22.12.06

cinq ans, si elle est justifiée par une impérieuse nécessité, fondée sur l'évolution de la situation médicale du bénéficiaire ou d'une modification de la composition familiale du bénéficiaire.

Les adaptations détruites ou endommagées par suite d'un accident du véhicule ne sont pas renouvelées par l'assurance dépendance en dehors du délai prévisé. Le risque du vol d'une voiture adaptée est à couvrir par le bénéficiaire.

Art. 18. Pour les adaptations du poste de conduite y compris les sièges du conducteur modifiés, le permis de conduire doit être produit avant l'ouverture de l'instruction de la demande par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Seules les adaptations du poste de conduite y compris les sièges du conducteur modifiés mentionnées dans le permis de conduire peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance dépendance.

Dans des situations exceptionnelles, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut accorder des adaptations à des personnes ne disposant pas encore de permis de conduire, à condition que la commission médicale des permis de conduire après du ministre ayant le Transport dans ses attributions ait émis un avis positif quant à la capacité de la personne à conduire un véhicule.

Art. 19. (article abrogé) R. 13.12.17

Section III. – Des chiens guide d'aveugles R. 22.12.06

Art. 20. En dehors des aides techniques prévues à la liste à l'annexe 1 du présent règlement grand-ducal, une aide ou assistance canine peut être accordée afin d'accroître l'autonomie et la sécurité des déplacements de la personne aveugle ou déficiente visuelle par rapport aux déplacements avec une canne d'orientation. R. 13.12.17

La personne aveugle ou déficiente visuelle doit avoir les capacités physiques et cognitives pour pouvoir se déplacer avec un chien guide, elle doit être apte à se déplacer avec une canne d'orientation et ses conditions de vie doivent être compatibles avec la garde d'un chien. Elle s'engage à respecter les besoins du chien et à s'occuper du chien dans le respect de la législation relative à la protection des animaux.

Art. 21. Le chien guide d'aveugle est formé à son rôle par des professionnels dans une école pour chiens guide d'aveugles agréée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. R. 22.12.06

Le chien guide d'aveugle constitue une aide à la mobilité réservée aux personnes aveugles ou déficientes visuelles telles que définies à l'article 3 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Art. 22. L'assurance dépendance accorde une subvention financière au bénéficiaire jusqu'à concurrence d'un montant de 20 500 euros pour lui permettre l'acquisition du chien guide d'aveugles avec l'obligation de le rendre à l'école ayant formé le chien guide lorsque le besoin d'en disposer a cessé.

Le montant d'intervention comprend le prix d'acquisition du chien, les frais d'élevage auprès d'une famille d'accueil, les frais de formation du chien guide et les frais d'acquisition du harnais. Il comprend en outre les frais d'initiation à la technique de guidance au harnais de la personne aveugle ou déficiente visuelle, à l'école et au domicile du bénéficiaire ainsi que le suivi du chien par l'école.

Les frais de déplacement et de séjour de la personne aveugle ou déficiente visuelle à l'école sont à la charge du demandeur.

Après la remise du chien guide au bénéficiaire, les frais d'entretien, les frais de nourriture, les frais de vétérinaire ainsi que les frais de responsabilité civile pour dommages causés par des animaux, sont à la charge du bénéficiaire.

Chapitre II. – Des adaptations du logement

Art. 23. Une intervention de l'assurance dépendance en matière d'adaptation du logement ne peut être accordée qu'en vue du maintien à domicile du bénéficiaire.

Une adaptation du logement ne peut pas être réalisée pour les personnes habitant dans un logement encadré tel qu'il est défini au règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

Une adaptation du logement peut être réalisée au domicile d'une personne prise en charge dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent si la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale retient des séjours prolongés et réguliers du bénéficiaire à son domicile. R. 13.12.17

Art. 23*bis*. (1) Les adaptations du logement prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement visent l'accès aux lieux de vie dans le domicile du bénéficiaire, à savoir la salle de bains avec WC ou, le cas échéant, un WC séparé, la chambre à coucher, le salon, la cuisine et la salle à manger.

Si pour des raisons techniques ou fonctionnelles, l'accès aux lieux de vie se fait par un garage ou une autre pièce, cet accès peut être pris en charge.

Les adaptations du logement visant à assurer l'accès à la chambre de l'enfant peuvent également être prises en charge pour un bénéficiaire ayant à sa charge un enfant de moins de 16 ans accomplis.

Si le contexte architectural permet de regrouper les lieux de vie sur un niveau, tout en respectant la fonctionnalité des lieux ainsi que le contexte familial, les adaptations du logement visant à assurer un changement de niveau ne sont pas prises en charge.

(2) Les adaptations du logement prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'extérieur du logement visent à assurer l'accessibilité du domicile du bénéficiaire par une seule entrée. Les adaptations du logement visant à assurer l'accès au balcon, à la terrasse ou au jardin ne sont pas prises en charge.

Art. 24. Le demandeur doit être domicilié au logement devant faire l'objet des adaptations. Lorsque l'adaptation concerne un logement en construction ou non encore habité par le demandeur, l'instruction du dossier est ouverte sur présentation d'un titre de propriété ou d'un contrat de bail portant sur le logement à adapter.

Lorsque le demandeur est locataire, copropriétaire ou usufruitier du logement devant faire l'objet des adaptations, il doit produire un accord explicite écrit du propriétaire des lieux ou du syndicat de copropriété, pris sur base d'un dossier accepté par l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Si le demandeur n'est pas propriétaire, locataire ou usufruitier à titre personnel, il doit justifier d'un droit d'habitation dans le logement à adapter.

Art. 25. Dans le cas d'un logement à construire, l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance R. 22.12.06

dépendance doit se fonder sur l'analyse fonctionnelle des plans d'architecte.

L'assurance dépendance ne prend en charge que le surcoût lié à la dépendance.

Art. 26. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance réalise, le cas échéant, avec le concours des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale, un cahier des charges détaillé des adaptations à entreprendre, tenant compte de la faisabilité juridique et technique des travaux. R. 20.4.10

Le cahier des charges se compose d'un volet fonctionnel et d'un volet technique. Le volet fonctionnel est communiqué pour validation au demandeur, le cas échéant au syndicat de copropriété et au propriétaire du logement si le demandeur est locataire ou usufruitier. Le volet technique est élaboré sur base du volet fonctionnel validé par le demandeur. Le volet technique comprend un devis estimatif permettant de comparer les offres de prix visées à l'article 27. R. 22.12.06

Le cahier des charges retient pour les adaptations, la solution la plus rationnelle du point de vue économique en tenant compte des besoins du demandeur ainsi que d'autres prestations et aides techniques accordées le cas échéant.

Le cahier des charges renseigne d'éventuelles mises en conformité aux normes de sécurité concernant notamment les installations électriques et les installations au gaz à effectuer par le demandeur. De telles mises en conformité sont à charge du demandeur. R. 13.12.17

Après validation du volet fonctionnel du cahier des charges par le demandeur, tout changement du projet en cours d'élaboration à la demande du bénéficiaire impliquant l'établissement d'un nouveau cahier des charges par les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale est à sa charge.

Art. 27. A la réception du cahier des charges technique, le demandeur sollicite, dans la mesure du possible, une offre de prix détaillée auprès d'au moins deux entreprises différentes laissées à son choix. Il s'engage à demander toutes les autorisations nécessaires aux adaptations du logement. R. 22.12.06

Art. 28. Sur base des différentes offres de prix répondant aux caractéristiques du cahier des charges, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine pour la solution retenue le montant pris en charge. Seules les entreprises dont l'offre de prix est conforme aux cahiers des charges indiquées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, peuvent être chargées de l'exécution des travaux.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut refuser la prise en considération des offres de prix si celles-ci divergent de façon significative du devis estimatif établi.

Art. 29. Le montant pris en charge ne peut pas dépasser un montant de 28 000 euros par bénéficiaire, sans prise en compte ni des aides techniques visées au chapitre premier ni des frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en oeuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale. R. 13.12.17

L'adaptation du logement constitue une prestation unique.

Lorsqu'un bénéficiaire d'une adaptation du logement n'a pas épuisé le montant de 28 000 euros, une adaptation supplémentaire peut être accordée si un nouveau besoin est

constaté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. La subvention pour cette adaptation supplémentaire ne peut pas dépasser la différence entre le montant d'intervention maximal et le montant accordé lors de la première adaptation.

Si un bénéficiaire d'une adaptation du logement n'ayant pas épuisé le montant de 28 000 euros déménage dans un autre logement devant être adapté, une adaptation supplémentaire peut être accordée. La subvention pour cette adaptation supplémentaire sera tributaire des conditions d'habitation telles que définies aux articles 32 et 33 et ne peut dépasser la différence entre le montant d'intervention maximal et le montant accordé lors de la première adaptation.

Dans des cas exceptionnels et justifiés pour des raisons professionnelles ou en cas de départ du domicile parental, l'adaptation d'un logement supplémentaire peut être accordée, ce sans préjudice de l'application des articles 32 et 33. Cette disposition s'applique également en cas de décision définitive de séparation de résidence.

La prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance n'est possible que sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Art. 30. La prise en charge est subordonnée à la condition que la décision de l'organisme gestionnaire soit antérieure au début des travaux et que ceux-ci démarrent endéans les douze mois suivant la notification de la décision. R. 22.12.06

Art. 31. Le montant pris en charge est directement versé par l'organisme gestionnaire sur un compte bancaire de l'entrepreneur. Le montant dépassant le subside accordé ainsi que les suppléments éventuels sont à charge du bénéficiaire.

L'entrepreneur peut demander des acomptes au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Seuls les travaux et fournitures réellement exécutés sont admis à facturation. Toutes les factures doivent être approuvées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et d'orientation avant paiement.

Le règlement pour solde de la facture finale est subordonné à la réception définitive des travaux en présence de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale, du bénéficiaire et de l'entrepreneur. R. 13.12.17

L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale s'assurent de l'adéquation entre le cahier des charges et l'adaptation du logement réalisée, et procèdent à une vérification de la qualité du matériel fourni et des prestations liées.

Art. 32. En toute hypothèse le logement faisant l'objet des adaptations doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter du démarrage du chantier visé à l'article 35. À ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré, dans un mois, à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

Art. 33. Si les conditions définies à l'article 32 ne sont pas respectées, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée. R. 22.12.06

Le bénéficiaire doit conclure une police d'assurance incendie couvrant les adaptations du logement réalisées par l'assurance dépendance.

En cas de restitution, l'organisme gestionnaire peut accorder un délai de paiement.

Toutefois, l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à une nouvelle adaptation du logement.

Art. 34. Si le demandeur habite dans un logement en location, la prise en charge du coût supplémentaire de loyer, engendré par le déménagement du bénéficiaire dans un logement adapté ou adaptable, ne peut dépasser 350 euros par mois sans pouvoir dépasser au total le plafond fixé à l'article 29. Le coût supplémentaire peut être déterminé sur base d'une expertise. R. 13.12.17

Art. 35. Au démarrage du chantier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale, le demandeur et un responsable de l'entreprise se réunissent en vue de vérifier la correspondance entre le bon de commande et le cahier des charges technique retenu. R. 22.12.06

Art. 36. Si l'ensemble des adaptations dépasse le plafond visé à l'article 29, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance accorde priorité à celles ayant le plus grand impact sur l'exécution des actes essentiels de la vie et les aides et soins à fournir.

Chapitre III. – Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs

R. 13.12.17

Art. 37. Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs sont inscrites sur la liste en annexe 2.

Les dispositions de la section 1ère du chapitre I sont applicables.

Chapitre IV. – Disposition abrogatoire

R. 22.12.06

Art. 38. Sont abrogés le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aide et de soins et le règlement grand-ducal du 5 novembre 1999 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance.

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance

Vu l'article 377, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. L'abattement sur la contribution dépendance prévu à l'article 377, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées par rapport à 173 heures, si la durée du travail au service d'un employeur est inférieure à 150 heures pour un mois de calendrier. Il en est de même de l'abattement sur les revenus de remplacement soumis R. 23.12.16

à la contribution dépendance et notamment sur l'indemnité pécuniaire de maladie.

Art. 2. Lorsque le décès de l'assuré ouvre droit à deux ou plusieurs pensions de survie du conjoint ou de l'orphelin, l'abattement est opéré sur chacune de ces pensions.

Lorsqu'une personne cumule une pension de survie avec une pension personnelle, l'abattement est opéré sur cette dernière.

Art. 3. Si le bénéficiaire de pension exerce une activité professionnelle salariée ou une activité y assimilée, l'abattement est opéré sur le revenu professionnel et, le cas échéant, l'indemnité pécuniaire de maladie, compte tenu de la proratisation prévue à l'article 1er ci-dessus. Le restant éventuel de l'abattement est imputé sur la pension.

Art. 4. Le règlement grand-ducal du 24 juillet 2015 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance et l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est abrogé.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant: 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2° les coefficients d'encadrement du groupe

Vu l'article 387bis du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - Les normes concernant la qualification et la dotation du personnel

Section 1ère - Les normes de qualification du personnel

Art. 1er. Les qualifications minimales requises pour la réalisation des actes essentiels de la vie correspondent aux qualifications de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de vie, à l'exception des actes essentiels de la vie suivants, pour lesquels des qualifications minimales requises correspondent: R. 13.12.17

1° à celle de l'infirmier, pour la réalisation de l'aide à la nutrition entérale;

2° à celles de l'aide-soignant et de l'infirmier, pour la dispensation d'actes essentiels de la vie aux bénéficiaires de soins palliatifs.

Art. 2. Les qualifications minimales requises pour la dispensation des activités d'appui à l'indépendance et les activités de formation de l'aidant correspondent, suivant l'objectif et le contenu des activités, aux qualifications de l'infirmier, de l'infirmier gradué, de l'infirmier psychiatrique, de l'infirmier en anesthésie et réanimation, de l'éducateur diplômé, de l'éducateur gradué, du pédagogue curatif, de l'assistant social, de l'ergothérapeute, du masseur-kinésithérapeute, du rééducateur en psychomotricité, de l'orthophoniste ou du psychologue.

Art. 3. Les activités de garde individuelle et en groupe sont assurées par du personnel disposant au moins de la qualification de l'infirmier, de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'aide-soignant ou de celle de l'auxiliaire de vie.

Aucune qualification professionnelle minimale n'est requise pour la dispensation des activités d'accompagnement et l'exécution des activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Art. 4. Le tableau en annexe 1 fixe les normes de dotation du personnel consistant en la combinaison des professionnels de chaque catégorie de prestataire d'aides et de soins visé aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale nécessaires pour exécuter les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'accompagnement, les activités de gardes, les activités de formation de l'aidant, ainsi que les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Art. 5. La dotation de personnel assurant des activités administratives, des activités d'organisation ou de coordination des aides et soins prend en compte la répartition dans l'exécution des prestations requises dans la synthèse de prise en charge prévue à l'article 350, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale.

Pour les réseaux d'aides et de soins au sens de l'article 389 du Code de la sécurité sociale, cette dotation est fixée à 8,5 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu visés à l'article 390 du Code de la sécurité sociale, la dotation est fixée à 4,13 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent visés à l'article 391 du Code de la sécurité sociale, la dotation est fixée à 8,00 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Cette dotation couvre les déplacements du personnel visé à l'alinéa 1er à l'intérieur de l'établissement d'aides et de soins, de même que les temps de permanence.

Chapitre 2 - Les coefficients de qualification du personnel

Art. 6. Les coefficients de qualification du personnel résultant des normes de dotation sont fixés dans l'annexe 2.

Chapitre 3 - Les coefficients d'encadrement du groupe

Art. 7. L'encadrement moyen annuel d'un groupe d'activités d'appui à l'indépendance correspond à un professionnel disposant des qualifications énumérées à l'article 2 pour un groupe de quatre personnes dépendantes.

Le coefficient d'encadrement applicable à la facturation des activités d'appui à l'indépendance en groupe est fixé à 0,25.

Art. 8. L'encadrement moyen annuel d'un groupe d'activités de garde en groupe correspond à un professionnel disposant des qualifications énumérées à l'article 3 pour un groupe de quatre personnes dépendantes.

Le coefficient d'encadrement applicable à la facturation des activités de garde en groupe est fixé à 0,25.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge

Vu l'article 387*bis* du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - La documentation de la prise en charge

Art. 1er. La documentation de la prise en charge comporte les données administratives suivantes: R. 13.12.17

1° concernant l'identification de la personne dépendante

a) le nom;
b) le prénom ou le prénom usuel;
c) le sexe;
d) l'état civil;
e) la date et le lieu de naissance;
f) l'adresse du lieu de vie de la personne dépendante et indication du numéro de chambre, en cas de résidence dans un établissement d'aides et de soins;
g) le nom et l'adresse de la personne de référence de la famille ou de l'entourage de la personne dépendante;
h) l'adresse et le numéro de téléphone du représentant légal en cas de mesure de protection juridique de la personne dépendante;
i) la langue dans laquelle la personne dépendante s'exprime habituellement;
j) les informations sur les habitudes de vie de la personne dépendante.

2° concernant les soins et la prise en charge thérapeutique

a) le numéro de matricule de la personne dépendante, la caisse de maladie à laquelle elle est affiliée et, le cas échéant, le nom d'une caisse complémentaire;
b) l'identification spécifique attribuée par le prestataire le cas échéant;
c) les nom et coordonnées du ou des médecins traitants;
d) l'indication de l'existence d'une directive anticipée et toutes décisions liées à la fin de vie et à d'éventuelles limitations thérapeutiques;
e) les aides techniques, les orthèses, prothèses, épithèses, implants dentaires, dispositifs médicaux ou autres éléments de compensation de la dépendance dont dispose la personne dépendante.

3° concernant l'admission en établissement et le début de la prise en charge

a) la date d'admission en établissement ou le début de la prise en charge par le prestataire du maintien à domicile;
b) les motifs de l'admission ou de début de prise en charge du prestataire du maintien à domicile;
c) une copie du contrat de prise en charge signé entre le prestataire et la personne dépendante ou son représentant légal, avec tous les amendements éventuels;
d) le nom et les coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge, le cas échéant;
e) la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Art. 2. Les informations suivantes renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante prise en charge sont recueillies par le prestataire:

1° les maladies chroniques, les maladies transmissibles et les facteurs de risques;

2° l'état des fonctions cognitives (orientation spatiale et temporelle) et les éventuels troubles du comportement;

3° les limitations physiques;

4° les allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires;

5° les thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles). Les éléments suivants doivent être documentés:

a) le prescripteur;
b) la date de prescription
c) la forme, le dosage et la fréquence d'administration;
d) la personne administrant les médicaments.

6° les mesures de fonctions vitales dépendantes de l'état de santé et des besoins spécifiques de la personne dépendante;

7° les tests et échelles utilisés pour le suivi de la personne dépendante permettant de recenser les informations en relation avec les indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal;

8° les résultats d'examens et d'analyses médicales récents;

9° un résumé de l'intervention d'autres professionnels, notamment le psychologue, l'assistant social, le diététicien, le kinésithérapeute;

10° un résumé des hospitalisations antérieures documentant les éléments suivants:

a) les dates et les motifs d'hospitalisation au moins des deux dernières années;
b) les rapports d'hospitalisation transmis par l'établissement hospitalier.

Art. 3. Le prestataire d'aides et de soins documente la semaine-type de prise en charge. La semaine-type est un document distinct de la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, au moyen duquel le prestataire détaille les aides et soins, l'accompagnement et l'encadrement quotidiens réguliers de la personne dépendante par le prestataire d'aides et de soins. Ce document est régulièrement mis à jour et révisé au moins tous les trois mois. Un historique des mises à jour est disponible. Les éléments de la semaine-type qui ne peuvent pas être réalisés sont recensés et l'adaptation de la prise en charge est documentée.

Art. 4. Le prestataire d'aides et de soins tient à jour une fiche de transfert documentant les données suivantes :

1° les données administratives concernant la personne dépendante prise en charge;

2° la date du transfert vers un autre prestataire d'aides et de soins ou vers un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;

3° le nom et le numéro de téléphone de la personne de référence qui correspond:

a) en établissement d'aides et de soins, à la personne de contact au sein de l'établissement d'aides et de soins.
b) à domicile, à la personne de contact de la famille ou de l'entourage de la personne dépendante, à la personne de contact au sein du réseau d'aides et de soins ou au représentant légal en cas de mesure de protection juridique de la personne dépendante.

4° les fonctions cognitives de la personne dépendante;

5° le résumé soignant détaillant l'état de santé de la personne dépendante au moment du transfert, les aides et soins effectivement fournis par le prestataire d'aides et de soins au moment du transfert, ainsi que, le cas échéant, la présence d'escarres mesurées dans le cadre du suivi des indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal;

6° le résumé médical qui comprend au minimum le traitement en cours au moment du transfert;

7° le résumé des interventions régulières d'autres professionnels dans la prise en charge de la personne dépendante, à savoir notamment le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste;

8° les aides techniques, les orthèses, prothèses, épithèses, implants dentaires et dispositifs médicaux ou autres éléments de compensation de la dépendance, dont dispose la personne dépendante au moment du transfert.

Chapitre 2 - Les indicateurs de qualité de la prise en charge

Art. 5. Dans le cadre du contrôle de la qualité des prestations visé à l'article 384bis, paragraphe 1er du Code de la sécurité sociale, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins présentant une escarre, en différenciant selon les divers stades d'escarres.

Parmi les personnes dépendantes présentant une escarre, une distinction est opérée entre les escarres développées au cours de la prise en charge par le prestataire d'aides et de soins et celles développées lors d'une période de prise en charge par un autre prestataire d'aides ou de soins ou dans un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Art. 6. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le contrôle de la qualité des prestations vise à recenser les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pour lesquelles l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge est réalisée. La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur.

Art. 7. Lors de son contrôle de la qualité des prestations fournies, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense les données suivantes auprès de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins:

1° la prévalence annuelle de chutes;

2° le nombre de personnes ayant fait une chute après avoir déjà chuté précédemment.

Art. 8. En vue de contrôler la qualité du suivi nutritionnel des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense le nombre de personnes dépendantes dont la documentation informe d'un suivi du poids et de son évolution dans le temps par une prise du poids régulière et au moins une fois par mois. Les variations de poids importantes sont mises en évidence lors du contrôle.

Art. 9. Afin de s'assurer de l'implication de la personne dépendante et de son entourage dans l'amélioration continue de la prise en charge, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue l'existence d'un mécanisme formalisé de gestion des plaintes chez le prestataire d'aides et de soins. Ce mécanisme de gestion des plaintes fait l'objet d'une information de la personne dépendante et de son entourage.

Art. 10. Le contrôle de la qualité par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance comporte une appréciation de la qualité de la documentation des aides et soins fournis en recensant le nombre de documentations de la prise en charge relatives à un échantillon de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins dont le contenu correspond aux prescriptions du présent règlement grand-ducal. La nature des éléments manquants est mise en évidence.

L'échantillon correspond à un pourcentage représentatif de la population dépendante prise en charge par le prestataire d'aides

et de soins évaluable dans la période déterminée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins

Vu l'article 392, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les réseaux d'aides et de soins visés à l'article 389, paragraphe 1er du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants: R. 13.12.17

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le service d'aide à domicile,
b) le service de soins à domicile,
c) le logement encadré pour personnes âgées,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

2° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'assistance à domicile,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Art. 2. Les centres semi-stationnaires visés à l'article 389, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le centre psycho-gériatrique,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

2° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'activités de jour,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Art. 3. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu visés à l'article 390 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le centre intégré pour personnes âgées,
b) la maison de soins,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

Art. 4. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent visés à l'article 391 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'hébergement,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

LIVRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES

Règlement grand-ducal du 31 mars 1962 déterminant la procédure devant les tribunaux en cas d'action pour détournement d'une prestation allouée par le Code des assurances sociales ou d'une allocation familiale

Vu l'article 437 du Code de la sécurité sociale:

Titre I. - Procédure devant le juge de paix

R. 31.3.62

Art. 1er. La requête introductive d'instance sera déposée en triple exemplaire au greffe de la justice de paix de la résidence du défendeur ou, à défaut de résidence dans le Grand-Duché, au siège de l'organisme débiteur de la prestation.

Outre les faits sur lesquels la demande est basée, la requête énoncera les noms, prénoms, professions et domiciles des parties, ainsi que les qualités en lesquelles elles agissent.

Elle contiendra, à peine de nullité, élection de domicile dans le Grand-Duché de la part du requérant qui n'y demeurerait pas.

Art. 2. Sur un registre de papier non timbré tenu à ces fins, le greffier inscrira la date du dépôt de la requête ainsi que celle du dépôt à la poste des lettres prévues par les présentes dispositions.

Art. 3. Dans la huitaine du dépôt de la requête le greffier convoquera les parties par lettres recommandées à la poste avec avis de réception, au délai minimum de trois jours francs.

Si l'une des parties réside hors du Grand-Duché, ce délai sera augmenté dans la mesure fixée par le juge.

L'organisme intéressé, s'il n'est lui-même partie requérante, sera appelé en cause d'office.

Copie de la requête sera jointe aux convocations adressées au défendeur et à l'organisme mis en cause.

Art. 4. Les parties comparaîtront en personne ou par fondés de pouvoir, lesquels, s'ils ne sont avocats inscrits à l'un des barreaux du pays, seront porteurs d'une procuration écrite.

Art. 5. En cas d'enquête ou d'expertise ordonnée, le greffier citera les témoins et experts par lettres recommandées, au délai minimum d'un jour franc, outre les délais de distance à déterminer de la manière prévue à l'alinéa 2 de l'article 3 qui précède.

Art. 6. Dans les trois jours du prononcé, le greffier notifiera aux parties les ordonnances avant dire droit ou définitives par lettres recommandées à la poste avec avis de réception.

Titre II. - Procédure devant le tribunal d'arrondissement

Art. 7. Les formes et délais prévus pour la procédure devant le juge de paix seront également applicables devant le tribunal d'arrondissement siégeant en chambre du conseil.

La procédure se fait sans le ministère d'avoué.

Titre III. - Tarif des dépens

Art. 8. En dehors de tous déboursés, il est alloué au greffier:

a) pour l'inscription du dépôt de la requête d'introduction d'instance ou d'appel
au registre ad hoctrente cents (0,30 €)

b) pour chaque envoi de lettre recommandéedouze cents (0,12 €)

c) pour la copie d'ordonnance ou de jugement avant faire droit ou définitif,
tant contradictoire que par défaut à notifier aux parties, par copie et par envoicinquante-neuf cents (0,59 €)

Art. 9. Tous autres frais seront calculés suivant le tarif en vigueur respectivement devant les justices de paix et les tribunaux d'arrondissement.

La partie requérante, si elle ne plaide en débet, fera l'avance des dépens et consignera entre les mains du greffier une somme à déterminer par ce dernier dans les limites de son dû.

Règlement ministériel du 6 mai 1965 pris en exécution de l'article 304, alinéa 2 du Code des assurances sociales

Vu l'article 304, alinéa 2, du Code des assurances sociales;

Vu l'article 35 de la loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales;

Art. 1er. Sont tenues de verser la cotisation intégrale due à l'assurance pension ouvrière, les personnes qui sont occupées dans les postes diplomatiques et consulaires, dans les missions diplomatiques établies au Grand-Duché, ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes, lorsque la cotisation dont le paiement incombe à l'employeur n'est pas versée par ce dernier. Sont tenues des mêmes obligations et sous les mêmes conditions, les personnes dont les employeurs établis à l'étranger se soustraient à leurs obligations. R. 6.5.65

Les dispositions de l'alinéa qui précède s'appliquent pareillement en ce qui concerne les cotisations dues à l'Association d'assurance accident, à la caisse régionale de maladie ainsi qu'à la caisse d'allocations familiales des ouvriers.

Les assurés visés aux alinéas qui précèdent sont tenus de faire leur déclaration d'affiliation à la caisse de maladie régionale de leur lieu de résidence et à l'Association d'assurance accident.

Art. 2. L'assuré a le droit de recours contre l'employeur aux fins de se faire rembourser la part patronale avancée par lui.

Règlement grand-ducal du 12 mai 1975 portant organisation et fonctionnement du centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale

Vu l'article 413, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale

Chapitre I. - Attributions

Art. 1er. Le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale, désigné ci-après par Centre commun, dont les attributions, conformément à l'article 413 du Code de la sécurité sociale, ont un caractère essentiellement technique, aura notamment pour mission, dans l'intérêt des différentes institutions de sécurité sociale: R. 12.5.75

a) de gérer les équipements communs de saisie et de traitement de l'information;

b) d'effectuer sur ordinateur leurs travaux;

c) de promouvoir et d'organiser de façon rationnelle et coordonnée leur automatisation, notamment en ce qui concerne la programmation des applications, la collecte, la transmission et le traitement des données sur ordinateur;

d) de constituer, de gérer et de tenir à jour leurs fichiers communs;

e) d'enregistrer les affiliations aux différents régimes de sécurité sociale;

f) de procéder aux calculs, à la perception, au recouvrement et à la répartition des cotisations;

g) de leur fournir les informations individuelles ou statistiques qui sont nécessaires à l'exécution de leurs tâches;

h) de renseigner et d'informer les assurés;

i) d'être le correspondant dans leurs relations avec les employeurs;

j) de procéder au contrôle des employeurs et des assurés.

Dans l'accomplissement de ses tâches, le Centre commun bénéficiera de la collaboration des différentes institutions de sécurité sociale ainsi que de l'Inspection générale de la sécurité sociale qui, sur sa demande, bénéficiera de tous travaux et données nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Chapitre II. - Organisation

Art. 2. Le Centre commun se compose d'une section informatique et d'une section affiliation et perception des cotisations. Aux fins du présent règlement ces deux sections seront désignées par les termes de respectivement «section informatique» et «section affiliation».

Art. 3. Sous réserve du droit du comité de gestion de disposer autrement, la section informatique est chargée des attributions visées à l'article 1er lettres a), b) et c) du présent règlement, la section affiliation de celles visées au même article, lettres d), e), f), g), h), i) et j). Celles ayant trait à l'Inspection générale de la sécurité sociale sont, suivant le cas, à charge de l'une ou de l'autre des deux sections.

Chapitre III. - Fonctionnement de la section affiliation

I. Les affiliations

Art. 4. Toutes déclarations d'entrée ou de sortie ainsi que tous changements généralement quelconques ayant une influence sur les modalités de l'assurance seront adressés à la section affiliation dans un délai de huit jours, sous peine d'amende d'ordre. Ces déclarations seront faites par les employeurs pour les assurés salariés et par les assurés eux-mêmes s'ils sont ressortissants de professions indépendantes ou affiliés volontaires, continués ou statutaires.

Aux fins de vérification des données recueillies, la section affiliation pourra s'entourer de tous renseignements qu'elle jugera utiles. Elle est autorisée à les recueillir au moyen de questionnaires soit auprès des employeurs, soit auprès des assurés; les questionnaires dûment remplis doivent être retournés à la section affiliation dans le délai prévu à l'alinéa 1 du présent article, sous peine d'amende d'ordre.

Dans l'accomplissement de sa mission elle bénéficie de l'aide de toutes administrations, les changements d'état civil ou de charge de famille étant recueillis notamment auprès des officiers de l'état civil.

Art. 5. La section affiliation procédera, suivant les directives des comités directeurs respectifs, à l'affiliation des assurés et transmettra sans délai toutes les données jugées nécessaires aux institutions de sécurité sociale compétentes.

Les contestations relatives aux affiliations seront vidées par la voie des recours ordinaires en matière de sécurité sociale. Néanmoins l'affiliation sera provisoirement maintenue jusqu'à une décision définitive.

La section affiliation enverra à chaque assuré une carte de légitimation qui vaudra, le cas échéant, accusé de réception de la déclaration d'entrée. En cas de cessation de l'assurance la section affiliation avisera aux moyens devant permettre d'informer les assurés de la cessation de leurs assurances. Elle procédera pour tous les assurés au renouvellement annuel de la carte de légitimation.

II. Déclaration et perception des cotisations

Art. 6. La section affiliation est chargée de la perception et du recouvrement des cotisations pour toutes les institutions de sécurité sociale. Toutefois, les caisses de maladie d'entreprises ainsi que les organismes de sécurité sociale du régime agricole sont autorisés à procéder eux-mêmes, pour le compte du Centre commun, à la perception et au recouvrement des cotisations qui leur sont dues. R. 30.6.87

Art. 7. Les employeurs sont tenus, pour les personnes qu'ils occupent, de déclarer tous les mois les rémunérations brutes telles qu'elles sont définies aux dispositions légales afférentes. A cet effet il ne sera pas tenu compte des plafonds cotisables le cas échéant prévus. R. 12.5.75

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent le Centre commun pourra passer des conventions spéciales avec les employeurs ou certaines catégories d'assurés.

Les employeurs disposant d'équipements informatiques pourront être autorisés à procéder au transfert des données sur support informatique ainsi qu'au calcul des cotisations à condition de se conformer aux normes établies par le Centre commun.

Les employeurs qui ne seront pas en mesure de définir la rémunération brute visée à l'alinéa 1 du présent article sont tenus de se procurer à la section affiliation un formulaire sur lequel ils indiqueront tous les renseignements nécessaires au calcul de la rémunération brute. Tous les changements à ces éléments sont à déclarer dans le délai de huit jours prévu à l'article 4 du présent règlement sous peine d'amende d'ordre.

Les revenus professionnels des non salariés tels que déterminés dans les législations afférentes sont fournis annuellement par l'administration des contributions.

Art. 8. A moins de convention conclue conformément à l'alinéa 2 de l'article 7 du présent règlement, la section affiliation enverra au début de chaque mois aux employeurs des listes regroupant l'ensemble des ouvriers et des employés qu'ils occupent.

Sur ces listes les employeurs sont tenus d'indiquer pour chaque personne toutes les rémunérations et tous autres avantages et indemnités généralement quelconques, soumis à cotisation en vertu de dispositions légales, dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance. Ils sont tenus en outre d'indiquer les modifications intervenues d'un mois à l'autre, soit par rapport au montant des rémunérations, soit par rapport à la composition du personnel soumis à l'assurance, en y ajoutant le cas échéant les dates d'entrée et de sortie.

Les avantages et indemnités généralement quelconques sont à inscrire séparément.

Les listes sont à retourner dans les dix jours à la section affiliation sous peine d'amende d'ordre.

Les inscriptions prévues par le présent article ne dispensent en aucun cas les employeurs de faire les déclarations prévues à l'article 4.

A la fin de chaque année les employeurs indiqueront pour chaque ouvrier le total de toutes les rémunérations réalisées, l'ensemble des journées de travail prestées y comprises les journées de repos complémentaire visées à l'article 197 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale; en outre ils indiqueront le total des salaires et mois cotisables auprès des régimes supplémentaires obligatoires.

Art. 9. La section affiliation procédera au calcul des cotisations en se basant sur les lois et règlements applicables à chaque institution de sécurité sociale.

Art. 10. La perception des cotisations dues aux institutions de sécurité sociale s'opérera tous les mois.

Toutefois en cas de convention conclue en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 7 du présent règlement, les employeurs pourront être autorisés à ne verser mensuellement que des avances dont le mode de calcul sera fixé dans la convention.

Art. 11. La section affiliation surveille les délais de paiements et procède au lancement des rappels et des sommations ainsi qu'au calcul des intérêts moratoires. Elle transmet aux différents comités directeurs un état de situation et propose les amendes d'ordre à infliger en application des dispositions légales en vigueur.

La section affiliation fait la perception des amendes d'ordre prononcées et des intérêts moratoires échus.

Au fur et à mesure de la rentrée des fonds, la section affiliation adressera à chaque institution des avances appropriées par rapport aux montants dus.

Les institutions pourront charger la section affiliation du recouvrement forcé des prestations que la loi, les règlements et les statuts mettent à charge des employeurs et des assurés.

Art. 12. Avant la fin de chaque année civile la section affiliation adressera à chaque assuré un relevé de compte annuel indiquant respectivement les journées ou les mois d'assurance, ainsi que les montants des rémunérations ou cotisations inscrits à son compte pour l'année précédente.

L'assuré qui n'aura pas reçu de relevé de compte dans le délai prévu ci-dessus devra le réclamer dans les trois mois.

Art. 13. A la fin de chaque mois la section affiliation transmettra aux différentes institutions un état comptable renseignant notamment sur les cotisations payées, les cotisations dues, les avances, les arriérés, les amendes d'ordre, les intérêts moratoires ainsi que les redressements, restitutions et transferts. Cet état sera accompagné d'un relevé statistique sur l'évolution des effectifs des assurés et des masses de salaires.

Art. 14. La section affiliation fournira également aux différentes institutions et à l'Inspection générale de la sécurité sociale les statistiques, nécessaires tant au niveau national qu'international, relatives aux nombres et mouvements des assurés et des coassurés ainsi qu'aux rémunérations déclarées. Les données ainsi établies serviront entre autre de base à l'élaboration des tables actuarielles de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'étude de l'évolution générale des salaires, traitements ou revenus des assurés.

Ces renseignements porteront notamment sur une répartition par sexe, par âge, par état civil, par nationalité, par classe socio-professionnelle, par tranche de revenus et par nombre de journées de travail.

Les critères selon lesquels seront établies ces statistiques et leurs périodicités seront fixés par le comité de gestion sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Chapitre IV. - Fonctionnement de la section informatique

I. Relations entre la section informatique et les institutions de sécurité sociale

Art. 15. Chaque institution de sécurité sociale faisant appel à la section informatique pour le traitement de ses données, de même que la section affiliation visée à l'article 2 du présent règlement, désignera auprès de la section informatique un ou plusieurs responsables, appelés correspondants informatiques.

Ces correspondants devront posséder des connaissances approfondies de leurs services ainsi que des notions générales en informatique et analyse.

Ils feront la liaison entre leur institution et la section informatique tant pour les applications courantes et leurs modifications éventuelles que pour l'élaboration et la réalisation de nouvelles applications.

La centralisation des données et leur communication à la section informatique avec les paramètres des travaux à exécuter se feront par l'intermédiaire de ces correspondants. A ces fins ils disposeront d'un pouvoir de décision pour engager leur institution pour toutes les questions pratiques se rattachant aux travaux à effectuer par le centre pour le compte de l'institution qu'ils représentent.

Lors de la réception des résultats et avant de les faire parvenir aux différents services de leurs institutions, les correspondants procéderont à la vérification de leur conformité avec les paramètres demandés.

II. Responsabilité du Centre commun

Art. 16. Le Centre commun n'est responsable des données qui lui seront confiées qu'à partir du moment où elles entrent effectivement en sa possession et au plus jusqu'au moment où elles seront récupérées par les correspondants informatiques. Les modalités de transmission et les mesures de sécurité y relatives feront l'objet de conventions particulières à conclure entre le Centre commun et les différentes institutions.

Le Centre commun n'est responsable de la conduite des travaux que dans la mesure où les données et les spécifications des traitements mises à la disposition de sa section informatique permettent l'exécution correcte des travaux dans les délais impartis.

En période de fonctionnement normal, la section informatique exécute les travaux dans les délais prévus par le plan établi à cet effet; le Centre commun n'est responsable ni des retards dus à des pannes de matériel ou d'alimentation électrique, ni des retards des fournisseurs de supports informatiques. En cas d'incidents spécifiés ci-dessus, il sera procédé conformément aux dispositions prévues à l'article 20 du présent règlement.

La responsabilité du bon fonctionnement de programmes réalisés par les différentes institutions elles-mêmes sera entièrement assumée par ces dernières.

III. Protection des données, des programmes et des installations

Art. 17. Ne pourront en aucun cas être enregistrées d'autres données que celles qui sont strictement nécessaires à la réalisation des objectifs du Centre commun, définis à l'article 413 du Code de la sécurité sociale.

Le Centre commun devra établir pour sa section informatique un règlement d'ordre intérieur ayant notamment pour objet de définir les mesures à prendre en vue d'éviter les risques de pertes, de mutilation, de vol, d'indiscrétion, de détournement ou de toutes destructions abusives du matériel et des installations.

Art. 18. La protection des données détenues, transmises ou élaborées par la section informatique s'étend à tous les fichiers établis en vue d'un traitement informatique des données, à toutes les données stockées et aux résultats du traitement de ces fichiers et données ainsi qu'aux programmes de traitement et s'applique quels que soient leur stade d'élaboration, la nature du support sur lequel elles se trouvent enregistrées et l'endroit où elles sont gardées.

Cette protection implique notamment que ces données ne puissent être consultées, modifiées, extraites, détériorées ou détruites par quiconque ne serait habilité à le faire.

Art. 19. Le secret des données confiées au centre est inviolable.

Sans égard au statut, à sa fonction, au degré ou à la durée d'occupation, le personnel du Centre est tenu à la stricte observation du secret informatique, tel qu'il découle de la protection des données définie au n° III du présent chapitre et veille au respect rigoureux des dispositions du présent règlement ainsi que des mesures d'exécution, des notes et prescriptions de service prises ou à prendre en vue de son exécution et devant régler entre autre la protection physique des données et des installations, les accès aux locaux du centre ainsi que la mise en oeuvre détaillée des contrôles internes et externes des chaînes et programmes de traitement informatique.

Les dispositions relatives au secret professionnel propres aux différentes institutions de sécurité sociale sont applicables de plein droit au personnel de la section informatique du centre pour autant qu'il traite les données couvertes par un tel secret.

Par ailleurs quiconque est appelé à collaborer à des travaux du centre ou à des travaux effectués pour son compte, notamment par un constructeur, expert ou conseiller informatique, est tenu au secret informatique au même titre que le personnel du centre.

IV. Organisation des travaux

Art. 20. Toutes les entrées et sorties de documents, bordereaux et supports informatiques seront consignées et datées sur un registre spécial par la section informatique.

La section informatique établira tous les mois un calendrier des travaux à réaliser au cours du mois suivant; pour l'établissement de ce calendrier toutes les institutions bénéficieront concurremment du même rang. Toutefois le calendrier devra tenir compte d'une liste de priorité des applications établies par le comité de gestion.

Ce calendrier déterminera les dates et les heures limites avant lesquelles les données et les paramètres devront être parvenus à la section informatique; passé ces délais le traitement des

données en question se fera conformément aux dispositions de l'alinéa suivant.

La section informatique pourra exécuter des travaux urgents ou non prévus au calendrier. Au cas où ces travaux nécessiteraient le déplacement de délais initialement prévus l'accord des correspondants informatiques est requis.

Art. 21. Les horaires de travail des personnes occupées à la section informatique et des correspondants informatiques seront fixés par un règlement d'ordre intérieur. Ils seront déterminés par les nécessités de l'exploitation et ne coïncideront pas nécessairement avec les heures de bureau normales. Si les besoins du service l'exigent, les travaux seront effectués la nuit ou en dehors des jours ouvrables. La rémunération des heures supplémentaires prestées se fera d'après les dispositions légales et réglementaires afférentes.

V. Prise en charge d'une application nouvelle

Art. 22. Tout service qui voudra modifier une application existante ou faire développer une application nouvelle, devra le faire par l'intermédiaire de son correspondant informatique. A cet effet le correspondant informatique élaborera, en commun avec les services d'études de la section informatique, un cahier des charges de l'application. Après accord du service concerné et de la section informatique sur le cahier des charges, l'application sera programmée sur la base du cahier des charges et soumise aux services compétents pour vérification et application.

Art. 23. La section informatique est chargée de développer et d'optimiser le système informatique de la sécurité sociale et peut proposer aux institutions des changements et des applications nouvelles.

Chapitre V. - Répartition des charges

Art. 24. Le Centre commun dresse un inventaire sur toutes les prestations fournies aux différents utilisateurs. Il établit le coût global de l'ensemble des charges et détermine la part incombant à chaque utilisateur suivant une clef de répartition.

Cette clef de répartition est établie sur la base de la moyenne annuelle du nombre des assurés recensés au dernier de chaque mois auprès des différentes institutions.

On entend par assuré:

- les assurés actifs, obligatoires et volontaires, ainsi que les bénéficiaires de pension, affiliés auprès des caisses de maladie;
- les assurés actifs, obligatoires et volontaires des institutions de pension ainsi que les bénéficiaires de pension relevant de leur compétence en vertu des dispositions légales régissant l'assurance migratoire;
- les salariés occupés dans les entreprises assurées auprès de l'Association d'assurance accident, section industrielle, y compris les personnes ayant contracté une assurance statutaire, ainsi que les bénéficiaires de rentes de la même association;
- les entreprises assurées auprès de l'Association d'assurance accident, section agricole et forestière, de même que les bénéficiaires de rentes de la même association;
- les personnes dont les rémunérations ou revenus ont servi de base au calcul des cotisations des caisses d'allocations familiales.

Lors de la détermination de la clef de répartition il pourra être tenu compte d'un coefficient de pondération, établi par le comité de gestion, reflétant l'importance des travaux à assumer par le Centre commun pour les différentes institutions.

Tous les ans le Centre commun soumet un rapport financier aux utilisateurs.

Chapitre VI. - Rétribution des membres du comité de gestion du Centre commun

Art. 25. Les membres effectifs et suppléants du comité de gestion jouiront des mêmes jetons de présence que ceux fixés pour les membres des différents organes de l'office des assurances sociales.

Des indemnités fixes pourront être accordées par le gouvernement en conseil sur proposition du ministre du travail et de la sécurité sociale.

Règlement grand-ducal du 28 janvier 1987 concernant la perception des cotisations de sécurité sociale par le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations

Vu les articles 8, 10 et 14 de la loi modifiée du 25 avril 1974 portant institution d'une Inspection générale de la sécurité sociale et création d'un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale;

Vu l'article 242 du Code des assurances sociales;

Art. 1er. La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. Un acompte est perçu au cours du premier mois suivant la naissance de la dette. Le solde est réclamé au cours du mois subséquent. R. 28.1.87

Art. 2. Les redevances visées à l'article 1er ci-dessus sont payables dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte-cotisation.

Art. 3. L'acompte correspond au montant de la cotisation facturée pour le mois précédent.

Art. 4. Les dispositions des articles 1 à 3 du présent règlement sont applicables aux cotisations nées après le 1er Chapitre II. - Présentation annuelle des comptes

---

Règlement grand-ducal du 28 décembre 1990 portant exécution de l'article 104, alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires)

Vu l'article 104, alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;

Art. 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 3 la valeur moyenne des rémunérations en nature dont l'énumération suit, est fixée à partir du 1er janvier 1998, tant pour les travailleurs masculins que pour les travailleurs féminins, aux taux suivants: R. 24.12.97

a) entretien complet:
   cent cinquante euros (150 €) par mois

ou cinq euros (5 €) par journée;

b) pension complète:

cent trente euros (130 €) par mois

ou quatre euros et cinquante cents (4,50 €) par journée;

c) pension partielle:

soixante-quinze euros (75 €) par mois

ou deux euros et cinquante cents (2,50 €) par journée;

La pension partielle consiste dans la prestation d'un seul repas principal; la simple prestation d'une collation n'est pas prise en considération;

d) logement:

vingt euros (20 €) par mois et par chambre pour toutes les localités du pays;

e) au cas où les prestations en nature sont accordées aux membres de la famille du salarié, les taux sont réduits:

1) pour le conjoint à quatre-vingts pour cent,
2) pour chaque enfant de moins de six ans à trente pour cent,
3) pour chaque enfant âgé de six ans au moins à quarante pour cent.

Art. 2. Les taux prévus à l'article 1er sont réduits à soixante-dix pour cent en ce qui concerne les travailleurs agricoles. R. 28.12.90

Art. 3.

(1) La valeur moyenne des rémunérations en nature, telle que cette valeur a été fixée par les articles 1er et 2, ne s'applique qu'aux seuls salariés qui prennent leurs repas au ménage de l'employeur avec les autres membres de ce ménage ou qui obtiennent un entretien complet dans le cadre de l'organisation interne de l'entreprise de l'employeur.

(2) Pour les salariés qui ne remplissent pas les conditions de l'alinéa 1, la valeur des rémunérations en nature est fixée: R. 25.4.94

1) en ce qui concerne le repas pris dans une cantine d'entreprise installée par l'employeur à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €) par repas principal;
2) en ce qui concerne le repas offert au salarié dans un restaurant par l'employeur ne disposant pas d'une cantine d'entreprise, à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €) pour le repas principal pris au cours d'une journée de travail. Toutefois, lorsque le prix du repas mis en compte par le restaurateur à charge de l'employeur, dépasse, compte tenu du prix déboursé par le salarié, le montant de huit euros et quarante cents (8,40 €), la valeur fiscale de la rémunération en nature s'établit à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €), augmentés de la différence entre ledit prix et le montant de huit euros et quarante cents (8,40 €);
3) en ce qui concerne les repas principaux autres que ceux visés sub 1) et 2), respectivement au prix de revient du repas offert par l'employeur ou au prix du repas mis en compte par le restaurateur à charge de l'employeur et le prix déboursé par le salarié.

Règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale la procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice

R. 25.1.17

Vu l'article 455, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;

Titre I. - Procédure devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale

Art. 1er. Les recours prévus par le Code de la sécurité sociale doivent être formés, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause.

R. 12.2.09,2

Elle indique les noms, prénoms, numéros d'identité, profession et domicile du demandeur, ainsi que la qualité en laquelle il agit, et énonce l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. La requête doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale. Il en est de même des autres pièces produites en cours de la procédure. Si la requête est présentée par un mandataire, ce dernier, s'il n'est pas avocat doit justifier d'une procuration spéciale. Cette dernière doit être présentée au plus tard lors du débat oral et avant que celui-ci ne soit entamé.

R. 24.12.93

Le délai est également considéré comme observé lorsque les recours sont produits en temps utile auprès d'une institution de sécurité sociale au sens de l'article 396 du Code de la sécurité sociale. Dans ces cas, les requêtes doivent être transmises immédiatement au Conseil arbitral de la sécurité sociale.

R. 12.2.09,3

Art. 2. La date d'entrée des requêtes introductives de recours est inscrite par le greffe sur un registre ad hoc ou sur un support informatique adéquat. Y est inscrit en outre la date des lettres recommandées prévues par le présent règlement.

R. 24.12.93

Art. 3. Un exemplaire de la requête est transmis à l'institution de sécurité sociale dont émane la décision attaquée, avec sommation d'effectuer dans les quinze jours le dépôt de tous les documents relatifs à l'action intentée qui se trouvent en sa possession ou dont elle entend se servir en cours d'instance.

Art. 4. Le président instruit l'affaire et peut, avant le débat oral, rassembler les moyens de preuve. Il ordonne toute mesure d'instruction qu'il juge utile et il peut notamment par ordonnance commettre toute personne de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise sur une question de fait qui requiert l'avis d'un expert.

Art. 5. Les assurés ou leurs mandataires peuvent prendre connaissance des dossiers au secrétariat du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Sur demande ils obtiennent communication des pièces relatives au litige, le cas échéant, contre remboursement.

Le président décide dans quelle mesure les intéressés ou leurs représentants peuvent consulter les rapports médicaux.

Art. 6. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut choisir un ou plusieurs médecins qu'il s'adjoint comme experts lors des débats oraux.

Art. 7. Le jour et l'heure du débat oral ainsi que le lieu de réunion sont notifiés aux assesseurs et aux parties par lettre recommandée. Un délai de huit jours au moins entre la réception de la convocation et le jour indiqué pour la comparution est à respecter.

Art. 8. Même dans le cas où les parties ne comparaîtraient ni en personne, ni par mandataire, le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut statuer sur le recours.

L'affaire peut être remise à une séance ultérieure, lorsque les parties ou l'une d'elles font connaître au Conseil arbitral de la sécurité sociale l'impossibilité de se présenter à la date indiquée; une nouvelle convocation est envoyée dans les formes ci-dessus déterminées.

Art. 9. Les décisions par défaut peuvent être attaquées par la voie de l'opposition. L'opposition doit être formée par requête conforme aux dispositions de l'article 1er du présent règlement, dans les quinze jours de la notification de la décision attaquée.

Art. 10. Le président peut, pour le débat oral, citer des témoins et des experts et prendre toutes autres mesures, en particulier ordonner la comparution personnelle du demandeur.

Les témoins et les experts sont cités par lettre recommandée ou remise contre récépissé. L'avis de réception de la poste est versé au dossier.

Art. 11. Ne peut, dans une affaire, faire partie du Conseil arbitral de la sécurité sociale celui qui est partie dans l'affaire, qui est ou a été le conjoint d'une partie, qui est parent ou allié d'une partie jusqu'au troisième degré inclusivement ou qui a pris part à la décision litigieuse.

L'inobservation des dispositions qui précèdent ne constitue une cause de nullité que si elle a été préalablement invoquée.

Art. 12. Dans les cas énoncés à l'article qui précède, les membres du Conseil arbitral de la sécurité sociale peuvent être récusés. Ils peuvent être récusés également pour cause de suspicion légitime. La récusation pour cause de suspicion légitime est recevable s'il existe des faits qui peuvent justifier la mise en doute de l'impartialité d'un membre. La partie intéressée doit faire valoir le motif de la récusation avant d'entamer le débat devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La partie qui veut récuser un membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale, est tenue de former la récusation et d'en exposer les motifs par un acte qu'elle dépose au greffe du Conseil arbitral de la sécurité sociale, qui la communique immédiatement au membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale concerné.

Le membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale est tenu de donner en bas de cet acte, dans le délai de deux jours sa déclaration par écrit, portant, ou son acquiescement à la récusation, ou son refus de s'abstenir, avec ses réponses aux moyens de récusation.

Dans les trois jours de la réponse du membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale qui refuse de s'abstenir, ou faute par lui de répondre, expédition de l'acte de récusation et de la déclaration du membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale, s'il y en a, est envoyée par le greffe, sur réquisition de la partie la plus diligente au Conseil supérieur de la sécurité sociale. La récusation est jugée en dernier ressort dans la huitaine, sans qu'il soit besoin d'appeler les parties.

Art. 13. Les débats sont publics à moins que le Conseil arbitral de la sécurité sociale décide par jugement de siéger à huis clos. Ils sont ouverts par un exposé de l'affaire donné par le président.

Ensuite les parties ou leurs mandataires sont entendus dans leurs observations.

Le président peut faire expulser de la salle d'audience toute personne qui proférerait des injures soit à son adresse, soit à celle d'un des assesseurs ou d'un témoin.

Art. 14. Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil arbitral de la sécurité sociale délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune. Le président opine le dernier. S'il se forme plus de deux opinions, celle du président prévaut.

Art. 15. Le président prononce la décision sur le champ. Il peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe les jour et heure.

Art. 16. Les notes au plumitif sont signées par le greffier. Elles mentionnent le lieu et la date de l'audience, les noms et profession du président, des assesseurs et du greffier, avec indication de la qualité en laquelle ils agissent, l'objet du recours, les noms des parties, et le cas échéant de leurs mandataires.

Art. 17. Les notes au plumitif doivent mentionner:

1) les déclarations des parties ayant pour objet le retrait du recours, les déclarations de désistement et les déclarations ou arrangements ayant pour but de mettre fin au litige;
2) les demandes et déclarations qui diffèrent de celles faites antérieurement par les intéressés;
3) l'avis émis par le médecin-expert du Conseil arbitral de la sécurité sociale;
4) le dispositif de la décision et son prononcé.

Un extrait du plumitif est délivré en copie à la partie au litige qui en fait la demande.

Art. 18. Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans les quinze jours du prononcé, aux parties intéressées par lettre recommandée ou remise contre récépissé.

Art. 19. Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale.

Art. 20. Pour autant que le présent titre ne prévoit pas de disposition spécifique, les règles de procédure civile devant les justices de paix sont applicables.

Titre II. - Procédure devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 21. L'appel doit être interjeté, sous peine de forclusion, dans les quarante jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Elle doit indiquer sommairement les moyens sur lesquels se fonde l'appel.

Les alinéas 2 et 3 de l'article 1er du présent règlement sont applicables en matière d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Art. 22. L'article 2 du présent règlement s'applique au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sur ce registre est inscrite en outre la date des lettres recommandées prévues par le présent règlement.

Art. 23. Un exemplaire de la requête est transmis à la partie défenderesse en appel. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale est immédiatement informé de l'introduction de l'appel.

Art. 24. Les articles 4 à 13, 16 et 1°, 1°, 2° et 4° du présent règlement sont applicables à la procédure devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Toutefois, par dérogation aux articles précités, le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale peut charger un des assesseurs magistrat qui font partie du Conseil supérieur de la sécurité sociale de préparer l'instruction de l'affaire et de faire rapport. Le rapport est fait lors du débat oral.

Art. 25. Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil supérieur de la sécurité sociale délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune.

Le président opine le dernier.

La décision est prise à la majorité des voix.

S'il se forme plus de deux opinions sans qu'il y ait majorité absolue, les membres du conseil sont tenus de se réunir à l'une des deux émises par le plus grand nombre de votants.

S'il y a partage des voix, celle du président prévaut.

Art. 26. Le président prononce la décision d'appel sur le champ. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe les jour et heure.

La décision rendue par le Conseil supérieur de la sécurité sociale est définitive.

Art. 27. Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans le mois du prononcé au plus tard aux parties intéressées ainsi qu'au Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Art. 28. Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale.

Art. 29. Pour autant que le présent titre ne prévoit pas des dispositions spécifiques, les règles de procédure civile devant la Cour d'appel sont applicables.

Titre III. - Procédure particulière des articles 67 à 70 du Code de la sécurité sociale

Art. 30. Lorsque le Conseil supérieur de la sécurité sociale est saisi par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale par requête conformément à l'article 68 du Code de la sécurité sociale ou par le médiateur conformément à l'article 69 du Code de la sécurité sociale, le président fixe aux parties au litige un délai dans lequel elles peuvent faire valoir leurs moyens et conclusions.

Lorsqu'il s'agit de l'adaptation annuelle de la lettre-clé conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale, les moyens et conclusions des parties doivent être présentées jusqu'au 15 septembre au plus tard.

Les parties sont admises à faire valoir leurs moyens et conclusions tant oralement que par des mémoires écrits.

Les mémoires sont déposés au greffe par leurs auteurs dans autant d'exemplaires qu'il y a de parties et notifiés par les soins du greffe aux autres parties en cause.

Le président peut ordonner toute mesure d'instruction qu'il juge utile et qu'il reçoit lui-même ou par un membre qu'il délègue à cet effet.

Les parties, les témoins et les experts sont convoqués par les soins du greffe aux jour et heure fixés par le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Les sentences arbitrales du conseil sont notifiées aux parties au litige; communication en est donnée à l'autorité de surveillance.

Titre IV. - Procédure particulière de l'article 62 du Code de la sécurité sociale

Art. 31. Les litiges au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité sont portés par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale par simple requête.

Ils sont tranchés d'après les règles prévues à l'article 30 alinéas 3 à 6.

Les décisions du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont notifiées aux parties du litige.

Titre V. - Procédure particulière de l'article 72bis du Code de la sécurité sociale

R. 23.12.99

Art. 32. Si le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou le Conseil supérieur de la sécurité sociale est appelé à statuer conformément à l'article 72bis, alinéas 4 et 5 du Code des assurances sociales, les dispositions prévues au titre Ier et au titre II du présent règlement sont applicables.

Titre VI. - Procédure particulière de l'article 73 du Code de la sécurité sociale

Art. 33. Après la décision de renvoi de la Commission de surveillance devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, le greffe du Conseil arbitral de la sécurité sociale convoque par lettre recommandée le prestataire de soins en cause et la partie qui a soumis l'affaire à la Commission de surveillance, à comparaître à jour et heure fixes.

La comparution ne peut être ordonnée avant la huitaine suivant la notification au prestataire de soins en cause.

Art. 34. Les parties au litige comparaissent personnellement ou par avocat.

Art. 35. Si le prestataire en cause ne comparaît pas au jour et à l'heure fixés dans la convocation, il est jugé par défaut.

Cependant l'affaire peut être remise à une séance ultérieure, lorsque les parties ou l'une d'elles font connaître au Conseil arbitral de la sécurité sociale l'impossibilité de se présenter à la date indiquée; une nouvelle convocation est envoyée dans les formes ci-dessus déterminées.

Art. 36. Le prestataire de soins condamné par défaut n'est plus recevable à s'opposer à l'exécution du jugement s'il ne se présente pas à l'audience indiquée par l'article suivant, sauf ce qui est réglé sur l'appel et le recours en cassation.

Art. 37. La condamnation par défaut est considérée comme non avenue si, dans les quinze jours de la notification qui en a été faite, le prestataire de soins en cause forme opposition au jugement et notifie son opposition tant au Conseil arbitral de la sécurité sociale qu'aux autres parties au litige.

En cas d'opposition, le greffe convoque l'opposant et les parties à une prochaine audience.

Art. 38. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut instituer une expertise. Dans le jugement il précise les renseignements qu'il

désire obtenir des experts, ainsi que les questions sur lesquelles il appelle leur attention et dont il demande la solution.

Le jugement ordonnant l'expertise est notifié au prestataire en cause.

Le prestataire de soins peut, de son côté, mais sans retarder l'expertise, choisir un expert à ses propres frais qui a le droit d'assister à toutes les opérations, d'adresser toutes réquisitions aux experts désignés par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et de consigner ses observations à la suite du rapport ou dans un rapport séparé.

Les experts commis par le Conseil arbitral de la sécurité sociale l'avisent des jour, lieu et heure de leurs opérations et le Conseil arbitral de la sécurité sociale informe, à son tour, l'expert choisi par le prestataire de soins.

Art. 39. L'instruction se fait dans l'ordre suivant.

Le procès-verbal de la Commission de surveillance est lu par le greffier. Les témoins, s'il en a été appelé par l'une ou l'autre partie sont entendus s'il y a lieu; les parties prennent leurs conclusions.

Art. 40. Les audiences sont publiques.

Néanmoins, le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut, en constatant dans son jugement que la publicité est dangereuse pour l'ordre public ou les moeurs, ordonner par jugement rendu en audience publique que les débats auront lieu à huis clos.

Tout jugement est prononcé en audience publique.

Art. 41. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale prononce le jugement dans l'audience où l'instruction a été terminée ou lors d'une audience suivante.

Art. 42. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale où l'affaire est instruite dans les formes prévues au présent titre.

Art. 43. Pour autant que le présent titre ne prévoie pas de disposition spécifique, les règles de procédure devant les justices de paix, respectivement devant la Cour d'appel sont applicables.

Titre VII. - Frais

Art. 44. Tous les frais tant du Conseil arbitral de la sécurité sociale que du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont à charge de l'Etat. R. 24.12.93

Art. 45. (article abrogé) R. 25.1.17

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1998 adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur

Vu l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La rémunération nette déclarée par l'employeur pour les personnes qu'il occupe dans le cadre de sa vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de ses enfants ainsi que pour lui assurer des aides et des soins en raison de son état de dépendance est adaptée d'office à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'Etat. R. 18.11.98

Art. 2. Compte tenu de l'adaptation prévue à l'alinéa qui précède, la rémunération nette déclarée est communiquée à la fin de chaque semestre à l'employeur et à l'assuré.

Elle est acquise définitivement comme assiette de cotisation et pour le calcul des prestations, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale par écrit une différence avec la rémunération, ceci sous peine de forclusion au plus tard au cours de l'exercice qui suit celui auquel elle se rapporte. Dans ce dernier cas, le Centre commun de la sécurité sociale met en compte, le cas échéant, après vérification la rémunération effective qui sera à son tour sujette aux adaptations futures d'office visées à l'article 1er.

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 concernant les intérêts moratoires en matière de sécurité sociale

Vu l'article 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les intérêts moratoires sur les cotisations, contributions et avances exigibles par le Centre commun de la sécurité sociale commencent à courir à partir du premier jour du premier mois qui suit l'échéance des cotisations, contributions ou avances. R. 18.12.98

Art. 2. Le taux d'intérêts moratoires est fixé à 0,6 pour cent par mois entier de calendrier, les fractions de mois étant négligées.

Art. 3. Les paiements partiels s'imputent par priorité sur les intérêts. Les intérêts échus ne produisent pas d'intérêts.

Art. 4. Le présent règlement s'applique aux cotisations, contributions et avances dues pour l'exercice 1999 et suivants.

Règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale

Vu les articles 46, 50, 57, 143, 252, 262, 400, 414 et 454, paragraphe 3, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 20 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique;

Chapitre 1er – **Désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale** R. 9.12.08

Art. 1er. Dans les trente jours suivant la constitution des chambres professionnelles à la suite de leurs élections, celles-ci procèdent à la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale d'après les modalités du présent règlement.

A cet effet, les chambres professionnelles s'assemblent en collèges électoraux.

Dans la Chambre des salariés:

- un premier collège électoral est constitué par tous les groupes de la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents actifs et retraités des chemins de fer luxembourgeois;
- un deuxième collège électoral est constitué par le groupe des agents actifs et retraités des chemins de fer luxembourgeois.

Dans la Chambre des fonctionnaires et employés publics:

- un premier collège électoral est constitué par tous les groupes de la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux;
- un deuxième collège électoral est constitué par le groupe des fonctionnaires et employés communaux.

La Chambre de commerce, la Chambre des métiers et la Chambre d'agriculture constituent chacune un seul collège électoral.

Le président de la chambre professionnelle nouvellement constituée fixe la date et l'heure de la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale, ainsi que la durée du scrutin qui sont communiquées aux membres des collèges électoraux par lettre recommandée.

Art. 2. Chaque collège électoral est appelé à désigner ou à élire les délégués effectifs et suppléants conformément au tableau figurant en annexe faisant partie intégrante du présent règlement.

Pour chaque délégué effectif, il y a lieu de désigner ou d'élire selon les mêmes modalités un délégué suppléant.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des cinq délégués des employeurs de la Caisse nationale de santé se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, deux, la Chambre des métiers en désigne trois et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne trois, la Chambre des métiers en désigne deux.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des cinq délégués des employeurs du Centre commun de la sécurité sociale, se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, trois, la Chambre des métiers en désigne deux et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne deux, la Chambre des métiers en désigne trois.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des sept délégués des employeurs de l'Association d'assurance accident se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, trois, la Chambre des métiers en désigne quatre et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne quatre, la Chambre des métiers en désigne trois. R. 1.6.10

Chapitre 2 – **Les modalités de la désignation**

Section 1 – Présentation de candidatures

Art. 3. La présentation des candidats se fait, pour chaque institution et juridiction de sécurité sociale, sous forme de listes à remettre au président de la chambre professionnelle, au plus tard avant dix-sept heures du soir du deuxième jour ouvrable avant la date fixée pour la désignation. Passé ce délai, les candidatures ne sont plus recevables. Le dépôt est attesté par un reçu à délivrer par le président de la chambre professionnelle au déposant. R. 9.12.08

Chaque liste doit être présentée sous sa signature par un membre de la chambre professionnelle qui peut être en même temps candidat.

La liste indique les numéros d'identité de sécurité sociale, noms, prénoms, professions et domiciles des candidats, ainsi que de la personne qui la présente et la dépose.

Toute liste doit comprendre un nombre de candidats égal au double du nombre des délégués effectifs à élire.

Chaque liste électorale doit porter une dénomination et, dans le cas où des listes différentes portent des dénominations identiques, les mandataires sont invités à établir les distinctions nécessaires, à défaut de quoi, et avant l'expiration du délai imparti pour les déclarations de candidatures, ces listes sont désignées par une lettre d'ordre par le président de la chambre professionnelle.

Art. 4. Le président de la chambre professionnelle vérifie, arrête et enregistre les listes de candidats. Il les munit de numéros d'ordre correspondant à leur ordre de présentation.

Les électeurs peuvent prendre inspection des listes déposées au siège de la chambre professionnelle.

Section 2 – Dispense d'élections

Art. 5. Si une seule liste de candidats a été présentée et que cette liste désigne expressément, d'une part les délégués effectifs, et, d'autre part, les délégués suppléants dans l'ordre suivant lequel ils doivent remplacer les délégués effectifs respectifs, ceux-ci sont désignés par le président de la chambre professionnelle sans autre formalité. Il en est dressé procès-verbal qui est signé par le président de la chambre professionnelle.

Il y aura un délégué suppléant pour chaque délégué effectif. Le délégué suppléant appelé à remplacer un délégué effectif devra représenter la même chambre professionnelle que le délégué effectif empêché ou qui a cessé ses fonctions.

En cas de pluralité de listes, il est procédé à des élections conformément à la procédure définie au chapitre 3.

Chapitre 3 – **Procédure électorale**

Section 1 – Mode de scrutin

Art. 6. Les élections se font à l'urne au scrutin de liste suivant les règles de la représentation proportionnelle.

Section 2 - Bureau électoral

Art. 7. Le bureau électoral se compose du président de la chambre professionnelle, d'un secrétaire et d'un nombre de scrutateurs égal au nombre de listes présentées désignés par le président de la chambre professionnelle sur proposition des mandataires ayant présenté la liste.

Si le président de la chambre professionnelle est lui-même candidat à une élection, un vice-président non-candidat de la même chambre professionnelle ou, à défaut, le membre non-candidat le plus âgé de la même chambre professionnelle assumera la présidence du bureau électoral.

Aucun candidat ne peut faire partie du bureau électoral.

Section 3 – Bulletins de vote

Art. 8. Le président du bureau électoral établit la formule des bulletins de vote qui reproduisent les numéros d'ordre des listes, leur dénomination, les noms et prénoms des candidats ainsi que le nombre de suffrages dont dispose l'électeur.

Chaque liste est surmontée d'une case réservée au vote, deux autres cases se trouvant à la suite des noms et prénoms de chaque candidat. La case de tête est noire et présente au milieu un cercle de la couleur du papier.

Section 4 – Opérations de vote

Art. 9. Les noms des électeurs qui se présentent pour voter sont pointés sur les listes électorales. L'électeur reçoit ensuite des mains du président du bureau électoral un bulletin de vote, plié en quatre, à angle droit, et se rend dans un compartiment isolé pour le remplir.

Après avoir exprimé son vote, l'électeur montre au président du bureau électoral le bulletin dûment replié et le dépose dans l'urne. Le secrétaire prend note du dépôt.

Art. 10. Le droit de vote est exercé personnellement. En cas d'empêchement d'un membre effectif du collège électoral, le vote par procuration peut être exercé par un membre suppléant. Pour être admis au vote, ce dernier doit présenter au bureau électoral la lettre recommandée visée à l'article 1er, alinéa 6, ainsi qu'une procuration signée par le membre effectif empêché. Acte en est fait au procès-verbal.

Art. 11. Chaque électeur dispose d'autant de suffrages qu'il y a de délégués effectifs et suppléants à élire.

L'électeur peut attribuer deux suffrages aux candidats de son choix jusqu'à concurrence du total des suffrages dont il dispose. Chaque croix (+ ou x) inscrite dans l'une des deux cases réservées derrière les noms des candidats vaut un suffrage.

L'électeur qui remplit le cercle de la case placée en tête d'une liste ou qui y inscrit une croix (+ ou x), adhère à cette liste en totalité et attribue ainsi un suffrage à chacun des candidats de cette liste.Tout cercle rempli même incomplètement et toute croix, même imparfaite, expriment valablement le vote, à moins que l'intention de rendre le bulletin reconnaissable ne soit manifeste.

L'électeur qui aurait détérioré son bulletin, peut en obtenir un autre par le président du bureau électoral contre remise du bulletin détérioré qui est détruit. Acte en est pris au procès-verbal.

Section 5 – Dépouillement des bulletins

Art. 12. Après la clôture du scrutin, le président du bureau électoral mêle tous les bulletins déposés dans l'urne. Les bulletins sont dépliés par le secrétaire, soumis à l'inspection du bureau et remis au président qui énonce nominativement les suffrages.

Les scrutateurs font le recensement et en tiennent note séparément. Ces notes sont paraphées par le président du bureau électoral et annexées au procès-verbal.

Art. 13. Est nul tout bulletin qui:

a) ne contient l'expression d'aucun suffrage;

b) contient plus de suffrages qu'il y a de membres à élire;

c) porte une marque quelconque;

d) fait connaître le votant.

Section 6 – Attribution des sièges

Art. 14. Le bureau électoral arrête le nombre des bulletins nuls et des bulletins valables et les fait inscrire au procès-verbal. Il en est de même pour les suffrages de liste et les suffrages nominatifs.

Art. 15. Les suffrages donnés à une liste en totalité (suffrages de liste) ou aux candidats individuellement (suffrages nominatifs) comptent à la liste pour le calcul de la répartition proportionnelle des sièges entre les listes.

Le nombre total des suffrages valables des listes est divisé par le nombre des délégués effectifs à élire augmenté de un. Est appelé «nombre électoral» le nombre entier immédiatement supérieur au quotient ainsi obtenu.

Art. 16. Chaque liste reçoit à la répartition autant de sièges que le nombre électoral est contenu de fois dans le nombre des suffrages qu'elle a recueillis.

Lorsque le nombre des délégués élus à la suite de la répartition prévue à l'alinéa 1er reste inférieur à celui des délégués effectifs à élire, on divise le nombre des suffrages de chaque liste par le nombre de sièges qu'elle a déjà obtenus, augmenté de un. Le siège est attribué à la liste qui obtient le quotient le plus élevé. On répète le même procédé s'il reste encore des sièges disponibles.

En cas d'égalité, le siège disponible est attribué à la liste qui a recueilli le plus de suffrages.

Les opérations de calcul sont à faire par un scrutateur et le secrétaire du bureau électoral.

Art. 17. Les sièges sont attribués dans chaque liste aux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages nominatifs. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est élu.

Art. 18. Les noms des délégués effectifs élus sont proclamés par le président du bureau électoral dès que le résultat de l'élection est connu et communiqués par tous moyens appropriés aux électeurs.

Il en est de même des délégués suppléants qui sont proclamés pour chaque liste au même nombre que les délégués effectifs de la liste, dans l'ordre des voix que chacun a obtenues.

Est de même proclamé le nombre de suffrages nominatifs obtenus par chacun des autres candidats dans l'ordre des suffrages obtenus. Ils acquièrent rang de suppléant au fur et à mesure qu'il y a lieu de compléter le nombre de ceux-ci.

Art. 19. Le procès-verbal des opérations qui précèdent est dressé et signé séance tenante et communiqué aux institutions et juridictions de sécurité sociale respectives. Le procès-verbal des opérations qui précèdent est conservé dans les archives des institutions et juridictions de sécurité sociale. Expédition en est transmise au plus tard le lendemain de sa signature au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les bulletins sont tenus à la disposition du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale jusqu'au surlendemain de l'expiration du délai prévu pour les réclamations dans des contenants scellés par le président. Ils sont détruits dans la suite.

Art. 20. Lorsqu'un délégué est exclu ou déchargé de ses fonctions ou lorsque, pour un motif quelconque, un délégué quitte ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il n'est pas procédé à une élection complémentaire avant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date des dernières élections des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale, mais les suppléants sont appelés aux fonctions de délégués effectifs dans l'ordre correspondant au résultat des élections. Le remplaçant achève le mandat de celui qu'il remplace.

En cas d'empêchement des membres effectifs d'une liste, les délégués suppléants de la même liste, dans l'ordre correspondant au résultat des élections, sont convoqués aux séances de la délégation pour y siéger avec voix délibérative.

Le délégué suppléant appelé à remplacer un délégué effectif devra représenter la même chambre professionnelle que le délégué effectif empêché ou qui a cessé ses fonctions.

Si, pendant la période quinquennale en cours, le nombre de membres suppléants devient inférieur au nombre des membres

effectifs, les candidats n'ayant pas obtenu un mandat aux premières élections, mais ayant appartenu à la même liste électorale que les membres à suppléer, remplacent d'office les postes des membres suppléants vacants dans l'ordre du nombre des voix obtenues lors de ces élections.

S'il ne peut être pourvu au remplacement d'un membre suppléant conformément à l'alinéa précédent, un nouveau membre suppléant est désigné par le collège électoral auquel appartient le membre à remplacer sur proposition du groupement auquel appartient le membre à remplacer.

Section 7 – Contestations

Art. 21. Toutes les contestations qui surgissent au sein du bureau électoral au cours du dépouillement des bulletins ou de l'attribution des sièges ou qui ont été soulevées par les témoins, sont tranchées à la majorité des voix, celle du président étant prépondérante en cas de parité.

Ces contestations et décisions sont relatées succinctement au procès-verbal.

La validité de l'élection peut être contestée par les candidats sous peine de forclusion dans les huit jours après la proclamation du résultat.

Les recours motivés sont à adresser par écrit, sous pli recommandé à la poste, au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui décide d'urgence.

Suivant les circonstances, il y a lieu à annulation des élections dans leur ensemble ou à révision de leur résultat.

Chapitre 4 – **Disposition abrogatoire et formule exécutoire**

Art. 22. Le règlement grand-ducal modifié du 13 juillet 1993 ayant pour objet la désignation des délégués des assurés et des employeurs dans les institutions d'assurance maladie, le Centre commun de la sécurité sociale, les caisses de pension, le Fonds de compensation commun au régime général de pension et les juridictions de sécurité sociale ainsi que des délégués des assurés dans l'Association d'assurance accident, section industrielle est abrogé.

	CNS[a]	CMFEP[b]	CMFEC[c]	EMCFL[d]	Mutualité	AAA[e]	CNAP[f]	FDC[g]	CCSS[h]	CASS[i]	CSSS[j]
Ch. des salariés						eff./7 suppl. (désignés par les deux collèges électoraux)			5 eff./ 5 suppl. (désignés par les deux collèges électoraux)		
collège électoral sans CFL	5 eff./ 5 suppl.						8 eff./ 8 suppl.	4 eff./ 4 suppl.		25 d.assurés	10 d.assurés
collège électoral CFL	1eff./ 1 suppl.			6 eff./ 6 suppl.						3 d.assurés	3 d.assurés
Ch. des fonctionnaires et employés publics						1 eff./1 suppl. (désigné par les deux collèges électoraux)			1 eff./ 1 suppl. (désigné par les deux collèges électoraux)		
collège électoral Etat	1eff./ 1 suppl.	6 eff./ 6 suppl.								3 d.assurés	3 d.assurés
collège électoral communes	1eff./ 1 suppl.		6 eff./ 6 suppl.							3 d.assurés	3 d.assurés
Ch. de commerce	1 d. non-salarié eff./1 suppl. 2 d. employeurs eff./ 2 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)				3 eff./ 3 suppl.	3 d. employeurs eff./3 suppl. pour 2,5 années (4 pour 2,5 années après)	1 d. non-salarié eff./ 1 suppl. 4 d.employeurs eff./ 4 suppl.	2 d. eff./2 suppl.	3 d. employeurs eff./ 3 suppl. pour 2,5 années (2 pour 2,5 années après)	11 d.employeurs	4 d.employeurs
Ch. des métiers	1 d. non-salarié eff./1 suppl. 3 d. employeurs eff./ 3 suppl. pour 2,5 années (2 pour 2,5 années après)				3 eff./ 3 suppl.	4 d. employeurs eff./4 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)	1 d. non-salarié eff./1 suppl. 1 d.employeurs eff./ 1 suppl.	2 d. eff./ 2 suppl.	2 d. employeurs eff./ 2 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)	11 d.employeurs	4 d.employeurs
Ch. d'agriculture	1 d. non-salarié eff./1 suppl.				1 eff./ 1 suppl.	1 eff. /1 suppl.	1 d. non-salarié eff./1 suppl.		1 eff./ 1 suppl.	3 d.employeurs	2 d.employeurs

a. Caisse nationale de santé
b. Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
c. Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
d. Entraide médical de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois
e. Association d'assurance accident
f. Caisse nationale d'assurance pension
g. Fonds de compensation
h. Centre commun de la sécurité sociale
i. Conseil arbitral de la sécurité sociale
j. Conseil supérieur de la sécurité sociale

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale.

Vu les articles 34, alinéas 1 et 3, 38, alinéa 1 et 241, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les compléments et accessoires au sens de l'article 34, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale qui rentrent dans l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie sont l'ensemble des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variation, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. R. 16.12.08

Art. 2. Les rémunérations en nature sont mises en compte suivant la valeur fixée en application de l'article 104, alinéa 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et des mesures d'exécution prises par l'administration fiscale.

Les recettes provenant de l'économie et de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur ne sont pas prises en compte pour l'assiette cotisable en matière de sécurité sociale.

Il en est de même de l'allocation de repas accordée dans le secteur public, ainsi que des formes analogues de rémunération du secteur privé.

Art. 3. Le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale est abrogé.

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale

Vu les articles 28, 45, 49, 58, 129, 251, 261, 331, 381, 405 à 409, 415 et 417 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 20 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité;

Chapitre I – **Champ d'application**

R. 19.12.08

Art. 1er. Sont à considérer comme institutions de sécurité sociale pour l'application du présent règlement grandducal, désignées ci-après par «institutions», les établissements publics visés à l'article 396, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale ainsi que le Fonds national de solidarité.

Chapitre II – **Tenue de la comptabilité**

Art. 2. Chaque institution doit tenir une comptabilité appropriée à la nature et à l'étendue de ses activités, conformément aux règles usuelles de la comptabilité en partie double.

La comptabilité de l'institution doit couvrir l'ensemble de ses opérations, de ses avoirs, de ses créances et droits de toute nature, de ses dettes, obligations et engagements de toute nature.

Les comptes des institutions doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

Plan comptable uniforme

Art. 3. Les institutions appliquent un plan comptable uniforme arrêté par l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les annexes du plan comptable uniforme définissent les procédures générales applicables en matière de comptabilité et précisent pour chaque compte les opérations, droits et obligations à y enregistrer ainsi que les règles de cette comptabilisation.

Les comptes à utiliser par l'institution sont ouverts par l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui peut charger l'institution de l'ouverture de comptes.

Règles générales de comptabilisation

Art. 4. Les écritures courantes sont comptabilisées lorsque l'institution a une connaissance suffisamment fiable de ses droits et obligations et de leurs montants. Cette connaissance est formalisée par une pièce justificative datée qui est à l'origine de l'écriture comptable; chaque écriture porte un indice de référence à sa pièce justificative.

Toutes les opérations sont inscrites sans retard, de manière fidèle, transparente et complète avec l'indication notamment de leur nature et, le cas échéant, de la contrepartie, et par ordre de date, soit dans un livre journal unique, soit dans des journaux spécialisés. La procédure utilisée pour la comptabilisation doit être approuvée préalablement par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

L'organisation du système de traitement de l'information financière et comptable d'une institution doit en permanence permettre de reconstituer, à partir des pièces justificatives appuyant les données entrées, les éléments des comptes et états, ou, à partir de ces comptes et états, de retrouver ces données et les pièces justificatives.

Art. 5. Aucune inscription se rapportant à un mois donné ne peut être opérée après la troisième semaine du mois subséquent, sauf dérogation à autoriser par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur demande du comptable. Cette disposition ne s'applique pas aux inscriptions de fin d'année qui sont régies par les articles 6 à 8.

Clôture de l'exercice comptable

Art. 6. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement. Les produits et les charges de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance dans les conditions prévues par le plan comptable uniforme.

Aucune inscription se rapportant à un exercice donné ne peut être opérée après le 15 mars de l'exercice subséquent. Toutefois, sur demande dûment motivée de l'institution, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut autoriser celle-ci d'opérer des écritures jusqu'au 15 avril au plus tard à condition que ces écritures concernent des opérations se rattachant à l'exercice qui n'ont pas pu être comptabilisées jusqu'au 15 mars pour des raisons indépendantes de la volonté de l'institution et dont la prise en considération est absolument indispensable pour donner aux comptes annuels une image fidèle de la situation financière.

Sont exclues d'une prolongation du délai de clôture les opérations comptables ayant un effet sur la comptabilité d'une autre institution. R. 30.12.10

Art. 7. L'Inspection générale de la sécurité sociale est informée de la clôture d'exercice par la réception de la balance définitive arrêtée et des comptes annuels définis à l'article 11. R. 19.12.08

La clôture des documents comptables et le respect des règles fixées par le plan comptable uniforme sont constatés sur la balance définitive de l'exercice. R. 30.12.10

Art. 8. A la clôture des comptes, les écritures de fin d'année ont pour objet de compléter les écritures courantes pour rattacher les charges et produits à l'exercice auxquels ils se rapportent. R. 19.12.08

Lors des opérations de fin d'année, les droits et obligations, nés au cours de l'exercice clos, mais pour lesquels l'institution n'a pas reçu ou exploité la pièce justificative, sont rattachés à cet exercice. Leur évaluation peut être fondée sur l'observation des données statistiques des années précédentes.

Le rattachement est conditionné par la naissance au cours d'un exercice d'une opération et la possibilité de mesurer cette opération de manière fiable. Ce rattachement s'opère au moyen des comptes de provisions, de charges à payer et de produits à recevoir, de charges et de produits constatés d'avance suivant les règles fixées par le plan comptable uniforme et après accord préalable de l'Inspection générale de la sécurité sociale pour chaque écriture.

Conservation des documents

Art. 9. Les livres comptables et les pièces comptables doivent être conservés pendant dix ans au moins à partir de la date de clôture de l'exercice auquel ils se rapportent. Toutefois pour les sous-pièces, telles notes d'honoraires et factures, le délai de conservation est égal au délai de prescription ou de renouvellement des prestations augmenté d'une année.

Le délai de dix ans n'est pas applicable dans le cas de biens amortissables pour lesquels les factures d'achat doivent être conservées aussi longtemps que sont opérées les déductions des amortissements.

Art. 10. Les documents et informations visés aux articles 4 et 9, à l'exception du bilan et du compte de résultat, peuvent être conservés sur support informatique, à condition que les reproductions ou les enregistrements correspondent au contenu des documents ou des informations à conserver et qu'ils peuvent être produits pendant la durée de la conservation.

Chapitre III – **Comptes annuels**

Art. 11. Les comptes annuels comprennent le bilan, le compte de résultat ainsi que l'annexe définie à l'article 12. Ces documents forment un tout.

Le bilan est établi sur la base d'un inventaire complet des avoirs et droits ainsi que des dettes, obligations et engagements au 31 décembre.

Toute compensation entre les postes d'actif et de passif, ou entre les postes de charges et de produits est interdite sauf dans les cas prévus dans le plan comptable uniforme.

Art. 12. L'annexe comporte, suivant les modalités inscrites au plan comptable uniforme des institutions de sécurité sociale et les autres instructions de l'Inspection générale de la sécurité sociale: R. 30.12.10

1) les éléments ou circonstances qui affectent de manière significative, par rapport à l'exercice précédent, la formation

du résultat, la situation financière ou le patrimoine de l'institution ainsi que les statistiques concernant le fonctionnement de l'assurance;

2) les éléments qui se rattachent à l'exercice sous revue ou à des exercices antérieurs et qui sont susceptibles d'affecter la situation financière de l'institution et dont il n'a pas pu être tenu compte au moment de la clôture des comptes;
3) les changements des méthodes et principes comptables, les modifications de la présentation ainsi que les modes d'évaluation appliqués pour les écritures de fin d'année;
4) la liste des redressements comptables opérés à la demande de l'Inspection générale de la sécurité sociale dans son avis sur les comptes annuels de l'exercice précédent;
5) le relevé des écritures comptables opérées par dérogation aux règles du plan comptable uniforme et les justifications y afférentes;
6) le détail des frais d'administration et de gestion du patrimoine de l'exercice sous forme d'un tableau reproduisant pour chaque crédit le montant approuvé au budget de l'institution, les transferts de crédit, les dépassements de crédits limitatifs, les plus-values et moins-values des autres crédits ainsi que le solde final; le tableau est accompagné des motifs des dépassements de crédits limitatifs et des autorisations ministérielles de dépassement;
7) un organigramme du personnel de l'institution en place au 31 décembre;
8) un état des titres et valeurs détenus et des prêts accordés suivant le modèle et les règles d'évaluation prévus par le plan comptable uniforme;
9) un état du patrimoine immobilier et des amortissements suivant le modèle et les règles d'évaluation prévus par le plan comptable uniforme.

R. 19.12.08

Aux fins de l'application du point 6) de l'alinéa qui précède, les caisses de maladie définies à l'article 48 du Code de la sécurité sociale transmettent à la clôture de l'exercice comptable les motivations des dépassements de crédits limitatifs à la Caisse nationale de santé. Celle-ci établit un tableau séparé pour chacune des quatre institutions ainsi qu'un tableau global pour l'ensemble de ces caisses.

Chapitre IV – **Budget**

Etablissement du budget

Art. 13. En vue d'assurer l'établissement uniforme des crédits, le caractère réaliste des prévisions et la transparence de la présentation, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut préciser par des circulaires budgétaires à l'intention des institutions les hypothèses d'évolution des recettes et des dépenses, les modalités de transmission du budget ainsi que le contenu du tableau budgétaire et de l'annexe prévus à l'article 16 à respecter lors de l'établissement du budget.

Art. 14. Les institutions transmettent à l'Inspection générale de la sécurité sociale les évaluations des crédits pour l'exercice subséquent appelant une participation de l'Etat suivant les instructions et dans les formes inscrites dans la circulaire budgétaire du Ministère des Finances deux semaines avant la date de transmission prévue dans ladite circulaire.

Contenu du budget

Art. 15. Le budget comprend toutes les dépenses et toutes les recettes prévisibles découlant des lois, règlements, conventions et statuts, y compris le cas échéant la dotation ou le prélèvement à la réserve. Il est établi annuellement et porte sur la période du 1er janvier au 31 décembre.

Art. 16. Le budget comprend le tableau des dépenses et recettes et l'annexe explicative.

Le tableau du budget comporte un état comparatif des montants du compte annuel de l'exercice clos, du budget approuvé par le ministre de tutelle et du compte prévisionnel de l'année en cours ainsi que du budget de l'exercice à venir. La structure des postes des dépenses et des recettes du budget est arrêtée par l'Inspection générale de la sécurité sociale et s'aligne sur le plan des comptes applicable pour l'institution concernée.

L'annexe comporte, dans les formes prescrites par l'Inspection générale de la sécurité sociale: R. 30.12.10

1) les modalités d'évaluation des crédits et les justifications des crédits avec les statistiques concernant le fonctionnement de l'assurance, R. 19.12.08
2) le tableau prospectif du personnel avec la distinction entre effectif autorisé et postes occupés,
3) les dépassements de crédits de l'exercice en cours approuvés par le comité directeur avec le motif des dépassements,
4) les transferts de crédits de l'exercice en cours,
5) le plan de trésorerie pour les derniers mois de l'exercice en cours et pour l'exercice budgétaire.

Types de crédits

Art. 17. Les crédits suivants sont limitatifs: R. 30.12.10

1) les crédits pour frais d'administration à l'exception des crédits définis comme non limitatifs par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les annexes au plan comptable uniforme;
2) les crédits pour frais de gestion du patrimoine.

Tous les autres crédits sont non limitatifs.

Art. 18. Sont susceptibles de transfert à d'autres crédits uniquement les crédits pour frais de fonctionnement, à l'exception de ceux définis comme non susceptibles de transfert par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les annexes au plan comptable uniforme.

Ne peuvent pas bénéficier d'un transfert les crédits limitatifs pour lesquels le montant arrêté est égal à zéro.

Aucun transfert de crédit ne peut être opéré avant le 1er juillet de l'exercice.

Chaque transfert fait l'objet d'une décision lors de la première réunion du conseil d'administration ou du comité directeur suivant l'opération de transfert.

Ordonnancement, recouvrement et paiement

Art. 19. Les paiements se font sur base d'une ordonnance signée par le président de l'institution ou par un employé dirigeant désigné à cet effet par lui. R. 19.12.08

La fonction d'ordonnateur est incompatible avec celle de comptable. L'Inspection générale de la sécurité sociale est informée sans délai de tout changement des délégations.

Art. 20. Les encaissements et paiements se font au moyen de virements.

Toutefois des comptables extraordinaires désignés par le comité directeur peuvent procéder à des paiements en espèces ou par chèque dans les situations prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Ces comptables extraordinaires tiennent les registres et journaux de paiement mis à jour au fur et à mesure de leurs opérations et les soumettent sur demande au service comptable de l'institution compétente.

Dépassement d'un crédit limitatif

Art. 21. Les dépassements de crédits limitatifs approuvés par le conseil d'administration ou le comité directeur sont soumis préalablement à l'engagement à l'approbation du ministre de tutelle, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis.

De tels dépassements ne sont autorisés que s'il s'agit de dépenses imprévisibles lors de l'établissement du projet de budget, indispensables et dont le règlement ne peut être différé.

Les dépenses visées par l'alinéa qui précède dont l'engagement ne peut être différé sans compromettre le service de l'institution peuvent être engagées provisoirement par le président après l'approbation du ministre de tutelle, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis. L'engagement fait l'objet d'une décision lors de la première réunion du conseil d'administration ou du comité directeur suivant l'approbation ministérielle. R. 30.12.10

Sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le ministre de tutelle peut exiger que l'institution réalise des économies sur d'autres crédits pour compenser le dépassement.

Contrôle budgétaire

Art. 22. Les crédits limitatifs sont soumis à un contrôle budgétaire mensuel. R. 19.12.08

A cet effet les caisses de maladie transmettent à la fin de chaque mois les dépenses ordonnancées et le solde des crédits disponibles à la Caisse nationale de santé. Celle-ci établit une situation mensuelle globale renseignant les dépenses comptabilisées, les dépenses ordonnancées mais non encore comptabilisées et le solde des crédits disponibles. A partir du début du deuxième semestre une copie de ces tableaux est transmise mensuellement à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

A la fin de chaque mois, la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation, l'Association d'assurance accident, le Centre commun de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs, la Caisse nationale des prestations familiales et le Fonds national de solidarité établissent une situation mensuelle renseignant les dépenses comptabilisées, les dépenses ordonnancées mais non encore comptabilisées et le solde des crédits disponibles. A partir du début du deuxième semestre une copie de ces tableaux est transmise mensuellement à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La situation mensuelle est complétée par un relevé des transferts de crédits opérés par l'institution et des dépassements de crédit autorisés par le ministre de tutelle suivant le modèle arrêté par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Dispositions spécifiques à l'assurance maladie

Art. 23. La programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale porte sur trois années au moins y compris l'exercice budgétaire de l'année à venir. Une période plus longue d'observation est retenue pour étudier l'incidence d'une dépense nouvelle ou d'un changement significatif dans l'application de la législation.

Art. 24. La Caisse nationale de santé et les différentes caisses de maladie soumettent à l'Inspection générale de la sécurité sociale le budget de leurs frais d'administration et, le cas échéant, des frais de gestion de leur patrimoine immobilier accompagnés des pièces justificatives prévues à l'article 16, alinéa 3, sous les points 1) à 4) dans la forme et le délai fixés par l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 30.12.10

L'Inspection générale de la sécurité sociale contrôle les propositions budgétaires quant à leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, leur caractère réaliste et la concordance de la croissance globale des frais d'administration avec les directives de la circulaire budgétaire du ministère des Finances.

L'Inspection générale de la sécurité sociale transmet les budgets des frais d'administration de la Caisse nationale de santé et des différentes caisses de maladie ensemble avec son avis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les budgets approuvés par le ministre sont transmis à la Caisse nationale de santé qui inscrit d'office les crédits dans le budget global.

Art. 25. L'annexe du budget global de l'assurance maladie-maternité est complétée par les tableaux de financement relatifs à la gestion des prestations en nature, à la gestion des prestations en espèces et à la gestion des prestations de maternité. R. 19.12.08

Dispositions spécifiques aux frais administratifs communs à plusieurs institutions

Art. 26. Les crédits relatifs aux frais administratifs communs au sens de l'article 30 sont établis et gérés par l'institution désignée à cet effet par l'Inspection générale de la sécurité sociale; cette dernière précise la forme des documents et les délais de leur transmission.

L'Inspection générale de la sécurité sociale contrôle les propositions budgétaires quant à leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, leur caractère réaliste et la concordance de la croissance globale des frais d'administration avec les directives de la circulaire budgétaire du Ministère des Finances.

Art. 27. Les montants des crédits relatifs aux frais administratifs communs retenus en application de l'article 26 et ceux relatifs à la participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale à inscrire par les institutions dans leur budget sont communiqués par l'Inspection générale de la sécurité sociale aux institutions concernées qui les inscrivent d'office dans leur budget. R. 30.12.10

Art. 28. (article abrogé)

Budget provisoire

Art. 29. Des dépenses inévitables et habituelles qui relèvent de la mission légale de l'institution peuvent être engagées sur un budget soumis, mais non encore approuvé au début de l'exercice par le ministre de tutelle. R. 19.12.08

Chapitre V – **Répartition des frais administratifs communs**

Art. 30. Les frais administratifs communs incombant à plusieurs institutions et administrations disposant de locaux communs sont répartis au prorata de la surface occupée au 1er janvier de l'année précédente.

La clé de répartition est établie annuellement par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 31. Les frais du Centre commun de la sécurité sociale, y compris ceux visés à l'article 30, sont répartis entre les utilisateurs à l'aide de la clé de répartition ci-après basée sur les cotisations perçues par le Centre commun pour l'utilisateur, les prestations payées par l'utilisateur et les traitements et salaires payés par l'utilisateur:

Caisse nationale de santé	39,27 %
Mutualité des employeurs	3,86 %
Association d'assurance accident	5,46 %
Caisse nationale d'assurance pension	37,36 %
Caisse nationale des prestations familiales	9,50 %
Fonds national de solidarité	2,78 %
Service de santé au travail multisectoriel	0,18 %
Chambre des salariés	0,24 %
Chambre d'agriculture	0,01 %
Inspection générale de la sécurité sociale	1,34 %

Chapitre VI – **Prise en charge des frais d'administration de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois**

Art. 32. La Caisse nationale de santé prend en charge les frais de personnel pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois affectés à l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois.

L'effectif du personnel de la caisse de maladie est composé par:

- un personnel d'encadrement de quatre unités au minimum ayant respectivement le diplôme de fin d'études secondaires, secondaires techniques ou y assimilés;
- un personnel administratif de six unités au minimum ayant accompli avec succès cinq années d'études post primaires.

Le nombre total de l'effectif de la caisse ne peut dépasser quatorze unités.

Au cas où la convention collective ou le statut applicable au personnel de l'entreprise prévoit la possibilité d'une carrière ouverte, le passage d'un emploi administratif à un emploi d'encadrement n'est pris en compte aux fins du présent règlement, que si l'intéressé a accompli au moins dix années au service de la caisse de maladie.

Art. 33. La Caisse nationale de santé prend en charge le loyer payé par l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois selon les modalités en vigueur en matière d'évaluation des bâtiments publics.

Chapitre VII – **Dispositions diverses**

Art. 34. Sont abrogés:

le règlement grand-ducal du 22 décembre 1989 concernant la comptabilité et les comptes annuels des organismes de la sécurité sociale et du Fonds national de solidarité,

le règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladiematernité,

le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale,

le règlement grand-ducal du 24 novembre 2003 concernant la prise en charge par l'Union des caisses de maladie des frais de fonctionnement des caisses de maladie d'entreprise,

le règlement grand-ducal du 10 février 1993 concernant l'organisation administrative provisoire de la caisse nationale des prestations familiales.

Art. 35. Les pensions en cours au 31 décembre 2008 payées par l'Office des assurances sociales, l'Administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes et l'Administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole au personnel retraité de ces institutions sont à charge de la Caisse nationale d'assurance pension.

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 concernant le congé pour mandat social des membres d'une chambre professionnelle, des membres d'un organe d'une institution de sécurité sociale, des assesseurs auprès du Tribunal de travail, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs des juridictions de sécurité sociale.

Vu les articles L. 234-71 du Code du travail, 402, paragraphe 3 et 454, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le congé spécial pour mandat social prévu à l'article L. 234-71 du Code du travail comprend pour chaque réunion ou pour chaque audience des institutions et juridictions y énumérées un nombre maximum de quatre heures de travail. R. 19.12.08

Art. 2. Le congé spécial pour mandat social ne peut être utilisé par les personnes concernées que pour l'exercice des missions qui découlent directement de l'accomplissement de leur mandat.

Art. 3. Le congé pour mandat social est considéré comme temps de travail effectif. Pendant la durée du congé, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection de l'emploi restent applicables.

La durée du congé pour mandat social ne peut pas être imputée sur le congé annuel de récréation tel qu'il est fixé par la loi ou par une convention spéciale.

Les bénéficiaires du congé pour mandat social continuent, pendant la durée du congé, à toucher leur rémunération et à jouir des avantages attachés à leur activité professionnelle.

Art. 4. Pour les membres et assesseurs salariés, le remboursement à l'employeur à charge de la chambre professionnelle, de l'institution de sécurité sociale ou de la juridiction concernée du salaire défini à l'article L. 234-71 du Code du travail est effectué une fois par an sur base d'une déclaration à présenter à l'institution ou à la juridiction concernée au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle pour laquelle le remboursement est demandé. Faute de présentation de la déclaration de remboursement à cette date, le droit au remboursement pour l'année en question est déchu.

La déclaration est faite sur une fiche que chaque membre ou assesseur reçoit du président de l'institution ou de la juridiction

concernée et qu'il remet à son employeur qui la remplit et qui signe la déclaration et la demande en remboursement.

L'exactitude des indications de la fiche est certifiée par la signature de la personne intéressée.

Art. 5. Les membres et assesseurs non salariés exerçant une occupation professionnelle sont indemnisés pour le temps qu'ils consacrent à l'exercice de leurs mandats.

Le montant de l'indemnité horaire est fixé forfaitairement au double du salaire social minimum pour salariés qualifiés.

Art. 6. Le paiement de l'indemnité à l'intéressé est effectué une fois par an par la chambre professionnelle, l'institution de sécurité sociale ou la juridiction concernée sur base d'une déclaration à présenter à l'institution ou à la juridiction concernée au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle pour laquelle l'indemnisation est demandée. Faute de présentation de la déclaration d'indemnisation à cette date, le droit à l'indemnisation pour l'année en question est déchu.

La déclaration est faite sur une fiche que chaque intéressé reçoit du président de l'institution ou de la juridiction concernée. L'intéressé remplit et signe la déclaration et la demande de paiement.

Règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Vu les articles 46, 252 et 381 du Code de la sécurité sociale;

Pondération et calcul des voix

R. 7.1.09

Art. 1er. (1) Le nombre de voix pondéré des délégués représentant les assurés et les employeurs au sein du comité directeur de la Caisse nationale de santé est le suivant:

1) pour chacun des 5 délégués représentant les salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer: 17 voix
2) pour le délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés: 2 voix
3) pour le délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics: 1 voix
4) pour le délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux: 8 voix
5) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce: 2 voix
6) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers: 2 voix
7) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture: 2 voix
8) pour chacun des 5 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers: 18 voix

(2) Le président dispose de 96 voix.

Art. 2. Si le comité directeur siège dans la composition prévue à l'article 46, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, le nombre des voix attribuées à chacun des délégués salariés est fixé à 12.

Le nombre de voix attribuées aux autres délégués et au président reste identique à celui fixé à l'article 1er du présent règlement.

Art. 3. Si le comité directeur siège dans la composition prévue à l'article 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, les voix des délégués des assurés sont fixées conformément à l'article 1er, alinéas 1) à 7) du présent règlement.

Dans ce cas, le nombre des voix du président est fixé à 102.

Art. 4. (1) Le nombre de voix pondéré des délégués représentant les assurés et les employeurs au sein du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension est le suivant:

1) pour chacun des 8 délégués représentant les salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés: 6 voix
2) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce: 1 voix
3) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers: 1 voix
4) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture: 1 voix
5) pour chacun des 5 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers: 9 voix

(2) Le président dispose de 48 voix.

Remplacement par un suppléant

Art. 5. Les délégués qui sont empêchés d'assister à la séance en avisent aussitôt que possible le président, qui convoque leurs suppléants.

Le délégué suppléant a le même nombre de voix que le délégué effectif qu'il remplace.

Vote par procuration

Art. 6. Le droit de vote est exprimé personnellement. Cependant, en cas d'empêchement d'un membre effectif du comité directeur non remplacé par un suppléant, il peut être fait appel à la procédure du vote par procuration.

Un délégué absent peut se faire représenter par un autre délégué sans que toutefois un même délégué ne puisse représenter plus d'un délégué absent.

Si un délégué doit quitter une séance à laquelle il assistait, il doit mandater un autre délégué pour exprimer son droit de vote.

Le délégué mandaté exerce le nombre de voix du délégué qu'il représente.

Ces dispositions s'appliquent par analogie au délégué suppléant qui remplace un autre délégué effectif ou suppléant.

Dispositions communes

Art. 7. Les dispositions qui précèdent ne préjudicient pas l'application des articles 46, alinéa 5, 252, alinéa 4 et 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

Afin de rétablir l'équilibre visé aux articles 46, alinéa 5 ou 252, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, le nombre de voix fixé aux articles 1er, 2 et 4 du présent règlement est multiplié par le nombre de voix dont dispose le président et divisé par le nombre total des voix dont dispose chaque groupe de délégués effectifs ou suppléants présents ou votant par procuration. Sont

considérés comme groupes de délégués celui des assurés et celui des non-salariés et des employeurs. Le nombre de voix dont dispose le président en vertu des articles 1er, 2 et 4 du présent règlement reste inchangé.

Pour la composition du comité directeur de la Caisse nationale de santé prévue à l'article 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, le nombre de voix du président est égal au nombre total des voix des délégués effectifs ou suppléants présents ou votant par procuration des assurés et des non-salariés.

Disposition abrogatoire

Art. 8. Le règlement grand-ducal du 30 décembre 1992 relatif au fonctionnement des organes de l'Union des caisses de maladie et des caisses de maladie est abrogé.

Règlement grand-ducal modifié du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des délégués des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale, des experts et des témoins

R. 25.1.17

Vu l'article 454, paragraphe 8 et 455, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;

R. 25.1.17

Art. 1er. Dans le cadre des compétences attribuées au Conseil supérieur de la sécurité sociale par les articles 62 à 75 du Code de la sécurité sociale, le secrétaire touche une indemnité de 18,59 euros par séance.

R. 25.1.17

Art. 2. Les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs, les délégués des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale touchent une indemnité de 50 euros par journée d'audience ou de délibération.

R. 22.1.09

Art. 3. Les experts médicaux assistants touchent une indemnité de 39,42 euros pour chaque vacation. Pour chaque heure entière ou commencée au-delà de trois heures, une indemnité s'élevant à un tiers de la vacation est payée.

Art. 4. Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué tant pour les expertises que pour le rapport pour chaque vacation d'une heure une indemnité de 8,25 euros au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Art. 5. Les témoins reçoivent, s'ils le demandent, une indemnité de 14,87 euros pour chaque audition.

Art. 6. Les frais de voyage sont remboursés jusqu'à concurrence des montants et d'après les modalités prévus par le règlement grand-ducal modifié du 5 août 1993 sur les frais de route et de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'Etat.

Art. 7. Le règlement ministériel du 4 décembre 2003 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des

assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral de la sécurité sociale, des délégués des assurés et des employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des experts et des témoins est abrogé.

Règlement grand-ducal du 18 février 2009 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des institutions de sécurité sociale

Vu les articles 396, alinéa 1 et 402, alinéas (1) et (3) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les indemnités revenant aux membres des organes des institutions de sécurité sociale sont fixées respectivement: R. 22.1.09

- à trente euros pour chaque réunion du comité directeur ou du conseil d'administration et
- à vingt euros pour chaque réunion de toute autre commission instituée par l'un des organes sus-visés.

Art. 2. Les frais de voyage sont remboursés jusqu'à concurrence des montants et d'après les modalités prévus par le règlement grand-ducal modifié du 5 août 1993 sur les frais de route et de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'Etat.

Art. 3. Le règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des organismes de sécurité sociale est abrogé.

Règlement grand-ducal du 4 novembre 2010 déterminant le mode de perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés

Vu la loi modifiée du 4 avril 1924, portant création de chambres professionnelles à base élective;

Vu l'article 413, alinéa 1, sous 6) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés est opérée par voie de retenue sur les rémunérations, pensions et revenus de remplacement conformément à l'article 2. R. 4.11.10

Art. 2. La cotisation annuelle est due pour chaque ressortissant déclaré au Centre Commun de la sécurité sociale du chef de:

- l'exercice à la date du premier mars de chaque année d'une activité professionnelle pour le compte d'autrui soumise à l'assurance maladie obligatoire;
- ou du bénéfice à la date du premier mars de chaque année d'une pension personnelle de la part de la Caisse nationale d'assurance pension du chef de l'exercice en dernier lieu d'une activité professionnelle pour le compte d'autrui;
- ou du bénéfice à la date du premier mars de chaque année d'une pension personnelle de la part de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Section 1: Perception des cotisations dans le cadre d'une activité professionnelle

Art. 3. La retenue est effectuée par l'employeur. Toutefois, si pendant le mois de mars entier de l'année concernée, le ressortissant a droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité, à l'indemnité de chômage complet ou l'indemnité forfaitaire accordée pendant le congé parental à plein temps, la retenue est opérée par l'institution débitrice du revenu de remplacement.

Art. 4. La cotisation est due indépendamment du nombre d'heures de travail prestées par le ressortissant.

Elle est due que le ressortissant bénéficie d'un contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée, qu'il soit rémunéré en espèces ou en nature, qu'il soit engagé définitivement, à l'essai ou en qualité d'apprenti.

Si un ressortissant est occupé simultanément chez plusieurs employeurs, la perception de la cotisation est opérée par celui auprès duquel la durée du travail est la plus longue. En cas d'égalité de la durée du travail, l'affiliation la plus ancienne détermine l'employeur compétent pour la perception de la cotisation.

Art. 5. Au mois de février de chaque année, le Centre commun de la sécurité sociale invite les employeurs à opérer la retenue de la cotisation pour les salariés et apprentis qu'ils occupent.

Dans les trois mois subséquents, le Centre commun de la sécurité sociale fait parvenir à chaque employeur le relevé des salariés et apprentis déclarés au 1er mars. Endéans le mois de la réception dudit relevé, l'employeur doit faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale la déclaration d'entrée ou de sortie rectificative. Passé ce délai, il est personnellement tenu au paiement de la cotisation de chaque ressortissant inscrit sur le relevé.

Le Centre commun de la sécurité sociale demande aux employeurs le paiement de la ou des cotisations en les intégrant dans le compte cotisations au sens de l'article 428 du Code de la sécurité sociale leur adressé dans les trois mois après l'envoi du relevé à l'alinéa qui précède. L'imputation des paiements ainsi que le recouvrement forcé et la prescription des cotisations s'effectuent conformément aux articles 429 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Art. 6. A la demande de l'employeur n'ayant pas versé de rémunération au ressortissant pour la période s'étendant du mois de mars à l'envoi du compte-cotisations, le Centre commun de la sécurité sociale accorde décharge de la cotisation du ressortissant en question.

La cotisation n'est pas perçue si le salarié exerce en outre une activité principale du chef de laquelle il doit être considéré comme ressortissant de la Chambre de commerce, de la Chambre des métiers ou de la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

Section 2: Perception des cotisations dans l'hypothèse du bénéfice d'une pension

Art. 7. La retenue est effectuée par la Caisse nationale d'assurance pension sur l'allocation de fin d'année. Elle n'est pas effectuée si le bénéficiaire de pension n'a pas droit à l'allocation de fin d'année du fait qu'il ne bénéficie plus d'une pension à la date du 1er décembre ou exerce simultanément une activité professionnelle donnant lieu à prélèvement de la cotisation par l'employeur sur la rémunération.

Section 3: Dispositions abrogatoires

Art. 8. Le règlement grand-ducal du 22 mars 2004 déterminant le mode de perception des cotisations mises àcharge des ressortissants de la Chambre de Travail et de la Chambre des Employés Privés est abrogé.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture

Vu la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective et notamment les articles 3 et 31bis;

Vu l'article 413, alinéa 1, sous 6) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le revenu professionnel de l'exploitation agricole servant au calcul de la cotisation annuelle en faveur de la Chambre d'agriculture se détermine sur base des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. R. 17.12.10

Art. 2. La cotisation en faveur de la Chambre d'agriculture est à charge du chef des exploitations agricoles pour lesquelles des cotisations de sécurité sociale ont été calculées le mois de mai de l'exercice en cause, à condition que le chef d'exploitation, assuré au sens de l'article 171, alinéa 1 sous 2) du Code de la sécurité sociale ou bénéficiaire de pension, soit à considérer comme exploitant agricole à titre principal en ce que la part du temps de travail consacré aux activités extérieures à l'exploitation agricole est inférieure à la moitié du temps de travail total de l'exploitant tout en ne dépassant pas 20 heures par semaine.

Art. 3. Sur base d'un taux fixé par la Chambre d'agriculture qui peut aussi déterminer une cotisation minimale, le Centre commun de la sécurité sociale calcule le montant de la cotisation annuelle à charge de l'exploitation agricole et l'intègre dans l'un des comptes cotisations mensuels au sens de l'article 428 du Code de la sécurité sociale adressé au chef d'exploitation. L'imputation des paiements ainsi que le recouvrement forcé et la prescription des cotisations s'effectuent conformément aux articles 429 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Art. 4. Le règlement grand-ducal du 12 octobre 1992 fixant certaines modalités de fixation et de perception des cotisations par la Chambre d'agriculture est abrogé.

RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR DU CENTRE COMMUN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Règlement d'ordre intérieur adopté par le comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale le 29 septembre 2009 et approuvé par arrêté ministériel du 2 décembre 2009.

Règles de fonctionnement du comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale

A. 2.12.09

Art. 1er. Le comité directeur fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux membres du comité directeur avec indication de l'ordre du jour.

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par courriel aux membres effectifs et suppléants sept jours avant la séance. A la demande expresse d'un membre, ces documents lui sont transmis en même temps sur papier par voie postale.

Les membres effectifs du comité directeur qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants ou leurs délégués à assister à la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le premier conseiller de direction le plus ancien en rang du Centre commun.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics du Centre commun peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le comité directeur délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents en ce qui concerne les décisions individuelles visées à l'article 6 qui suit et, dans les autres cas, si la majorité de ses membres est présente.

Lorsque le président constate que le comité directeur n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance après avoir fait délibérer sur les décisions individuelles visées à l'article 6 qui suit. Dans ce cas, il convoque le comité directeur avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 1er. Le comité directeur siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du comité directeur sont prises à la majorité des voix valablement exprimées, les abstentions n'étant pas prises en considération.

Les membres du comité directeur votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Au cas où leur exécution ne souffre pas de report à la prochaine séance, les décisions individuelles concernant le personnel du Centre commun ainsi que celles vidant les oppositions contre les décisions individuelles en matière d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre prises en vertu de l'article 416 du Code de la sécurité sociale peuvent être

communiquées par courriel aux membres effectifs du comité directeur.

Si endéans un délai de huit jours suivant cette communication, la majorité des membres effectifs se rallient par courriel aux décisions proposées, elles sont acquises. Il en est dressé procès-verbal. Dans le cas contraire, les décisions sont reportées à la prochaine séance.

Art. 7. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au comité directeur qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal y compris celui établi en vertu de l'article 6 est adressé aux membres effectifs et suppléants du comité directeur, au Ministre de tutelle ainsi qu'à l'Inspection générale de la sécurité sociale.