

CONSULTATION DIÉTÉTIQUE POUR LES AFFILIÉS CNS

La CNS prend en charge les actes prestés par un diététicien autorisé à exercer au Luxembourg, s'ils ont été prescrits par un médecin et si l'assuré est atteint d'une des pathologies prévues dans l'**Annexe E**

<http://andl.lu/site/la-consultation-dietetique/liste-des-dieteticiens/> (liste des diététiciens agréés CNS)

<http://andl.lu/site/la-consultation-dietetique/modalites-de-prise-en-charge-des-consultations/>

<https://cns.public.lu/fr/publications/depliant/dieteticien.html> (explications pour l'assuré)

TAUX DE PRISE EN CHARGE

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont **pris en charge au taux de 88 %**.

Le taux de prise en charge est de 100 % lorsque l'assuré n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

DÉROULEMENT DU TRAITEMENT

- Le traitement diététique consiste en un traitement diététique initial comprenant :

- **une première consultation** (ZD11) avec anamnèse et bilan nutritionnel (**102.18€*** Tarif CNS - 60 minutes : **12.26€ restent à charge du patient**).
- **une consultation de conseil et documentation** (ZD12): plan nutritionnel (**127.73€*** Tarif CNS 30-45 minutes : **15.33€ restent à charge du patient**).
- **4 consultations de suivi** (ZD13) (**63.86€*** Tarif CNS - 30 minutes : **7.66€ restent à charge du patient**).

- Une prolongation du traitement diététique (ZD21) est possible sur prescription médicale. Cette prolongation comprend 4 consultations de suivi (**63.86€*** Tarif CNS-30 minutes: **7.66€ restent à charge du patient**).

En cas d'absence non signalée ou retard > à 15min, la consultation pourra être facturée.

(*tarifs 1er septembre 2023 avec «rapport initial» au médecin, rapport après suivis et après suivis de prolongation le cas échéant)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

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 ET pour l'une des pathologies prévues par les statuts de la CNS (annexe E).

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 fois (ou deux fois pour les codes D09, D10 et D15)

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

- s'il est prescrit dans les 6 mois après le 4^{ème} ZD13 ;
- dans les 18 mois après la date de l'ordonnance du traitement initial si au moins les ZD11, ZD12 et un ZD13 ont été prestés.

Une deuxième prolongation du traitement diététique peut être demandée par la médecin uniquement pour les codes de pathologie D09, D10 et D15.

VALIDATION DE L'ORDONNANCE ET TITRE DE PRISE EN CHARGE

Après avoir reçu l'ordonnance médicale, celle-ci **doit être validée auprès de la CNS dans le délai de 90 jours** de son émission. Cette validation se matérialise par un **titre de prise en charge**.

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

Si la demande de validation est faite par le diététicien : 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.

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

MODE DE PAIEMENT

Système du tiers payant (si c'est le diététicien qui a fait la demande du titre de prise en charge)

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

Avance des frais (si c'est l'assuré qui a fait la demande du titre de prise en charge)

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.