

Demande de validation par le diététicien: Si l'assuré présente l'ordonnance médicale directement au diététicien, ce dernier saisit les informations figurant sur l'ordonnance dans un logiciel spécialisé et les transmet à la CNS dans le délai imposé.

Demande de validation par l'assuré: Si l'assuré demande la validation, il doit envoyer l'ordonnance médicale originale par voie postale à la CNS dans le délai imposé.

La CNS vérifie l'ordonnance médicale et en cas de validation transmet le titre de prise en charge au demandeur (soit au diététicien par voie informatique, soit à l'assuré par voie postale).

Lorsque l'émission d'un titre de prise en charge est refusée du fait que les conditions administratives ne sont pas remplies, la CNS transmet une information y relative au demandeur (soit au diététicien par voie informatique, soit à l'assuré par voie postale). Cette information comporte les motifs de la non-validation. Si le diététicien a fait la demande, ce dernier informe l'assuré qu'il est en droit de demander à la CNS une décision susceptible de recours.

Mode de paiement

Système du tiers payant

Si le diététicien a envoyé la demande de validation de l'ordonnance à la CNS, les prestations prévues dans la nomenclature des actes et services des diététiciens peuvent être prises en charge directement par la CNS par le système du tiers payant, si l'assuré le demande.

Quando uma autorização é recusada porque não foram cumpridas as condições administrativas, a CNS informa o requerente desse facto (seja o dietista por via informática, seja o segurado por via postal). Estas informações incluem os motivos para a não validação do pedido. Caso tenha sido o dietista a efetuar o pedido, este informa o segurado que tem o direito de recorrer da decisão junto da CNS.

Modo de pagamento

Sistema do terceiro pagador

Caso o dietista tenha enviado o pedido de validação de prescrição à CNS, as prestações previstas na nomenclatura dos atos e serviços dos dietistas podem ser cobertas diretamente pela CNS através do sistema do terceiro pagador, caso o segurado assim o solicite.

No âmbito do sistema do terceiro pagador, o segurado apenas paga ao dietista a parte que lhe compete, ou seja, a parte que não é reembolsável pelo seguro de saúde.

Sistema do terceiro pagador

O sistema do terceiro pagador não se aplica quando o próprio segurado solicitou uma autorização à CNS.

Neste caso, no final do tratamento, o dietista entrega ao segurado uma fatura com o montante total a pagar, ou seja, a parte que compete ao seguro de saúde bem como a parte que eventualmente

Dans le cadre du système du tiers payant, l'assuré paie au diététicien uniquement la partie à sa propre charge (la partie qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie).

Avance des frais

Le système du tiers payant n'est pas applicable lorsque l'assuré a demandé lui-même un titre de prise en charge à la CNS.

Dans ce cas, le diététicien présente à la fin du traitement une facture à l'assuré reprenant le montant total à payer, c'est-à-dire la part à charge de l'assurance maladie ainsi que la part éventuelle à charge de l'assuré. Après paiement, l'assuré demande lui-même à sa caisse compétente (CNS ou caisse de maladie du secteur public) le remboursement de la part à charge de l'assurance maladie.

Taux de prise en charge

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88 %) pour autant que ces actes soient prescrits à une personne qui présente une des pathologies prévues à l'annexe E des statuts.

Par dérogation le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) lorsque l'assuré n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

esteja a cargo do segurado. Após o pagamento, o segurado solicita à sua caixa competente (CNS ou caixa de seguro de saúde do setor público) o reembolso da parte a cargo da mesma

Taxas de cobertura

Os atos e serviços incluídos na nomenclatura dos dietistas são cobertos na proporção de oitenta e oito por cento (88%), desde que sejam prescritos a uma pessoa que apresente uma das patologias previstas no anexo E dos estatutos.

Por derrogação, a taxa de cobertura é de cem por cento (100%) se o segurado não tiver atingido os dezoito (18) anos de idade na data de emissão da prescrição.

Caisse nationale de santé

Adresse:
125, route d'Esch
L-2980 Luxembourg

Téléphone:
27 57 - 1

Mail:
cns@secu.lu

Site:
www.cns.lu

Diététicien

Pour avoir droit à un remboursement de la part de la Caisse nationale de santé ou de la caisse du secteur public compétente, tous les actes prestés par un diététicien doivent être prescrits par un médecin. L'assuré doit également être atteint de l'une des pathologies pour laquelle la prise en charge est prévue.



Déroulement du traitement

Le traitement diététique consiste en un traitement diététique initial comprenant dans l'ordre suivant:

- une consultation initiale avec anamnèse et bilan nutritionnel avec une durée minimale de 60 minutes (ZD11)
- une consultation de conseil et documentation, comprenant la remise du plan nutritionnel avec une durée minimale de 30 minutes (ZD12)

Dietista

Para ter direito a um reembolso por parte da Caixa Nacional de Saúde ou da caixa do setor público competente, todos os atos prestados por um dietista devem ser prescritos por um médico. O segurado deve igualmente sofrer de uma das patologias para as quais está prevista a cobertura.

Tratamento

O tratamento dietético consiste num tratamento dietético inicial composto por:

- Uma consulta inicial com análise do historial clínico e avaliação nutricional com uma duração mínima de 60 minutos (ZD11).
- Uma consulta de aconselhamento e documentação, incluindo a entrega do plano nutricional com uma duração mínima de 30 minutos (ZD12).
- Quatro consultas de acompanhamento no quadro do tratamento inicial com uma duração mínima de 30 minutos (ZD13).

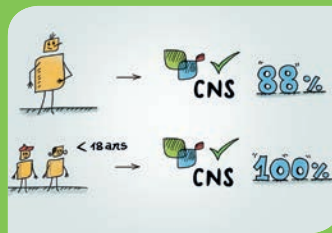
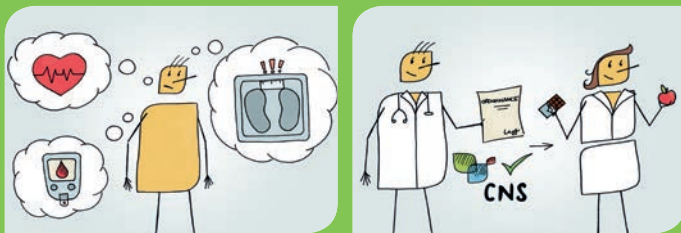
Em caso de continuação do tratamento dietético, é prescrito um prolongamento do tratamento dietético que inclui quatro consultas de acompanhamento com uma duração mínima de 30 minutos cada (ZD21).

- quatre consultations de suivi dans le cadre d'un traitement initial avec une durée minimale de 30 minutes (ZD13)

Si le traitement diététique est poursuivi, une prolongation du traitement diététique est prescrite comprenant quatre consultations de suivi dans le cadre d'une prolongation d'un traitement diététique avec une durée minimale de 30 minutes (ZD21).

Les prestations délivrées par le diététicien sont des prestations individuelles et personnalisées. Le diététicien ne délivre ses prestations que sur une seule personne. Les traitements parallèles de plusieurs personnes et les traitements en groupe ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

À l'issue de la consultation de suivi finale, le diététicien rédige un rapport diététique final qu'il transmet au médecin prescripteur. Il en est de même en cas d'interruption anticipée du traitement. Le rapport diététique final consigne l'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs diététiques, les actions négociées avec l'assuré et l'évolution du comportement alimentaire.



Limitations

La CNS ne prend en charge qu'un traitement diététique initial par pathologie tous les trois ans. Chaque traitement initial peut, sur ordonnance médicale, être prolongé une seule fois.

La prolongation du traitement diététique n'est prise en charge que:

- si le traitement initial est terminé;
- si moins que trois années se sont écoulées depuis le début du traitement initial. Au-delà de ce délai, un nouveau traitement initial peut être demandé.

Validation de l'ordonnance et titre de prise en charge

L'ordonnance médicale doit être validée auprès de la CNS. Cette validation doit être demandée dans le délai de 90 jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation, la CNS émet un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

Cette validation peut être demandée soit par le diététicien, soit par l'assuré lui-même auprès de la Caisse nationale de santé.



As consultas dadas pelo dietista são individuais e personalizadas. O dietista só dá consultas a uma pessoa de cada vez. Os tratamentos em simultâneo de várias pessoas e os tratamentos em grupo não são abrangidos pelo seguro de saúde.

No final da última consulta de acompanhamento, o dietista elabora um relatório dietético final que transmite ao médico assistente. Tal também se aplica em caso de interrupção antecipada do tratamento. O relatório dietético final inclui a avaliação dos resultados obtidos relativamente aos objetivos dietéticos, as ações negociadas com o segurado e a evolução dos seus hábitos alimentares.

Condições de cobertura

Prescrição médica

As consultas dadas pelo dietista apenas são cobertas pela CNS se forem dadas com base numa prescrição médica original e prévia.

De uma forma geral, a prescrição deve indicar:

- o código ou a designação da nomenclatura que diz respeito aos atos prescritos, ou o título de um tratamento estruturado que agrupa vários actos, nomeadamente o «Tratamento dietético

Condições de prise en charge

Ordonnance médicale

Les prestations délivrées par le diététicien ne sont prises en charge par la CNS que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale originale et préalable.

D'une façon générale, l'ordonnance doit indiquer:

- soit le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits, soit l'intitulé d'un traitement structuré regroupant plusieurs actes, à savoir le «Traitement diététique initial» ou bien la «Prolongation d'un traitement diététique»;
- la ou les pathologies justifiant la prise en charge des soins de diététique, selon la codification prévue à l'annexe E des statuts de la CNS;
- le cas échéant, le nombre précis de consultations.

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge que si l'assuré présente une des pathologies spécifiques (p. ex. diabète type I + II, hypertension artérielle...).

initial» ou a «Extensão de um tratamento dietético»;

- a patologia ou patologias que justificam a cobertura dos cuidados dietéticos, segundo o código previsto no anexo E dos estatutos da CNS;
- caso se aplique, o número específico de consultas.

Os atos e os serviços inscritos na nomenclatura dos dietistas apenas são cobertos se o segurado apresentar uma das patologias específicas (por exemplo, diabetes do tipo I + II ou hipertensão arterial).

Limitações

A CNS apenas cobre um tratamento dietético inicial por patologia a cada três anos. Cada tratamento inicial pode, segundo prescrição médica, ser prolongado uma única vez.

O prolongamento do tratamento dietético apenas é coberto:

- se o tratamento inicial tiver chegado ao fim;
- se decorreram menos de três anos desde o início do tratamento inicial. Findo este prazo, poderá ser solicitado um novo tratamento inicial.

Validação da prescrição e autorização

A prescrição médica deve ser validada junto da CNS. Esta validação deve ser solicitada no prazo de 90 dias após a data de emissão da prescrição. Para esta validação, a CNS emite uma autorização que garante a cobertura das prestações associadas às condições estatutárias.

A validação pode ser solicitada pelo dietista ou pelo próprio segurado junto da Caixa Nacional de Saúde.

Pedido de validação pelo dietista: Caso o segurado apresente a prescrição médica diretamente ao dietista, este último pode introduzir as informações que constam da prescrição num programa informático especializado e transmiti-las à CNS no prazo estabelecido.

Pedido de validação pelo segurado: Caso o segurado solicite a validação, deve enviar a prescrição médica original por correio postal para a CNS no prazo estabelecido.

A CNS verifica a prescrição médica e, em caso de validação, transmite a autorização ao requerente (seja ao dietista por via informática, seja ao segurado por via postal).