



Référence : 833x48d28

**Objet :** Texte coordonné des articles modifiés par le projet de loi modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; et 4° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

## CODE DE LA SECURITE SOCIALE

### Livre I<sup>er</sup> – Assurance maladie-maternité

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

##### *Assurance obligatoire*

**Art. 1<sup>er</sup>.** Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent:

- 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.

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;
- 6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilée exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;
- 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;
- 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 transitoire luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg;
- 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~~ **d'une allocation** au titre de la loi modifiée du ~~29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti~~ **28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** ;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;



- 17) les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes;
- 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;
- 19) les sportifs d'élite qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi du 3 août concernant le sport;
- 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;
- 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'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.

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.

#### *Assurance volontaire*

**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 **et qui ne peut bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie**, 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.

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.

Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'État 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.



Les conditions et modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

#### *Exemption et dispense de l'assurance*

**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.

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.

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

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. **Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

**Art. 5.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 1<sup>er</sup>, 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.

Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1<sup>er</sup>, 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~~ **l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales.** **Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

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 88, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1<sup>er</sup>, 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 1<sup>er</sup>, numéro 5).

## Chapitre II. - Objet de l'assurance

(...)

### *Indemnité pécuniaire de maladie*

**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'indemnité pécuniaire de maladie est due pendant les périodes de reprise progressive du travail accordée en vertu de l'article 14*bis*.

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~~ **L. 234-52** du Code du travail.

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

**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'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum ~~de référence~~.

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~~ **dix-huit 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.

**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.



### *Prestations de soins de santé*

**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 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;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 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 réhabilitation physique et post-oncologique ;**
- ~~11) 12)~~ **12)** les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- ~~12) 13)~~ **13)** les frais de transport des malades;
- ~~13) 14)~~ **14)** les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal;
- ~~14) 15)~~ **15)** les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental.

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.

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.

**Art. 20.** (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un État 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.

(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~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière** pour au moins une nuit, ou
- 2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les ~~centres~~ **réseaux** de compétences nationaux, **les centres de diagnostic**, les services nationaux et les établissements **hospitaliers** spécialisés **de réhabilitation neuropsychiatrique**, de rééducation **fonctionnelle**, ~~de convalescence~~, **de rééducation gériatrique, de réhabilitation physique et**



**post-oncologique** 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,~~ **nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, dont l'acquisition est soumise à l'obtention d'une autorisation ministérielle selon la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière,**

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 1<sup>er</sup> 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. 22ter.** Les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain, à l'exception ~~des préparations galéniques~~ **du prix des préparations de formules magistrales et officinales**, sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.



**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~~ **Les prestations à charge de l'assurance maladie** ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

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 recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.

### Chapitre III. – Financement

(...)

#### *Charge des cotisations*

(...)

**Art. 32.** En dehors de l'intervention de l'État 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 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 1), 2) et 3);
- par parts égales à l'État et aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, sous 7) et 12) et à l'article 2, alinéa 3;
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'Armée, le personnel du cadre policier de la Police, l'inspecteur général de la Police, l'inspecteur général adjoint de la Police et le personnel du cadre policier de l'Inspection générale de la Police, ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires, ~~et~~ le personnel du Centre de rétention **et le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État;**
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 8), 9), 10), 11) et 20);
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation;
- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 4) et 14);
- aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article;



- à l'État en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, sous 13), 15), 16), 17) et 19);
- entièrement à charge des personnes assurées en vertu de l'article 2;
- par parts égales à l'État ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> sous 18);
- entièrement à charge de la famille d'accueil pour les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> sous 21).

Le paiement des cotisations à charge des assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, point 14, incombe aux établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique, à l'Université du Luxembourg, aux établissements d'enseignement supérieur et centres de recherche établis et accrédités au Grand-Duché de Luxembourg.

#### *Assiette de cotisation*

**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

- 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;
- 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.

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

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

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.

Pour les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle visées à l'article 1er, alinéa 1, point 14, l'assiette cotisable est constituée par un tiers du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.



**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.

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.

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.

**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~~ **gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail.** 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~~ **à l'allocation d'inclusion au titre de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale,** au forfait d'éducation, à la rente accident partielle ou à l'assiette prévue à l'article 33, alinéa 5, à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable.

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

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.

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.

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.

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

#### Chapitre IV. – Organisation

(...)

*Caisse nationale de santé*

(...)

**Art. 46.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement:

- 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.

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

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 conseil d'administration 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.

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 conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

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.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

~~Le conseil d'administration 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~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale de santé en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**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 jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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 conseil d'administration. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.

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 conseil d'administration 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.

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

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, qui n'a pas d'effet suspensif, 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.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

#### *Les caisses de maladie*

(...)

**Art. 50.** Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le conseil d'administration se compose:

- 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.

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le conseil d'administration 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.

Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le conseil d'administration 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.



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

Lors de sa constitution, le conseil d'administration 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 conseil d'administration. 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 conseil d'administration. Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par le vice-président. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par un employé supérieur de l'entreprise.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du Conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**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 conseil d'administration 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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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 21) fait l'objet d'une décision du président du conseil d'administration 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.

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*

(...)

**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.

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 incluses, 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 1<sup>er</sup>, alinéa 2, **sous point 3.**, L. 121-5 et L. 122-11 du Code du travail ; **la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue.**

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:

- 1) du congé pour raisons familiales;
- 2) du congé d'accompagnement.

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

- 1) de statuer sur le budget annuel;
- 2) de fixer les taux de cotisation, sans préjudice des dispositions de l'article 55;
- 3) d'établir et de modifier les statuts;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan;
- 5) de gérer le patrimoine;
- 6) de prendre les décisions concernant le personnel;
- 7) d'établir son règlement d'ordre intérieur;
- 8) d'établir un code de conduite.

Les décisions prévues aux points 1) à 4) et 7) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le règlement d'ordre intérieur est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le code de conduite et le décompte annuel sont publiés sur le site internet de la Mutualité des employeurs.

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.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**



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.

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

(...)

**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.

(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) Les données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer une durée de conservation plus courte en fonction de l'utilité et de la pertinence de la**



**donnée pour l'état de santé du patient. Cette durée peut être modifiée d'un commun accord par la suite selon l'évolution de l'état de santé du patient.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer que certaines données médicales jugées utiles et pertinentes à vie pour l'état de santé du patient, sont conservées jusqu'à la fermeture du dossier de soins partagé.**

~~(6)~~ (7) 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, **de fermeture** 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 résidents;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre État membre un autre État 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*

**Art. 61.** Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre L. 27.7.92 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.

Il est conclu une convention distincte:

- 1) pour les médecins ;
- 2) pour les médecins-dentistes ;
- 3) séparément pour les différentes professions de la santé ;



- 4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ;
- 5) pour les établissements de cures thérapeutiques ~~et les centres de convalescence~~ ;
- 6) pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière ;
- 7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses ;
- 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 ;
- 13) pour les psychothérapeutes.

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.

**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.

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.

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~~ **sont fixées par voie de règlement grand-ducal.**

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.

**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 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 État 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;
- 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;
- 4) les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé et la périodicité de négociation de ces tarifs;
- 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;
- 6) les engagements relatifs au respect de la précision du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- 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 65*bis*;
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 419 ;
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) les rapports avec le médecin référent.

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.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, ~~sous points 3), et 12) et 13)~~, la convention détermine en outre obligatoirement:

- 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.

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.

~~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.~~

**Les conventions et leurs avenants sont soumis à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, avant leur publication prévue à l'article 70, paragraphe 3.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les adaptations conventionnelles de la valeur de la lettre-clé sont notifiées 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, paragraphe 1<sup>er</sup>.**

**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.

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.

(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~~ **tenant lieu de** 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 extra-hospitalier sous le régime du contrat de travail ou



d'entreprise. Les conventions et les sentences arbitrales sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme coordonnée.

#### *Relations avec le secteur hospitalier*

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

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 tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

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.

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~~ **prestataire de soins** 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~~ **le prestataire de soins** des activités dûment autorisées en application de la ~~législation hospitalière~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes ~~au plan hospitalier~~ **à la planification hospitalière** 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.

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.



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.

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~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.**

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 extrahospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médicotechnique de l'établissement hospitalier en question.

Chaque ~~hôpital~~ **prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2** 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.

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.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies sur le territoire luxembourgeois à un assuré d'un autre État 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~~ **les prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 appliquent** un coût calculé sur base des critères visés à l'alinéa 9.

**Art. 76.** Sous réserve des dispositions légales et réglementaires régissant les ~~hôpitaux~~ **établissements hospitaliers** 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'œuvre 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 prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2**;
- 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.

**Art. 77.** Annuellement avant le 1<sup>er</sup> avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux **hôpitaux prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque ~~établissement hospitalier~~ **prestataire de soins** soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1<sup>er</sup> 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~~ **des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2, dont un du prestataire de soins 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.

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~~ **prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2**. 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 1<sup>er</sup> mars.

**Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque ~~hôpital~~ **prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2** 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.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles ~~de l'hôpital~~ **des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

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

**Art. 79.** Le budget peut être rectifié, à la demande ~~de l'hôpital~~ **des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** 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.

Tout différend est porté par la partie la plus diligente avant le 1<sup>er</sup> 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.

Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif.

## Livre II – Assurance accident

### Chapitre I. – Champ d'application

#### *Section 1.- Personnes assurées*

(...)

**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.

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, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**



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.

### *Section 2.- Risques couverts*

(...)

**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.

Les enquêtes sont menées par les fonctionnaires **assimilés aux fonctionnaires de l'État** et employés ~~statutaires~~ **assimilés aux employés de l'État** 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**

### *Section 1.- Prestations en nature*

**Art 98.** (1) 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 et sans tenir compte des participations de l'assuré.

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'Association d'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'Association d'assurance accident.

(2) Sont pris en charge intégralement au sens du paragraphe 1<sup>er</sup>:

- a) les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1<sup>er</sup> et 2;
- b) les tarifs pour les prothèses dentaires et l'orthodontie sur devis préalable et jusqu'à concurrence d'un maximum à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident en fonction des honoraires moyens facturés par les médecins-dentistes;
- c) les prestations de soins dentaires sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 180 euros par dent;
- d) les tarifs des actes et services des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des psychomotriciens fixés conformément à l'article 66, alinéas 1<sup>er</sup> et 2;
- e) les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéa 1<sup>er</sup>;



- f) les forfaits pour cures de convalescences et cures thérapeutiques inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65;
- g) les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation rendues aux assurés;
- h) les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65;
- i) les greffes d'organes;
- j) la prise en charge des médicaments repris sur la liste positive établie sur base de l'article 22;
- k) lorsque l'accident a provoqué une lésion des yeux ou une lésion corporelle, les verres de lunettes et les lentilles de contact jusqu'à concurrence des montants moyens facturés par les fournisseurs, les montures étant prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident;
- l) les produits sanguins;
- m) les soins hospitaliers;
- n) les dispositifs médicaux et fournitures diverses visés à l'article 22, paragraphe 4, et délivrés dans les pharmacies.

Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge des prestations énumérées sous les lettres a) à n).

~~(3) Les prestations en nature suivantes sont prises en charge directement par l'Association d'assurance accident:~~

~~a) sur demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins;~~

~~b) sans demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public aux convocations par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci. Ces frais sont pris en charge de façon forfaitaire sans pouvoir dépasser les frais réels;~~

~~c) les frais de voyage d'une personne accompagnante sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aucun certificat n'étant requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.~~

~~Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge ainsi que les forfaits visés à la lettre b).~~

**(6) Le droit aux prestations en nature des gens de mer visés à l'article 85, alinéa 1<sup>er</sup>, 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.**

~~(4) L'Association d'assurance accident rembourse, sur présentation des factures acquittées et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les frais de séjour de l'assuré ou de la~~



~~personne accompagnante, jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé et à condition de ne pas avoir été pris en charge à titre de prestation en nature. Pour la prise en charge des frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante, le demandeur doit obligatoirement présenter un certificat médical dûment motivé. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.~~

**(7) Si, après évaluation par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'assuré est à considérer comme dépendant au sens des articles 348 et 349 et si son état de dépendance est imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les montants des aides techniques et des adaptations au logement pris en charge par l'assurance dépendance peuvent être portés au double sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance à charge de l'Association d'assurance accident, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé.**

~~(5) L'Association d'assurance accident prend en charge, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le rapatriement d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, d'une clinique étrangère vers un établissement hospitalier du pays de résidence de la victime 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. Cette disposition s'applique également si la victime est décédée à l'étranger.~~

**(8) Les prestations prévues aux paragraphes 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.**

~~(6) 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) Les prestations en nature suivantes sont prises en charge directement par l'Association d'assurance accident:**

- a) sur demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins;**
- b) sans demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public aux convocations par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci. Ces frais sont pris en charge de façon forfaitaire sans pouvoir dépasser les frais réels;**



**c) les frais de voyage d'une personne accompagnante sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aucun certificat n'étant requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.**

**Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge ainsi que les forfaits visés à la lettre b).**

~~(7) Si, après évaluation par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'assuré est à considérer comme dépendant au sens des articles 348 et 349 et si son état de dépendance est imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les montants des aides techniques et des adaptations au logement pris en charge par l'assurance dépendance peuvent être portés au double sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance à charge de l'Association d'assurance accident, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé.~~

**(4) L'Association d'assurance accident rembourse, sur présentation des factures acquittées et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les frais de séjour de l'assuré ou de la personne accompagnante, jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé et à condition de ne pas avoir été pris en charge à titre de prestation en nature. Pour la prise en charge des frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante, le demandeur doit obligatoirement présenter un certificat médical dûment motivé. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.**

~~(8) Les prestations prévues aux paragraphes 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.~~

**(5) L'Association d'assurance accident prend en charge, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le rapatriement d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, d'une clinique étrangère vers un établissement hospitalier du pays de résidence de la victime 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. Cette disposition s'applique également si la victime est décédée à l'étranger.**

**(9) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre indice applicable au moment du paiement.**

**(10) Les statuts de l'Association d'assurance accident peuvent préciser les modalités de la prise en charge prévue aux paragraphes ~~4 à 8~~ 3 à 5, 7 et 8.**



**Art. 99.** (1) Si l'accident a donné lieu à une lésion corporelle, l'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires auxquels peut avoir donné lieu l'accident. Les dommages causés aux prothèses sont pris en charge même dans le cas où l'accident n'a pas donné lieu à une lésion corporelle.

(2) Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels est remboursé sur présentation de la facture, déduction faite du taux d'amortissement à fixer par les statuts. À défaut de présentation d'une facture, la prise en charge du remboursement se fait de façon forfaitaire, **déduction faite du taux d'amortissement statutaire**, les forfaits étant fixés par les statuts de l'Association d'assurance accident.

(3) 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 fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de trajet et à sept fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de travail. Cette indemnisation ne s'opère que dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre.

Les personnes visées à l'article 91, point 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.

Le dégât au véhicule automoteur visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. Les frais de réparation sont remboursés intégralement sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

À défaut d'expertise, l'Association d'assurance accident détermine la valeur du véhicule avant l'accident de façon forfaitaire par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion. Dans ce cas, les frais de réparation ne sont remboursés que jusqu'à cette valeur.

En cas d'abandon du véhicule, le prix de vente de l'épave est porté en déduction de la valeur du véhicule visée à l'alinéa précédent. À défaut d'une preuve attestant le prix de vente de l'épave, la valeur du véhicule est diminuée d'un montant forfaitaire de 110 euros 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 ainsi que tout autre dégât causé aux biens d'un tiers ne sont pas pris en charge.

(4) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre-indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.



(5) 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~~ soixante-dix-huit premières semaines*

(...)

**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~~ **Le paragraphe 5** de l'article 98 est applicable.

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

(...)

**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.

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.

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, réduits pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

~~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. Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. 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.~~



~~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.~~ **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 conformément à ce qui précède, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu.**

#### Chapitre IV. – Responsabilités et immunités

(...)

**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.

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.

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.

Au cas où l'assuré ~~à~~ **ou ses ayants droit ont** 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. 144.** Le conseil d'administration peut ~~nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Le règlement d'ordre intérieur détermine la composition et les attributions des commissions ainsi que les modalités de la nomination de leurs membres~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de l'Association d'assurance accident en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**



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

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

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

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

## Chapitre VI. – Financement

### *Section 1.- Régime général*



(...)

**Art. 151.** A l'exception de la cotisation pour l'assurance volontaire prévue à l'article 89, la dette de cotisation naît à la fin de chaque mois et la cotisation est perçue chaque mois.

**Art. 156.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum prévu pour ~~un salarié~~ **un travailleur** non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, **gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail.**

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

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.

### **Livre III – Assurance pension**

#### **Chapitre I. - Étendue de l'assurance**

##### *Assurance obligatoire*

(...)

**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:

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;

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.

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;
- 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;
- 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. Les parents désignent le bénéficiaire de la période d'assurance ou, le cas échéant, se prononcent pour le partage de la période au moyen d'une demande commune. Cette décision ne peut être modifiée. A défaut d'un accord entre les parents et en absence de la preuve rapportée par le parent demandeur qu'il a assumé exclusivement l'éducation de l'enfant, ladite période est partagée par moitié entre les deux parents.~~ 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;
- 8) les périodes accomplies dans un pays en voie de développement conformément à la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement;



- 9) les périodes prévues à la loi du 25 février 1967 ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant et à 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;
- 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;
- 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 œuvrant 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;
- 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.
- 17) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
- 18) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a une activité sportive d'élite conformément à la loi du 3 août 2005 concernant le sport;
- 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~~ **d'inclusion conformément à l'article 6, alinéa 3 de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale;**
- 20) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié du revenu pour personnes gravement handicapées conformément à l'article 27bis de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

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 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.

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.

#### *Assurance continuée*

**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 de~~ **l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** 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.

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.

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.

#### *Achat de périodes*

**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 d'un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un **seul** achat rétroactif **sur une même période**, 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.

Le conjoint créancier au titre de l'article 252, paragraphe 2 du Code civil peut effectuer un achat rétroactif par mois entiers pour la période du mariage pendant laquelle l'abandon ou la réduction de l'activité professionnelle a eu lieu sur base d'une cotisation déterminée en



fonction du montant visé à l'article 252, paragraphe 1<sup>er</sup> du Code civil, augmenté de la charge de l'État telle que définie à l'article 239 du Code de la sécurité sociale.

Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes.

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.

#### *Exemption et dispense de l'assurance*

(...)

**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.

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. **Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

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

**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.

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 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~~ **de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales.** **Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

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.

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).

## **Chapitre II. - Objet de l'assurance**

(...)

### *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~~ **de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** 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.

### *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~~ **de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** 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.

#### *Cessation de la pension*

(...)

**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.

Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension ~~d'invalidité~~ **personnelle**.

#### *Définition des bases de calcul*

(...)

**Art. 221.** La base de référence annuelle servant au calcul des majorations proportionnelles spéciales visée à l'article 216 est définie comme suit:

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, 173**bis** 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 des cotisations auraient été portées en compte simultanément au titre des articles 171, 173, 173**bis** 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.

En aucun cas, la base de référence ne peut dépasser le quintuple du montant de référence prévu à l'article 222.



**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.

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.

Ce modérateur de réajustement est fixé à 1 à partir de l'année 2012.

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.

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.

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~~ **de la Caisse nationale d'assurance pension**. Un règlement grand-ducal fixe annuellement la prime de répartition pure de l'année précédente.

*Concours de pensions avec d'autres revenus*

(...)

**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 1<sup>er</sup> 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~~ **d'un conjoint survivant, d'un partenaire survivant** 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.

### **Chapitre III. – Voies et moyens**



(...)

### *Assiette de cotisation*

**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.

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 gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail~~, 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.

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.

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.

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.

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.



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.

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.

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.

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.

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.

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.

**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.

## **Chapitre IV. - Organisation de l'assurance**

### *Gestion de l'assurance pension*

(...)

**Art. 252.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement :

- 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.

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

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 conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

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.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 253.** Le conseil d'administration peut ~~nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale d'assurance pension en charge du**



**sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

~~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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

#### *Fonds de compensation*

(...)

**Art. 262.** Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose:

- 1) du président du conseil d'administration 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.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

Le mode de désignation des délégués des assurés et des employeurs et de leurs suppléants est déterminé par règlement grand-ducal.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension. En cas d'absence du président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension, il est remplacé par le fonctionnaire qu'il a désigné à cet effet conformément à l'article 254, alinéa 2.



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.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

## **Livre IV – Prestations familiales et indemnité de congé parental**

### **Chapitre IV – Allocation de naissance**

#### *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'État.~~

(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 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 périnataux 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.

**Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal.**

(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)~~ **269, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, point 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.

## Chapitre VI – Dispositions communes aux prestations

(...)

*Contestations et recours*



**Art. 316.** Toute question de prestations peut faire l'objet d'une décision du président du conseil d'administration 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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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 à l'alinéa 1 vaut audition de l'intéressé.

Les décisions du conseil d'administration 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.

### Chapitre VIII – Organisation de la caisse

(...)

**Art. 333.** Le président est un fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement. Les autres membres du conseil d'administration 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.

Les décisions du conseil d'administration de la Caisse sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la



réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

Le conseil d'administration peut ~~nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Le règlement d'ordre intérieur détermine la composition et les attributions des commissions ainsi que les modalités de la nomination de leurs membres~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse pour l'avenir des enfants en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

## Livre V – Assurance dépendance

### Chapitre III. – Organisation

#### *Organisme gestionnaire*

(...)

**Art. 381.** L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

Dans le cadre de l'assurance dépendance, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a pour mission:

- 1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408bis et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;
- 2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408bis;
- 3) de statuer sur le budget annuel;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance dépendance;
- 5) 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;
- 6) de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

Les décisions prévues aux points 3) et 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.

Dans les matières visées ci-dessus, le conseil d'administration délibère en l'absence des délégués visés à l'article 46, alinéa 1, sous 8).



Les décisions du conseil d'administration 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. 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 conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

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.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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.

Conformément à l'article 47, alinéa 5 6, le président de la Caisse nationale de santé met en œuvre les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

**Art. 382.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance dépendance 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 jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

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.



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.

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.

Les décisions prises en matière de prestations par le conseil d'administration sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

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.

Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code.

#### **Chapitre IV. - Relations avec les prestataires d'aides et de soins**

##### *Conventions-cadre*

**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.

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. **L'article 62 est applicable.**

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;
- 2) les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et qualification du personnel visées à l'article 387bis;
- 3) l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année;
- 4) les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification;
- 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;



- 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;
- 7) les modalités de la coordination des aides et soins et de tous les services autour de la personne dépendante, ainsi que les modalités de coopération entre les différents intervenants.

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.

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 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.

~~L'article 62 du présent code est applicable.~~ **Les articles 61, alinéa 3, 68 à 70 sont applicables.**

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.

Les conventions-cadre sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme d'un texte coordonné

## **Livre VI – Dispositions communes**

### **Titre premier – Organisation de la sécurité sociale**

#### **Chapitre I<sup>er</sup> – Institutions de sécurité sociale**

##### *Situation juridique des institutions de sécurité sociale*

(...)

**Art. 397.** Le président de l'institution de sécurité sociale 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.



Les actes posés par le président et le conseil d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale.

Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire de l'État ~~ou un~~ fonctionnaire ~~dirigeant~~ y assimilé **ou un employé assimilé à un employé de l'État** de l'institution de sécurité sociale.

### *Personnel*

**Art. 404.** Le personnel des institutions de sécurité sociale comprend des fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, des employés assimilés aux employés de l'Etat ainsi que des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Le statut du personnel des institutions de sécurité sociale est régi par les dispositions légales et réglementaires applicables aux fonctionnaires de l'Etat, aux employés de l'Etat et aux salariés de l'Etat, sous réserve des modalités particulières concernant notamment la formation, les examens, la nomination, la cessation des fonctions et la mise à la retraite, 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 du personnel et fixe un nombre limite pour l'effectif affecté à chacune de ces institutions.

Un ou plusieurs premiers conseillers de direction 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 pour l'avenir des enfants et du Centre commun de la sécurité sociale, dont le nombre pour chacune de ces institutions est fixé par le règlement grand-ducal visé à l'alinéa 1. Les traitements et pensions des fonctionnaires sont pris en charge par les institutions conformément à l'article 408.

Les fonctionnaires ~~de l'Etat, et employés publics~~ **les fonctionnaires y assimilés et les employés assimilés aux employés de l'Etat** 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. »

### *Surveillance*

(...)

**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 **la décision d'annulation** du ministre de tutelle. ~~qu'elle saisit aux fins d'annulation.~~



Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la **décision de suspension**. ~~Celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations à l'Inspection générale de la sécurité sociale~~ 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~~ **Si les motifs de la suspension sont confirmés par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les quarante jours à partir de la communication au président, elle saisit le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions aux fins d'annulation de la décision.**

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.

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.

## Chapitre II – Centre commun de la sécurité sociale

**Art. 413.** L'institution de sécurité sociale dénommée " Centre commun de la sécurité sociale " a pour missions:

- 1) l'affiliation des assurés d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale;
- 2) le calcul, la perception et le recouvrement des cotisations de sécurité sociale ainsi que, sur demande des chambres professionnelles, des cotisations qui leur sont légalement dues;
- 3) la comptabilisation des cotisations et la répartition de celles-ci entre les différentes institutions et chambres professionnelles;
- 4) la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale **et du Fonds nationale de solidarité** ;
- 5) l'organisation de l'informatisation, le développement et l'implémentation des applications informatiques, la mise à disposition de l'infrastructure informatique, l'exploitation informatique et la gestion de la sécurité informatique pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces établissements publics et administrations;
- 6) la centralisation et le traitement informatique des données pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, des administrations prévues au point 5), de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale et des administrations compétentes pour l'application des régimes spéciaux de pensions dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces établissements publics et administrations;
- 7) la réalisation de projets et d'études lui confiés dans le cadre de ses missions par les établissements publics et administrations prévus au point 6);



- 8) la fourniture à l'Inspection générale de la sécurité sociale de toutes données nécessaires à l'accomplissement de ses missions;
- 9) 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;
- 10) la mise à disposition aux assurés et aux ayants droit d'un titre de légitimation sur support matériel ou électronique.

L'organisation et le fonctionnement du Centre ainsi que ses relations avec les institutions de sécurité sociale sont précisés par règlement grand-ducal.

**Art. 414.** Le Centre est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration comprenant:

- 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~~ **de la Caisse pour l'avenir des enfants** 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.

Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président de l'Association d'assurance accident.

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

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**



Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

### Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale

(...)

**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.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la ~~loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**, 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.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60*bis* sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

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.

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.

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.

### Titre II – Fonctionnement de la sécurité sociale

#### Chapitre I<sup>er</sup> – Affiliation et perception des cotisations



(...)

**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.

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.

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.

~~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'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.

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.

## Chapitre II – Prestations

(...)

*Saisissabilité et cessibilité des droits*



**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, 230, 235, 359 et 385 du Code civil.

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.~~

#### Chapitre IV – Recours

(...)

*Notifications*

(...)

**Art. 459.** Les décisions prises en application des articles 9 à 16, ~~et 97, alinéa 2, sous points 2) et 3) 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.

**En ce qui concerne les décisions prises en application de l'article 187 du présent code, il y a lieu de communiquer à l'employeur les décisions d'octroi.**

#### CODE DU TRAVAIL

**Art. L.234-52.** La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit:

- douze jours par enfant si l'enfant est âgé de zéro à moins de quatre ans accomplis;
- dix-huit jours par enfant si l'enfant est âgé de quatre ans accomplis à moins de treize ans accomplis;
- cinq jours par enfant si l'enfant est âgé de treize ans accomplis jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis et hospitalisé.

Pour les enfants visés au troisième alinéa de l'article L.234-51 la durée du congé pour raisons familiales est portée au double par tranche d'âge.

Le congé pour raisons familiales peut être fractionné.



Les deux parents ne peuvent prendre le congé pour raisons familiales en même temps.

La durée du congé pour raisons familiales peut être prorogée, ~~sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale~~, pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle, à définir par règlement grand-ducal. La durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines qui prend fin la veille du premier jour couvert par le certificat médical visé à l'article L.234-53.

## **LOI MODIFIEE DU 15 DECEMBRE 1993 DETERMINANT LE CADRE DU PERSONNEL DES ADMINISTRATIONS, DES SERVICES ET DES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE**

**Art. 5.** (1) L'administration du contrôle médical de la sécurité sociale, dénommée conformément à l'article 341 du code de la sécurité sociale « Contrôle médical de la sécurité sociale » et désignée ci-après par « contrôle médical », est confiée à un médecin-directeur qui en est le chef et qui a sous ses ordres le personnel visé au présent article ainsi qu'aux articles 6 et 7 suivants.

Le cadre du personnel du contrôle médical comprend un médecin-directeur, un médecin-directeur adjoint, des médecins, des médecins dirigeants, **des médecins-dentistes**, des pharmaciens-inspecteurs, des pharmaciens-inspecteurs dirigeants et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

(2) Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 1) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation du stage et l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonnée la nomination définitive dans la carrière supérieure du médecin et du pharmacien sont celles déterminées par la réglementation concernant le recrutement et le stage du personnel sanitaire du cadre supérieur des services de la santé, de la sécurité sociale et du travail, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat et de celles fixées par le présent article.

Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 2) a) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation du stage et l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonnée la nomination définitive dans la carrière moyenne de l'assistant social ou de l'assistant d'hygiène sociale sont celles déterminées par la réglementation concernant l'admission, la nomination et la promotion du personnel paramédical de l'Etat, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat.

Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat les conditions de nomination aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 2) b) et 3), ainsi que les modalités d'un examen de promotion auquel est subordonné l'avancement aux



fonctions supérieures à celles de respectivement rédacteur principal et commis adjoint sont déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra dispenser de l'examen de promotion prévu les fonctionnaires qui ont déjà réussi cette épreuve dans leur administration d'origine.

Sont nommés par le Grand-Duc les fonctionnaires des grades supérieurs à ceux de rédacteur principal.

Le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale nomme aux autres fonctions.

(3) En cas d'intégration dans les cadres prévus au présent article de fonctionnaires ou employés publics d'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de sécurité sociale, il sera procédé pour la fixation du traitement à une reconstitution de carrière en tenant compte des années passées et des grades occupés auprès de l'administration d'origine, déduction faite de la période de stage légal. La disposition de l'article 7, paragraphe 6 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat n'est pas applicable.

Les employés de l'Etat à tâche complète et les employés privés à tâche complète d'une association sans but lucratif ou d'une œuvre d'utilité publique, gestionnaires d'une institution sociale et financées par l'Etat dans le cadre d'une convention, qui remplissent les conditions d'études requises pour l'admission à la carrière d'assistant d'hygiène sociale ou d'assistant social et qui peuvent faire valoir au moins cinq années de service à tâche complète dans le domaine du travail social, soit en qualité d'employé de l'Etat, soit en qualité d'employé privé d'une des associations ou œuvres sus-visées bénéficient en cas d'admission au stage auprès du contrôle médical d'une réduction du stage. Cette réduction du stage, accordée par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, sur avis du ministre de la fonction publique, ne peut dépasser une année.

## **LOI DU 28 JUILLET 2000 AYANT POUR OBJET LA COORDINATION DES REGIMES LEGAUX DE PENSION**

### **Chapitre I – Définitions**

**Art. 1<sup>er</sup>.** Aux fins de l'application de la présente loi est considéré comme régime général le régime général d'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie visé par le livre III du Code de la sécurité sociale.

~~Sont~~ **Est** considérés comme régimes ~~spéciaux~~ **spécial** transitoires les régimes de pension régis par la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, par la loi modifiée du 16 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et des établissements publics placés sous la surveillance des communes ou par l'arrêté grand-ducal modifié par la loi du 27 août 1957



~~approuvant le règlement sur la pension des agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois~~ **25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.**

Sont considérés comme régimes spéciaux les régimes de pension régis par la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

**Art. 2.** Sont qualifiés d'organismes au titre de la présente loi:

1° la Caisse **nationale d'assurance de pension** ~~visée à l'article 250 du Code de la sécurité sociale~~ en ce qui concerne le régime général;

2° ~~l'administration du personnel de l'État,~~ **le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État**, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et les établissements publics en ce qui concerne les régimes ~~spéciaux~~ **spécial** transitoires;

3° ~~l'administration du personnel de l'État~~ **le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État**, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, et la société nationale des chemins de fer luxembourgeois en ce qui concerne les régimes spéciaux;

4° la Banque centrale du Luxembourg en ce qui concerne le régime correspondant au statut de ses agents.

Est qualifié d'organisme compétent au sens du chapitre II de la présente loi, l'organisme du régime spécial transitoire auquel l'assuré était soumis, à l'exclusion de tout organisme du régime général. Si l'intéressé était soumis simultanément ou successivement ~~à deux~~ **au** régimes ~~spéciaux~~ **spécial** transitoires relevant de deux organismes, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu.

Est qualifié d'organisme compétent au sens du chapitre III de la présente loi, l'organisme du régime auquel l'assuré était soumis en dernier lieu. Si l'assuré était soumis en dernier lieu simultanément à deux régimes, l'organisme compétent est celui de l'activité principale.

Est considérée comme activité principale celle dont le revenu est le plus élevé, sinon la plus ancienne.

## **Chapitre II - Coordination du régime général et des du régimes spéciaux spécial transitoires**

*Champ d'application*



**Art. 3.** Le présent chapitre s'applique toutes les fois qu'une personne a été soumise de façon successive ou concomitante au régime général et à ~~un ou plusieurs régimes spéciaux transitoires~~ **au régime spécial transitoire relevant d'un ou de plusieurs organismes.**

*Assurance rétroactive*

**Art. 4.** Toute personne relevant du champ d'application ~~d'un~~ du régime spécial transitoire et qui, pour quelque motif que ce soit,

- quitte le service de l'État, d'un établissement public, de la société nationale des chemins de fer ou d'un employeur relevant de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux sans avoir droit à pension auprès ~~d'un~~ du régime spécial transitoire ~~afférent~~,  
ou
- est déchu de tout droit à pension, ou
- décède sans avoir accompli le stage d'affiliation,

est assurée rétroactivement conformément à l'article 171 du Code de la sécurité sociale auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pour les périodes qui auraient été computables pour le calcul des pensions dans le régime spécial transitoire. Ces périodes sont prises en compte pour leur durée effective.

De même, le fonctionnaire, l'agent ou l'employé qui a droit à une pension différée auprès ~~d'un~~ du régime spécial transitoire ainsi que le député ou conseiller d'État visé par l'article ~~55.II.5. de la loi précitée du 26 mai 1954~~ **61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** peuvent opter pour l'application du présent article. Le délai d'option court jusqu'au jour de l'entrée en jouissance effective de la pension. Cette option est irrévocable. Elle doit être effectuée par écrit auprès de la Caisse nationale d'assurance pension qui informe dans ce cas l'organisme du régime spécial transitoire compétent.

**Art. 5.** Les rémunérations effectives qui correspondent aux périodes visées à l'article 4 sont mises en compte dans les limites du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension, sans préjudice des dispositions de l'article ~~55.II.5. de la loi précitée du 26 mai 1954~~ **61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.**

Pour les périodes de congé sans traitement, ~~de congé pour travail à mi-temps de service à temps partiel~~ et de congé parental visées à l'article ~~9.1.a). 9. 4 I. a) 6. et 7. de la loi précitée du 26 mai 1954~~ **et aux dispositions afférentes de la législation régissant les autres régimes spéciaux transitoires modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** et computables pour la pension dans ~~ces~~ **les régimes concernés**, sont mis en compte respectivement le dernier traitement atteint avant le début du congé sans traitement ou du congé parental et le montant ~~double~~ du traitement ~~perçu pendant~~



**correspondant à une tâche complète pour** la période de travail ~~à mi-temps~~ **à temps partiel** ou du congé parental à temps partiel.

L'assurance rétroactive ouvre droit au remboursement des cotisations conformément à l'article 213 du Code de la sécurité sociale. Elle n'ouvre pas droit au remboursement de cotisations pour cessation prématurée de l'assurance.

**Art. 6.** Au moment de l'affiliation rétroactive auprès de la Caisse nationale d'assurance pension, l'organisme compétent du régime spécial transitoire procède à un transfert de cotisations pour l'ensemble des périodes visées à l'article 4.

Les cotisations sont calculées sur la base des rémunérations mises en compte conformément à l'article 5 et selon les taux de cotisation successivement appliqués d'après l'ancien régime de pension des employés privés et d'après le livre III du Code de la sécurité sociale. Le montant nominal des cotisations ainsi déterminé est augmenté des intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de chaque année de service.

En cas de cessation de l'activité soumise au régime spécial transitoire, l'organisme compétent saisit la Caisse nationale d'assurance pension, sauf lorsqu'il existe un droit à pension différée.

En cas de rentrée ultérieure dans le secteur public, le transfert de cotisations opéré ne porte pas préjudice au caractère initial des services ayant donné lieu à assurance rétroactive.

L'assurance rétroactive n'ouvre pas droit à la restitution de la retenue pour pension opérée au-delà du maximum cotisable.

#### *Totalisation des périodes d'assurance*

**Art. 7.** Pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à pension dans le régime général, les périodes de service qui sont computables pour ~~le calcul~~ **l'ouverture du droit de** à la pension dans le régime spécial transitoire sont assimilées à des périodes d'assurance au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, pour autant qu'elles ne se superposent pas à des périodes visées aux articles 171, 172, 173, 173bis et 174 du même code.

**Art. 9.** Lorsqu'une personne passe du régime général ~~à un~~ **au** régime spécial transitoire, les cotisations versées au régime général pour les périodes qui sont prises en considération par le régime spécial transitoire sont transférées par l'organisme de pension auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu à l'organisme appelé à les prendre en charge.

Les cotisations versées pour des périodes d'affiliation qui ont donné lieu à prestation ou à remboursement de cotisations ne peuvent être transférées, à moins que ces dernières cotisations n'aient été restituées ou que les droits y attachés n'aient revécu. Sauf en cas d'assurance rétroactive ultérieure, les périodes correspondant aux cotisations transférées n'ouvrent plus droit à prestation dans le régime général.



La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article 6 est applicable.

#### *Cumul de plusieurs activités*

**Art. 9bis.** Si une personne relevant ~~d'un~~ du régime spécial transitoire, exerce une activité accessoire soumise à l'assurance au titre de l'article 171, alinéa 1, point 2 du Code de la sécurité sociale, les revenus se rapportant à cette activité ne sont pris en compte que jusqu'à concurrence du maximum prévu à l'article 241, alinéa 3, du même code compte tenu de la rémunération prise en compte pour la détermination de la retenue pour pension. N'est pas considéré comme activité accessoire au sens du présent article, l'exercice du mandat de membre de la Chambre des Députés, du mandat de membre du Parlement européen ou de la fonction de membre du Conseil d'État.

#### *Cumuls de prestations*

**Art. 10.** En cas d'ouverture des droits à pension sous ~~un~~ le régime spécial transitoire, les revenus cotisables correspondant aux périodes d'assurance accomplies dans le régime général qui ne sont pas prises en considération par le régime spécial transitoire donnent lieu à des prestations conformément à l'article 12 pour autant que les conditions d'attribution soient réalisées dans le régime général compte tenu de l'application de l'article suivant.

**Art. 12.** En cas d'ouverture d'un droit à pension dans le régime spécial transitoire et dans le régime général, la pension du régime spécial transitoire est calculée suivant les dispositions légales afférentes. La part de pension du régime général se limite aux majorations proportionnelles, aux majorations proportionnelles spéciales, le cas échéant, ainsi qu'aux majorations de l'assurance supplémentaire et correspondant aux revenus cotisables dont les périodes n'ont pas été prises en charge par le régime spécial transitoire. Sous réserve de l'application de l'alinéa final du présent article, l'allocation de fin d'année est déterminée en fonction des années accomplies dans le régime général de pensions.

Pour autant que des majorations proportionnelles et proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations spéciales allouées par le régime spécial transitoire pour une même période, les majorations spéciales sont réduites du montant de ces majorations. Si des majorations proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations du régime spécial transitoire, ces majorations sont réduites du montant des majorations proportionnelles spéciales échues pour la même période.

Le complément différentiel prévu par la loi modifiée du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces, déterminé au niveau du régime de pension le plus favorable, s'ajoute, le cas échéant, aux prestations ci-avant déterminées pour autant que les périodes correspondantes ne se superposent avec celles computables à un autre titre pour la pension auprès de l'un ou l'autre régime en cause.



Sauf en cas de concours d'une pension échue sur la base de l'article ~~55.II. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État~~ **61 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois**, la mise en compte de la part de pension du régime général ne peut avoir pour effet de porter l'ensemble des prestations, soit au-delà de la pension maximum prévue dans le régime spécial transitoire, soit, dans le cas où il s'avérerait plus favorable, au-delà de la pension maximum prévue à l'article 223 du Code de la sécurité sociale. L'excédent éventuel est retenu sur la pension du régime spécial transitoire.

**Art. 13.** Lorsque le bénéficiaire d'une pension du régime spécial transitoire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, la part correspondante de pension du régime général ne prend cours qu'à partir de l'âge de 65 ans.

**Art. 14.** La réduction prévue à l'article ~~54 point 3 de la loi précitée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État~~ **60, point 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** correspond à la différence entre la pension du régime général déterminée sans application de la présente loi et la prestation du régime général fixée conformément à l'article 12.

### Chapitre III - Coordination du régime général et des régimes spéciaux

(...)

#### *Calcul de la pension*

**Art. 19.** L'organisme compétent calcule l'ensemble de la pension et de l'allocation de fin d'années en appliquant les dispositions de sa propre législation aux périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous les différents régimes et aux autres périodes et durées prévues par ces dispositions, pour autant qu'elles ne se superposent pas. Toutefois, la disposition du régime général fixant le plafond de cotisation ne s'applique pas aux périodes d'assurance accomplies dans un régime spécial.

La charge de la pension est répartie entre les différents régimes auxquels l'intéressé a été soumis. La part de pension incombant à chaque régime est établie au prorata des majorations proportionnelles découlant des périodes d'assurance accomplies sous ce régime par rapport au total des majorations proportionnelles résultant de l'ensemble de la carrière d'assurance.

**Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant du régime général justifie d'une rémunération mise en compte au titre de l'article 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée**



conformément à l'article 38, alinéa 2 de la loi du 3 août 1998 précitée au moment de la cessation de l'activité professionnelle.

Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant d'un régime spécial justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée conformément à l'article 192, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'âge de soixante-cinq ans.

#### Chapitre IV - Dispositions communes

##### *Mise en compte des périodes d'éducation d'enfants*

**Art. 20.** Si l'un des parents est soumis au régime général et l'autre ~~à un~~ au régime transitoire spécial ou à un régime spécial, la période à mettre en compte du chef de l'éducation d'un enfant commun ne saurait dépasser celle à mettre en compte si les parents sont soumis à un seul régime de pension.

##### *Contestations*

(...)

**Art. 26.** Dans les litiges concernant l'assurance rétroactive, les organismes ~~des régimes spéciaux transitoires ou spéciaux~~ **du régime spécial transitoire ou des régimes spéciaux** sont mis en intervention pour déclaration de jugement commun.

**Art. 26bis.** Les créances réciproques entre les organismes prévus à l'article 2 se compensent d'après les règles du droit commun.