LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2022**

CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LOIS ET RÈGLEMENTS

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

Inspection générale de la sécurité sociale

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

LA SÉCURITÉ SOCIALE

CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
LOIS ET RÈGLEMENTS

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

Inspection générale de la sécurité sociale

2022

NOTE EXPLICATIVE

1. Le recueil « La Sécurité sociale » réunit le « Code de la sécurité sociale » proprement dit et de nombreux textes non codifiés présentant un lien direct avec la sécurité sociale.

   Le Code de la sécurité sociale est reproduit de façon complète. Pour la reproduction des lois et règlements, il s'agit d'une sélection de textes. Il y a lieu de relever que certains règlements ni formellement abrogés, ni formellement modifiés suite à l'introduction du statut unique ont été reproduits dans le présent Code dans leur dernière version.

   Le recueil est mis à jour jusqu'en janvier 2022.

2. La table chronologique des lois et des règlements contient seulement les textes en vigueur et non pas les textes abrogés.

3. Les chiffres se trouvant à gauche des textes légaux indiquent les alinéas. La numérotation n'a pas de caractère officiel.

   Les indications se trouvant à droite des textes légaux concernent, les premières le renvoi aux sources, les secondes le renvoi aux règlements pris et à la pasicrisie. Toutefois, certains règlements, notamment ceux concernant le statut des employés, n'ont pas été émargés.

   Les indications se trouvant à droite des textes réglementaires concernent le renvoi aux sources.

4. Les abréviations employées sont illustrées par les exemples suivants:

   L. 13.5.08 = Loi du 13 mai 2008

   L. 13.5.08, II = Loi du 13 mai 2008, article II

   L. 13.5.08,1 = Loi du 13 mai 2008, article 1er

   L. 13.5.08, 3, 4 = Loi du 13 mai 2008, article 3, point 4

   R. 31.5.54 = Arrêté grand-ducal du 31 mai 1954

   R. 31.12.07= Règlement grand-ducal du 31 décembre 2007

   R. 24.1.06 = Règlement ministériel du 24 janvier 2006

   A. 12.6.09 = Arrêté ministériel du 12 juin 2010

   P. VII, 259 = Pasicrisie luxembourgeoise, tome VII, page 259

5. En cas de contrariété des textes publiés dans le présent recueil et ceux publiés au Mémorial seuls ceux publiés au Mémorial ont force de loi.

6. Par l'article 2 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique (Mém. A 60 du 15 mai 2008, p. 790) la dénomination du « Code des assurances sociales » a été changé en « Code de la sécurité sociale ».

   L'article 9 de la même loi dispose que dans la mesure où la loi se réfère à « l'Union des caisses de maladie » ces termes sont remplacés par les termes « la Caisse nationale de santé ». Dans la mesure où la loi se réfère à « l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie » ces termes sont remplacés par les termes « comité directeur de la Caisse nationale de santé ».

   En vertu de l'article 15 de la même loi la Caisse nationale de santé est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers, de la Caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED, de la Caisse de maladie des employés privés, de la Caisse de maladie des employés de l'ARBED, de la Caisse de maladie des professions indépendantes et de la Caisse de maladie agricole. Sans préjudice des dispositions relatives au Fonds de compensation, la Caisse nationale d'assurance pension est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, de la Caisse de pension des employés privés, de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels et de la Caisse de pension agricole. Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants.

   Il a donc été tenu compte de ces modifications dans les textes reproduits ci-après.

7. En ce qui concerne les extraits du Code du travail reproduits dans le présent recueil, il a été tenu compte de l'article 8 paragraphe (1) de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique qui dispose que dans tout le Code du travail les termes « travailleurs », « employé privé », « employé » et « ouvrier » sont remplacés par le terme « salarié », pour autant qu'il s'agit d'un nom et qu'ils équivalent au terme de salarié, et les termes « rémunération » et « traitement » sont remplacés par le terme « salaire » pour autant qu'il s'agit d'un nom et qu'ils équivalent au terme salaire.

8. L'article 5 de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que dans la mesure où la loi se réfère au « Conseil arbitral des assurances sociales » ou au « Conseil supérieur des assurances sociales », ces termes sont remplacés par les termes « Conseil arbitral de la sécurité sociale » ou « Conseil supérieur de la sécurité sociale » (Mém. A 81 du 27 mai 2010).

9. L'article III de la loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe prévoit que: « Dans le Code du travail et dans le Code de la sécurité sociale le terme *«reclassement»* utilisé au sens de la procédure de reclassement interne

ou externe visé au Titre V du Livre V relatif à l'emploi de salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail du Code du travail est complété par le mot «*professionnel*». Dans le Code du travail et dans le Code de la sécurité sociale les termes «*rente d'attente*» sont remplacés par les termes «*rente professionnelle d'attente*» et les termes «*indemnité d'attente*» sont remplacés par les termes «*indemnité professionnelle d'attente*», à l'exception de l'article L. 512-4, alinéa 1, point 2. du Code du travail. »

10. L'article 6 de la loi du 29 août 2017 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; 3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État prévoit que: « Dans tous les textes de loi, de règlement et de conventions, la référence à la Cellule d'évaluation et d'orientation, ou à l'Inspection générale de la sécurité sociale - Cellule d'évaluation et d'orientation, s'entend comme référence à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. »

11. L'article 50 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale prévoit que: « (1) Toute référence au « Service national d'action sociale » s'entend comme référence à « l'Office national d'inclusion sociale ». (2) Toute référence au « Commissaire de gouvernement à l'action sociale » s'entend comme référence au « directeur de l'Office national d'inclusion sociale ».

12. L'article 4 de la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale prévoit que: « Dans tous les textes de loi, de règlement et de convention, la référence au « comité directeur » s'entend comme référence au « conseil d'administration ».

13. La loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale (JO, Mém. A 630 du 30 juillet 2018) a abrogé la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti. Dans tous les textes légaux et réglementaires utilisant les termes « revenu minimum garanti » il y a lieu de lire « revenu d'inclusion sociale ».

TABLE DES MATIÈRES

TABLE CHRONOLOGIQUE DES LOIS 15
TABLE CHRONOLOGIQUE DES RÈGLEMENTS 31

CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Livre Ier - Assurance maladie-maternité 57

Livre II - Assurance accident 107

Livre III - Assurance pension 129

Livre IV - Prestations familiales et indemnité de congé parental 171

Livre V - Assurance dépendance 187

Livre VI - Dispositions communes 213

LOIS

Assurance maladie 237

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail 239

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie 271

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide 279

Assurance pension 289

Loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre 291

Loi 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 305

Loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension 311

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 317

Loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension 347

Loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation 357

Loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle 359

Code civil 361

Prestations familiales 367

Loi du 20 juin 1977 ayant pour objet: 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance 369

Loi du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité 371

Loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales 373

Loi du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire 375

Loi du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation 377

Loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales 379

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail 381

Loi du 21 décembre 2007 portant création d'un boni pour enfant 391

Loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19 393

Chômage 397

Loi du 26 juillet 1975 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles et assurer le maintien de l'emploi 399

Loi du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet 401

Loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite 405

Loi du 25 avril 1995 ayant trait à l'octroi d'une indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage involontaire et en cas de chômage accidentel ou technique involontaire..... 407

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail 409

Revenu d'inclusion sociale et prestations diverses 445

Loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité 447

Loi du 13 juin 1975 portant création d'une allocation compensatoire en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions 457

Loi du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées 459

Loi du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité..... 461

Loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins..... 465

Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti 467

Loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation 469

Loi du 30 avril 2004 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit 473

Loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale 479

Divers 495

Loi du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes 497

Loi du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum 503

Loi du 25 avril 1974 portant institution d'une Inspection générale de la sécurité sociale 505

Loi du 15 décembre 1986 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale..... 507

Loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois 511

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..... 515

Loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement et l'action humanitaire 519

Loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées..... 527

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail 541

Loi du 28 novembre 2006 portant 1. transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique; 2. transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 3.modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal; 5. modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. 547

Loi du 19 décembre 2008 ayant pour objet la coopération interadministrative et judiciaire et le renforcement des moyens de l'Administration des contributions directes, de l'Administration de l'enregistrement et des domaines et de l'Administration des douanes et accises 551

Loi du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle, 2) à la promotion de la création artistique 555

Loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales 561

RÈGLEMENTS

Livre Ier Assurance maladie-maternité 565

Règlement grand-ducal du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code de la sécurité sociale..... 567

Règlement grand-ducal du 13 juillet 1993 concernant l'attribution d'un numéro d'ordre unique pour les listes de candidats présentées par la même organisation professionnelle, le même syndicat ou groupe de salariés pour les élections des chambres professionnelles, des caisses de maladie et des délégations du personnel 568

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie 568

Règlement grand-ducal du 2 mai 1996 déterminant les règles relatives à l'apurement des créances existantes au 31 décembre 1994 dans le secteur hospitalier 569

Règlement grand-ducal du 12 juin 1998 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 septembre 1967 déterminant le statut des volontaires de l'Armée 570

Règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale 570

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relatives à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant: a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués 573

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminant la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents 576

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs 576

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie 577

Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie 578

Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire 580

Règlement grand-ducal du 26 octobre 2011 instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé 581

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent 582

Règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain 583

Règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 relatif à l'assurance maladie volontaire 586

Règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables 586

Règlement grand-ducal modifiée du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension 587

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé. .. 590

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités de gestion de l'identification des personnes et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires. 595

STATUTS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ 597

Statuts de la Mutualité des employeurs 657

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé 661

Règles de fonctionnement du conseil d'administration de la Mutualité des employeurs 667

Point de contact national 668

Livre II Assurance accident 671

Arrêté ministériel du 14 janvier 1938 concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture 673

Arrêté ministériel du 7 octobre 1955 ayant pour objet de compléter l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles 673

Arrêté ministériel du 4 mai 2001 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire..... 673

Arrêté ministériel du 10 septembre 2002 agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire 674

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire..... 674

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale..... 675

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale..... 678

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et des maladies professionnelles et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident..... 678

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire..... 680

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles..... 681

Règlement grand-ducal du 10 juin 2013 définissant le barème médical applicable à l'assurance accident 682

Règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident..... 682

Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles..... 684

Règlement grand-ducal du 9 mars 2017 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus aux articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale..... 684

Statuts de l'Association d'assurance accident 687

Règlement d'ordre intérieur - Association d'assurance accident..... 689

Livre III Assurance pension..... 691

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952 concernant la restitution dans leurs droits d'assurance des travailleurs déplacés affiliés à l'assurance pension ouvrière..... 693

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952, pris en exécution de l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés..... 695

Arrêté grand-ducal du 10 août 1955 pris en exécution du dernier alinéa de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés 696

Règlement grand-ducal du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension..... 697

Règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 déterminant les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues à l'article 172 du Code des assurances sociales..... 698

Règlement grand-ducal du 2 septembre 1988 relatif aux mesures de réhabilitation et de reconversion 699

Règlement grand-ducal du 4 décembre 1991 fixant les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse prévus à l'article 185 du Code des assurances sociales 700

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1992 ayant pour objet de fixer les modalités d'application du recours contre tiers responsable prévu à l'article 232 du Code des assurances sociales..... 700

Règlement grand-ducal du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension 703

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif..... 706

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant les facteurs de revalorisation prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale 707

Règlement grand-ducal du 11 septembre 2018 relatif au calcul du montant de référence et aux modalités de versement et de restitution des montants visés à l'article 252 du Code civil. 708

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2020. 709

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2020 ... 709

Statuts du Fonds de compensation commun au régime général de pension, institué par l'article 260 du Code de la sécurité sociale 709

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale d'assurance pension ... 710

Livre IV Prestations familiales et indemnité de congé parental ... 713

Règlement ministériel du 26 février 1986 ayant pour objet de déterminer les frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ... 715

Règlement grand-ducal du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales ... 715

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale ... 716

Livre V Assurance dépendance ... 721

Règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale ... 723

Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance ... 724

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant ... 726

Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les modalités et limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs ... 726

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance ... 733

Règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 2017 déterminant: 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2° les coefficients d'encadrement du groupe ... 733

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge ... 734

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins ... 737

Livre VI Dispositions communes ... 739

Règlement grand-ducal du 31 mars 1962 déterminant la procédure devant les tribunaux en cas d'action pour détournement d'une prestation allouée par le Code des assurances sociales ou d'une allocation familiale ... 741

Règlement ministériel du 6 mai 1965 pris en exécution de l'article 304, alinéa 2 du Code des assurances sociales ... 742

Règlement grand-ducal du 12 mai 1975 portant organisation et fonctionnement du centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale ... 742

Règlement grand-ducal du 28 janvier 1987 concernant la perception des cotisations de sécurité sociale par le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations ... 747

Règlement grand-ducal du 28 décembre 1990 portant exécution de l'article 104, alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires) ... 747

Règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale la procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice ... 748

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1998 adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur ... 752

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 concernant les intérêts moratoires en matière de sécurité sociale ... 752

Règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale ... 753

Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale ... 758

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale ... 758

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 concernant le congé pour mandat social des membres d'une chambre professionnelle, des membres d'un organe d'une institution de sécurité sociale, des assesseurs auprès du Tribunal de travail, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs des juridictions de sécurité sociale 763

Règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension 764

Règlement grand-ducal modifié du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des délégués des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale, des experts et des témoins 766

Règlement grand-ducal du 18 février 2009 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des institutions de sécurité sociale 766

Règlement grand-ducal du 4 novembre 2010 déterminant le mode de perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés 767

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture 768

Règlement d'ordre intérieur du Centre commun de la sécurité sociale 768

Assurance pension 771

Arrêté grand-ducal du 24 avril 1954 pris en exécution des articles 48 B et 49 A de la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre, établissant les modalités de fixation et de calcul du traitement, salaire ou revenu devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels et fixant les coefficients d'adaptation du traitement, salaire ou revenu 773

Règlement grand-ducal du 3 avril 1990 déterminant les modalités de remboursement des prestations échues avant le 1er janvier 1988 entre le régime contributif et les régimes non contributifs 774

Règlement grand-ducal du 1er juin 2001 fixant les modalités d'exécution des dispositions de l'article 9. I. a) 7. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État 777

Règlement grand-ducal du 25 juin 2009 déterminant les conditions et modalités relatives 1. à la mise en compte des périodes prévues à l'article 4 et 2. à l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative et l'achat rétroactif de périodes d'assurance prévues aux articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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 777

Règlement grand-ducal du 11 janvier 2012 établissant le relevé des renseignements à fournir par les entreprises en matière de régimes complémentaires de pension 781

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944. 782

Chômage 783

Règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels 785

Règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e) de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet 786

Règlement grand-ducal du 1er juin 1987 portant définition du chômeur particulièrement difficile à placer au sens des dispositions du paragraphe 3. de l'article 22 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet 788

Règlement grand-ducal du 7 juillet 1987 concernant l'organisation et le fonctionnement de la commission spéciale chargée du réexamen des décisions de l'administration de l'emploi en matière d'indemnisation du chômage complet 788

Règlement grand-ducal du 31 juillet 1987 portant relèvement de la limite d'âge prévue pour l'indemnisation des jeunes chômeurs.. 789

Règlement grand-ducal du 6 mai 2004 relatif aux dotations fiscales du fonds pour l'emploi 790

Règlement grand-ducal du 12 mai 2011 portant application des dispositions relatives aux occupations temporaires indemnisées prévues à l'article L. 523-1 du Code du travail 791

Revenu d'inclusion sociale 793

Arrêté grand-ducal du 20 août 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité 795

Règlement grand-ducal du 11 août 1970 déterminant les modalités du contrôle de la gestion financière du Fonds national de solidarité par la chambre des comptes 796

Règlement grand-ducal du 17 janvier 1994 organisant la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires du revenu minimum garanti 796

Règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit 797

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées 804

Règlement grand-ducal du 1er octobre 2018 fixant les modalités d'application de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale 804

Règlement du Gouvernement en Conseil du 19 novembre 2021 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2022. 806

Divers 809

Règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 portant exécution de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées .. 811

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées 818

TABLE CHRONOLOGIQUE DES LOIS

1925	-	17 décembre	Loi concernant le Code des assurances sociales (Mém. 1925, p. 877).
1931	-	29 janvier	Loi ayant pour objet la création d'une caisse de pension des employés privés (Mém. 1931, p. 23).
1933	-	6 septembre	Loi ayant pour objet d'apporter certaines modifications à la loi du 17 décembre 1925 concernant le Code des assurances sociales (Mém. 1933, p. 693).
1950	-	25 février	Loi concernant l'indemnisation des dommages de guerre (Mém. A 21 du 27 mars 1950, p. 509).
1951	-	10 avril	Loi ayant pour objet de modifier et de compléter la loi du 17 décembre 1925 concernant le Code des assurances sociales et les lois modificatives des 20 novembre 1929, 6 septembre 1933 et 21 juin 1946 (Mém. 1951, p. 565).
	-	29 août	Loi ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés (Mém. 1951, p. 1157).
1954	-	24 avril	Loi ayant pour objet de rétablir le livre I du Code des assurances sociales ainsi que de modifier et de compléter les livres II, III et IV du même code, la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés, la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés et la loi du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des artisans (Mém. 1954, p. 327).
1960	-	30 juillet	Loi concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. 1960, p. 1199).
1963	-	22 juin	Loi fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État (Mém. A 1963, p. 506).
	-	16 décembre	Loi ayant pour objet la coordination des régimes de pension (Mém. A 1963, p. 1050).
1964	-	21 mai	Loi portant modification et complément des dispositions du Code des assurances sociales concernant l'assurance des entreprises agricoles et forestières (Mém. A 1964, p. 942).
1966	-	30 mars	Loi portant modification et complément du livre II du Code des assurances sociales (Mém. A 1966, p. 353).
	-	26 juillet	Loi portant modification et complément des livres I, III et IV du Code des assurances sociales ainsi que de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés et de la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés (Mém. A 1966, p. 655).
1967	-	25 février	Loi ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant (Mém. A 1967, p. 112).
1968	-	25 octobre	Loi ayant pour objet la réforme de l'assurance invalidité et décès dans les régimes de pension contributifs (Mém. A 1968, p. 1169).
1969	-	28 juillet	Loi relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs (Mém. A 1969, p. 934).
1970	-	11 novembre	Loi sur les cessions et saisies des rémunérations de travail, ainsi que des pensions et rentes (Mém. A 1970, p. 1314).
1973	-	12 mars	Loi portant réforme du salaire social minimum (Mém. A 1973, p. 386), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006).
1974	-	30 janvier	Loi portant 1) modification des articles 90, 96, 98, 100 et 107 du Code des assurances sociales; 2) prorogation des mandats de certains délégués-salariés en matière d'assurances sociales (Mém. A 1974, p. 77).
	-	26 mars	Loi 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 (Mém. A 1974, p. 392).
	-	17 avril	Loi portant modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. A 1974, p. 507).
	-	25 avril	Loi du 25 avril 1974 portant institution d'une inspection générale de la sécurité sociale et création d'un centre informatique, d'affiliation et de perception des cotisations communs aux institutions de sécurité sociale (Mém. A 31, p.562 du 27 avril 1974)
1975	-	13 juin	Loi portant création d'une allocation compensatoire en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions (Mém. A 1975, p. 740).
	-	28 juin	Loi ayant pour objet de porter modification de certaines dispositions du Code des assurances sociales concernant l'élection de délégués devant faire partie d'organes d'institutions de sécurité sociale ainsi que du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales (Mém. A 1975, p. 774).
	-	26 juillet	Loi autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles et à assurer le maintien de l'emploi (Mém. A 1975, p. 890), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006).
1976	-	30 juin	Loi portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet (Mém. A 1976, p. 592).
1978	-	27 juillet	Loi modifiant et complétant la loi du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet (Mém. A 1978, p. 1008).

1978	-	23 décembre	Loi modifiant la législation en matière d'aliments et en matière de cessions et saisies sur les rémunérations de travail, pensions et rentes (Mém. A 1978, p. 2508).
1979	-	1er mars	Loi portant modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. A 1979, p. 409).
	-	14 mars	Loi ayant pour objet de modifier et de compléter différentes dispositions du Code des assurances sociales et de porter relèvement du taux des amendes d'ordre en matière de sécurité sociale (Mém. A 1979, p. 428).
	-	16 avril	Loi portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (Mém. A 1979, p. 651).
1981	-	14 juillet	Loi modifiant la loi 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 (Mém. A 1981, p. 1186).
1982	-	24 décembre	Loi modifiant et complétant la loi du 8 avril 1982 fixant des mesures spéciales en vue d'assurer le maintien de l'emploi et la compétitivité générale de l'économie (Mém. A 1982, p. 2247).
1983	-	14 juin	Loi modifiant et complétant la législation concernant la caisse d'épargne de l'État en matière d'imposition directe et d'affectation des bénéfices (Mém. A 1983, p. 1073).
	-	1er juillet	Loi concernant des mesures de nature à favoriser la restructuration et la modernisation de la sidérurgie ainsi que le maintien de la compétitivité générale de l'économie (Mém. A 1983, p. 1133).
1984	-	23 mai	Loi portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs (Mém. A 1984, p. 696).
1986	-	26 juillet	Loi portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un service national d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. A 1986, p. 1812).
	-	15 décembre	Loi relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale et portant modification de certaines dispositions légales en matière de législation sociale (Mém. A 1986, p. 2343).
1987	-	12 mai	Loi portant création d'un fonds pour l'emploi et modifiant: 1. la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet; 2. les articles 14,16,19 et 19 bis de la loi modifiée du 27 juillet 1978 portant diverses mesures en faveur de l'emploi des jeunes; 3. l'article 32 de la loi du 21 février 1976 concernant l'organisation et le fonctionnement de l'administration de l'emploi et portant création d'une commission nationale de l'emploi (Mém. A 1987, p. 576).
	-	27 juillet	Loi concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie (Mém. A 1987, p. 1102).
1988	-	14 mars	Loi portant création du congé d'accueil pour les salariés du secteur privé (Mém. A 1988, p. 127).
1989	-	22 mai	Loi portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins (Mém. A 1989, p. 605).
	-	16 juin	Loi portant modification de la loi du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un service national d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. A 1989, p. 809).
	-	22 décembre	Loi ayant pour objet la coordination des régimes de pension et la modification de différentes dispositions en matière de sécurité sociale (Mém. A 1989, p. 1704).
1990	-	9 novembre	Loi modifiée ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois (Mém. A 1990, p. 808).
	-	6 décembre	Loi portant réforme de certaines dispositions en matière des impôts directs et indirects (Mém. A 1990, p. 1014).
1991	-	24 avril	Loi ayant pour objet l'amélioration des pensions du régime contributif (Mém. A 1991, p. 505).
1992	-	27 juillet	Loi 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 (Mém. A 1992, p. 1744).
	-	27 juillet	Loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé (Mém. A 1992, p. 1658).
	-	27 juillet	Loi portant 1. modification de la loi du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation; 2. modification de la loi modifiée du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire; 3. modification de l'article 171 du Code des assurances sociales (Mém. A 1992, p. 1698).
	-	1er décembre	Loi modifiant et complétant la loi modifiée du 18 décembre 1986 promouvant le développement de l'agriculture (Mém. A 1992, p. 2581).
1993	-	26 février	Loi concernant le travail volontaire à temps partiel (Mém. A 1993, p. 272), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006).
	-	23 juillet	Loi portant diverses mesures en faveur de l'emploi (Mém. A 1993, p. 1074).
	-	15 décembre	Loi déterminant la cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale (Mém. A 1993, p. 2013).
	-	22 décembre	Loi concernant le budget des recettes et dépenses de l'État pour l'exercice 1994 (Mém. A 1993, p. 1781).

1994	-	19 mai	Loi portant réglementation du travail intérimaire et du prêt temporaire de main-d'oeuvre (Mém. A 1994, p. 740), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006).
	-	17 juin	Loi fixant les mesures en vue d'assurer le maintien de l'emploi, la stabilité des prix et la compétitivité des entreprises (Mém. A 1994, p. 1023). Rectificatif (Mém. A 1994, p. 1194).
	-	23 décembre	Loi concernant le budget des recettes et dépenses de l'État pour l'exercice 1995 (Mém. A 1994, p. 2481).
	-	23 décembre	Loi modifiant les articles 13 et 14 de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum (Mém. A 1994, p. 2734).
	-	23 décembre	Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie 1993 (Mém. A 1994, p. 2935).
1995	-	25 avril	Loi ayant trait à l'octroi d'une indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage involontaire dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique involontaire (Mém. A 1995, p. 930), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006).
	-	20 juin	Loi portant modification de l'indemnisation en espèces des salariés en matière d'assurance accident agricole et forestière ainsi que de certaines dispositions en matière d'assurance accident industrielle concernant principalement le financement (Mém. A 1995, p. 1370).
	-	31 juillet	Loi relative à l'emploi et à la formation professionnelle (Mém. A 1995, p. 1556).
	-	18 août	Loi concernant l'assistance judiciaire et portant modification a) de la loi du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; b) de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse; c) du code de procédure civile; d) du Code des assurances sociales; e) de la loi du 7 juillet 1961 concernant les sociétés de secours mutuels (Mém. A 1995, p. 1913).
	-	23 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 1996 (Mém. A 1995, p. 2303).
1996	-	6 janvier	Loi sur la coopération au développement (Mém. A 1996, p. 7). Texte coordonné (Mém. A 111 du 1er juin 2012, p. 1499).
	-	24 décembre	Loi portant modification I) 1) des articles 239 et 240 du Code des assurances sociales; 2) des articles 31 et 33 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité II) de la loi du 9 août 1921 portant révision des traitements des fonctionnaires et complétant la loi du 28 décembre 1920, portant allocation d'une indemnité de vie chère supplémentaire (Mém. A 1996, p. 2914).
1997	-	2 août	Loi 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 (Mém. A 1997, p. 1728).
	-	17 novembre	Loi modifiant certaines dispositions en matière d'assurance accident en vue notamment d'introduire une assurance volontaire en matière d'assurance accident agricole et forestière, de transférer les salariés agricoles et forestiers à la section industrielle et d'adapter les modalités du calcul du revenu servant de base au calcul des rentes accident (Mém. A 1997, p. 2708).
1998	-	26 mars	Loi 1. modifiant et complétant la loi du 26 juillet 1975 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à prévenir les licenciements pour des causes conjoncturelles et à assurer le maintien de l'emploi; 2. modifiant et complétant la loi modifiée et adaptée du 24 décembre 1977 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à stimuler la croissance économique et à maintenir le plein emploi (Mém. A 1998, p. 437).
	-	19 juin	Loi portant introduction d'une assurance dépendance (Mém. A 1998, p. 710).
	-	3 août	Loi portant modification 1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; 2. de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 3. de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant la valeur numérique des traitements des fonctionnaires de l'État ainsi que les modalités de mise en vigueur de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; 4. 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; 5. de la loi du 27 août 1977 concernant le statut des fonctionnaires entrés au service d'institutions internationales; 6. de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; 7. de la loi du 8 janvier 1996 modifiant et complétant a) la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; b) la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant la valeur numérique des traitements des fonctionnaires de l'État ainsi que les modalités de mise en vigueur de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; c) la loi du 29 juillet 1988 portant modification et nouvelle coordination de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; d) la loi du 23 décembre 1994 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 1995 (Mém. A 1998, p. 1378). - Rectificatif (Mém. A 1998, p. 1612).
	-	3 août	Loi 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 (Mém. A 1998, p. 1388). - Rectificatif (Mém. A 1998, p. 1612).
	-	28 août	Loi sur les établissements hospitaliers (Mém. A 1998, p. 1564). Texte coordonné du 27 décembre 2010 (Mém. A 103 du 24 mai 2011, p. 1626).

1998	-	21 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 1999 (Mém. A 1998, p. 2723).
1999	-	12 février	Loi concernant la mise en œuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi 1998 (Mém. A 1999, p. 190).
	-	6 avril	Loi adaptant le régime général d'assurance pension (Mém. A 1999, p. 900).
	-	29 avril	Loi portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 1999, p. 1390).
	-	6 mai	Loi relative à la médiation pénale et portant modification de différentes dispositions a) de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire b) du Code des assurances sociales (Mém. A 1999, p. 1440).
	-	18 mai	Loi ayant pour objet de modifier le Code des assurances sociales (Mém. A 1999, p. 1361).
	-	24 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2000 (Mém. A 1999, p. 2675).
2000	-	24 juillet	Loi relative à l'organisation du marché de l'électricité (Mém. A 2000, p. 1896).
	-	28 juillet	Loi ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et modifiant a) le code des assurances sociale, b) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, c) 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 (Mém. A 2000, p. 1404).
	-	22 décembre	Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 1999 (Mém. A 2000, p. 3014).
	-	22 décembre	Loi concernant le budget des recettes et dépenses de l'État pour l'exercice 2001 (Mém. A 2000, p. 3023).
2001	-	24 juillet	Loi concernant le soutien au développement rural (Mém. A 2001, p. 1840).
	-	1er août	Loi relative au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions législatives (Mém. A 2001, p. 2440).
	-	21 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002 (Mém. A 2001, p. 2999).
	-	21 décembre	Loi modifiant certaines dispositions en matière d'impôts directs et complétant le Code des assurances sociales (Mém. A 2001, p. 3308).
	-	21 décembre	Loi modifiant l'article 2 de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 2001, p. 3461).
2002	-	13 janvier	Loi déterminant les contributions de certains prestataires de soins à l'assainissement financier de l'assurance maladie et modifiant le Code des assurances sociales (Mém. A 2002, p. 5)
	-	31 mai	Loi portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant le Code des assurances sociales (Mém. A 2002, p. 1569).
	-	28 juin	Loi 1. adaptant le régime général et les régimes spéciaux de pension; 2. portant création d'un forfait d'éducation; 3. modifiant la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 2002, p. 1587).
	-	25 juillet	Loi concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (Mém. A 2002, p. 1668), abrogée par la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006, p. 2456).
	-	20 décembre	Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2001 (Mém. A 2002, p. 3702)
	-	20 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2003 (Mém. A 2002, p. 3237)
	-	20 décembre	Loi modifiant l'article 14 de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum (Mém. A 2002, p. 3745).
	-	20 décembre	Loi modifiant: 1. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; 2. le Code des assurances sociales; 3. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État (Mém. A 2002, p. 3768).
2003	-	19 mai	Loi modifiant 1) la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 2) la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; 3) la loi modifiée du 28 mars 1986 portant harmonisation des conditions et modalités d'avancement dans les différentes carrières des administrations et services de l'État; 4) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; 5) la loi modifiée 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; 6) la loi modifiée du 27 mars 1986 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles le fonctionnaire de l'État peut se faire changer d'administration; et portant création d'un commissariat du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire (Mém. A 78 du 6 juin 2003, p. 1294).

2003	-	18 juillet	Loi portant modification a) de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective; b) de la loi modifiée du 18 mai 1979 portant réforme des délégations du personnel; c) de la loi modifiée du 6 mai 1974 instituant des comités mixtes dans les entreprises du secteur privé et organisant la représentation des salariés dans les sociétés anonymes; d) du Code des assurances sociales (Mém. A 101, 2003, p. 2242).
	-	18 juillet	Loi portant modification des articles XXIV et XXX de la loi modifiée du 12 février 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi 1998 (Mém. A 102, 2003, p. 2245).
	-	22 juillet	Loi modifiant le chapitre V «Relations avec les prestataires de soins» du livre Ier du Code des assurances sociales (Mém. A 103, 2003, p. 2257).
	-	12 septembre	Loi relative aux personnes handicapées et portant modification 1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, 2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé, 3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum, 4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, 5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales, 6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, 7. de la loi modifiée 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, 8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et 9. du Code des assurances sociales (Mém. A 144, 2003, p. 2938). Texte coordonné (Mém. A 15 du 29 janvier 2014, p. 149).
	-	17 novembre	Loi modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mém. A 170, 2003, p. 3348).
2004	-	30 avril	Loi autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mém. A 70 du 11 mai 2004, p. 1058).
	-	6 mai	Loi sur l'administration du patrimoine du régime général de pension (Mém. A 71 du 13 mai 2004, p. 1064).
	-	26 mai	Loi modifiant 1) la loi du 30 juillet 1999 concernant a) le statut de l'artiste professionnel indépendant et l'intermittent du spectacle b) la promotion de la création artistique 2) la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail (Mém. A 90 du 17 juin 2004, p. 1536).
	-	8 juin	Loi portant modification de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 91 du 17 juin 2004, p. 1544). Texte coordonné du 22 juin 2004 (Mém. A 103 du 2 juillet 2004, p. 1626).
	-	9 juillet	Loi relative aux effets légaux de certains partenariats (Mém. A 143 du 6 août 2004, p. 2020).
	-	9 juillet	Loi modifiant 1. la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales; 2. le Code des assurances sociales (Mém. A 145 du 11 août 2004, p. 2042).
	-	21 décembre	Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2003 (Mém. A 209 du 30 décembre 2004, p. 3784).
	-	21 décembre	Loi modifiant 1. le Code des assurances sociales; 2. la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat du travail (Mém. A 5 du 20 janvier 2005, p. 62).
	-	21 décembre	Loi modifiant l'article 22 du Code des assurances sociales (Mém. A 11 du 28 janvier 2005, p. 124).
2005	-	1er juillet	Loi modifiant 1. la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle 2. le Code des assurances sociales 3. la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail 4. la loi modifiée du 21 février 1976 concernant l'organisation et le fonctionnement de l'administration de l'emploi et portant création d'une commission nationale de l'emploi 5. la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet 6. la loi modifiée du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs (Mém. A 97 du 8 juillet 2005 p. 1718).
	-	25 juillet	Loi modifiant 1) le Code des assurances sociales; 2) la loi modifiée 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; 3) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mém. A 120 du 4 août 2005, p. 2099).
	-	3 août	Loi concernant le sport et portant a) modification de la loi modifiée du 7 juin 1937 ayant pour objet la réforme de la loi du 31 octobre 1919 portant règlement légal du louage de service des employés privés; b) modification du Code des assurances sociales; c) dérogation aux articles 5 et 9 de la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail (Mém. A 131 du 12 août 2005, p. 2770).
	-	23 décembre	Loi modifiant 1. différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance 2. les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales 3. la loi du 25 juillet 2005 modifiant 1) le Code des assurances sociales; 2) la loi modifiée 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; 3) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension 4. la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension (Mém. A 215 du 28 décembre 2005, p. 3370). Rectificatif (Mém. A 225 du 30 décembre 2005, p. 3768).

2005 - 23 décembre Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2006 (Mém. A 217 du 29 décembre 2005, p. 3387).

2006 - 5 mai Loi relative au droit d'asile et à des formes complémentaires de protection (Mém. A 78 du 9 mai 2006, p. 1402).

- 31 juillet Loi portant introduction d'un Code du Travail (Mém. A 149 du 29 août 2006, p. 2456).

- 28 novembre Loi portant 1. transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique; 2. transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 3. modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal; 5. modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 207 du 6 décembre 2006, p. 3584).

- 22 décembre Loi modifiant les articles 61 et 65 du Code des assurances sociales (Mém. A 235 du 22 du 28 décembre 2006, p. 4298).

- 22 décembre Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002 (Mém. A 236 du 29 décembre 2006, p. 4315).

- 22 décembre Loi modifiant l'article L. 222-9 du Code du Travail en vue d'adapter le salaire social minimum (Mém. A 237 du 29 décembre 2006, p. 4620).

- 22 décembre Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2005 (Mém. A 237 du 29 décembre 2006, p. 4620).

- 22 décembre Loi portant rectification du Code du Travail (Mém. A 237 du 29 décembre 2006, p. 4621).

- 22 décembre Loi promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement et portant 1. modification du Code du travail; 2. modification de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 3. modification de la loi modifiée du 24 décembre 1977 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à stimuler la croissance économique et à maintenir le plein emploi; 4. modification des articles 100, 161, 239, 375 et 376 du Code des assurances sociales; 5. modification de 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; 6. modification de la loi modifiée du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural; 7. réforme de la taxe sur les véhicules routiers; 8. modification de la loi modifiée du 15 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques; 9. introduction d'une contribution changement climatique sur les carburants et modifiant la loi modifiée du 23 décembre 2004 établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre; créant un fonds de financement des mécanismes de Kyoto; et modifiant l'article 13bis de la loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés; 10. modification de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; 11. établissement de la participation du Grand-Duché du Luxembourg aux Fonds carbone de la Banque Mondiale et de la Banque Européenne pour la Reconstruction et le Développement; 12. modification de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État (Mém. A 239 du 29 décembre 2006, p. 4710).

- 22 décembre Loi portant modification 1. de la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales; 2. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales; 3. de la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel; 4. du Code du Travail; 5. de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 6. de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux (Mém. A 242 du 29 décembre 2006, p. 4838).

2007 - 31 octobre Loi sur le service volontaire des jeunes, modifiant 1. le Code des assurances sociales; 2. la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse nationale des prestations familiales et abrogeant la loi du 28 janvier 1999 concernant le service volontaire (Mém. A 202 du 15 novembre 2007, p. 3546). Texte coordonné du 27 juillet 2010 (Mém. A 123 du 16 juin 2011, p. 1828).

- 30 novembre Loi portant réglementation de l'activité d'assistance parentale (Mém. A 214 du 7 décembre 2007, p. 3702).

- 21 décembre Loi portant 1. modification -de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; -de la loi modifiée du 1er mars 1952 modifiant certaines dispositions relatives aux impôts directs; -de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet; -de la loi modifiée d'adaptation fiscale du 16 octobre 1934; 2. introduction de la loi concernant le boni pour enfant; 3. modification de la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; 4. modification de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective; 5. modification de l'arrêté grand-ducal modifié du 8 octobre 1945 portant réorganisation du statut de la Chambre des Artisans (Mém. A 234 du 27 décembre 2007, p. 3949).

- 21 décembre Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2008 (Mém. A 236 du 27 décembre 2007, p. 4087).

2008 - 13 mai — Loi portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et modifiant 1. le Code du travail; 2. le Code des assurances sociales; 3. la loi modifiée du 8 juni 1999 relative aux régimes complémentaires de pension; 4. la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective; 5. le chapitre VI du Titre I de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; 6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 7. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État (Mém. A 60 du 15 mai 2008, p.790).

- 13 mai — Loi portant 1. transposition de la directive 76/207/CEE du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelle, et les conditions de travail telle que modifiée par la directive 2002/73/CE du Parlement Européen et du Conseil du 23 septembre 2002; 2. modification du Code de travail; 3. modification de l'alinéa 1 de l'article 2 de la loi du 14 mars 1988 relative au congé d'accueil; 4. modification de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 5. modification de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 6. modification de la loi du 28 novembre 2006 portant 1. transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre de principe de l'égalité de traitement entre les personnes dans distinction de race ou d'origine ethnique, 2. transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, 3. modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitements en matière d'emploi et de travail, 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal, 5. modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 70 du 26 mai 2008, p. 962).

- 29 août — Loi 1. portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration; 2. modifiant - la loi modifiée du 5 mai 2006 relative au droit d'asile et à des formes complémentaires de protection; - la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, - le Code du travail, - le Code pénal; 3. abrogeant - la loi modifiée du 28 mars 1972 concernant 1. l'entrée et le séjour des étrangers, 2. le contrôle médical des étrangers, 3. l'emploi de la main-d'œuvre étrangère, - la loi du 26 juin 1953 portant fixation des taxes à percevoir en matière de cartes d'identité pour étrangers, - la loi du 28 octobre 1920 destinée à endiguer l'affluence exagérée d'étrangers sur le territoire du grand-duché (Mém. A 138 du 10 septembre 2008, p. 2024). Texte coordonné (Mém. A 113 du 3 juillet 2013, p. 1645).

- 19 décembre — Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2009 (Mém. A 200 du 23 décembre 2008, p. 2772).

- 19 décembre — Loi ayant pour objet la coopération interadministrative et judiciaire et le renforcement des moyens de l'Administration des contributions directes, de l'Administration de l'enregistrement et des domaines et de l'Administration des douanes et accises et portant modification de la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; la loi générale des impôts („Abgabenordnung"); la loi modifiée du 17 avril 1964 portant réorganisation de l'Administration des contributions directes; la loi modifiée du 20 mars 1970 portant réorganisation de l'Administration de l'enregistrement et des domaines; la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes et des cotisations d'assurance sociale (Mém. A 206 du 24 décembre 2008, p. 3130).

- 19 décembre — Loi modifiant 1. la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension; 2. le Code de la sécurité sociale; 3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; 4. la loi modifiée du 27 août 1977 concernant le statut des fonctionnaires entrés au service d'Institutions internationales; 5. la loi modifiée 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; 6. la loi du 23 décembre 1998 relative au statut monétaire et à la Banque centrale du Luxembourg (Mém. A 212 du 24 décembre 2008, p. 3178).

- 19 décembre — Loi portant réforme de la formation professionnelle et portant modification a) de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; b) de la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue; c) de la loi du 1er décembre 1992 portant 1. création d'un établissement public pour le développement de la formation professionnelle continue et 2. fixation des cadres du personnel des Centres de formation professionnelle continue; d) de la loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail (Mém. A 220 du 30 décembre 2008, p. 3274).

- 19 décembre — Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2007 (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3303).

- 19 décembre — Loi modifiant l'article L. 222-9 du Code du Travail en vue d'adapter le salarie social minimum (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3304).

2009 - 17 février — Loi portant 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du Travail; 2. dérogeant, pour l'année 2009 aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et 511-12 du Code du Travail. (Mém. A 35 du 2 mars 2009, p.444).

- 3 mars — Loi contribuant au rétablissement du plein emploi et complétant: 1. le livre V du Code du Travail par un Titre IX nouveau; 2. l'article 631-2 du Code du Travail (Mém. A 41 du 10 mars 2009, p. 568).

- 16 mars — Loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 4. le Code du Travail (Mém. A 46 du 16 mars 2009, p. 610).

- 16 mars — Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Mém. A 46 du 16 mars 2009, p. 615).

2009	-	13 mai	Loi portant modification: 1. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, 2. de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État et 3. du Code de la sécurité sociale (Mém. A 104 du 19 mai 2009, p. 1546).
	-	28 mai	Loi portant création et organisation du Centre de rétention et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des tratiements des fonctionnaires de l'État; 3. la loi du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration (Mém. A 119 du 29 mai 2009, p.1708).
	-	29 mai	Loi portant modification de la loi du 17 février 2009 portant 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du Travail; 2. dérogeant pour l'année 2009 aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du Travail (Mém. A 122 du 4 juin 2009, p. 1736).
	-	11 novembre	Loi 1. concernant certaines mesures temporaires visant à atténuer les effets de la crise économique sur l'emploi des jeunes; 2. modifiant certaines dispositions du Code du travail (Mém A. 222 du 19 novembre 2009, p. 3908).
	-	18 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2010 (Mém. A 254 du 24 décembre 2009, p. 5109).
	-	18 décembre	Loi organisant l'aide sociale (Mém. A 260, p. 5474).
2010	-	12 mai	Loi portant réforme de l'assurance accident et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi modifiée 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; 3) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; 4) le Code du travail; 5) la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural; 6) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (Mém. A 81 du 27 mai 2010, p. 1490).
	-	26 juillet	Loi modifiant: 1. la loi modifiée du 22 juin 2000 concernant l'aide financière de l'État pour études supérieures; 2. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 3. la loi du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant; 4. la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes; 5. le Code de la sécurité sociale (Mém. A 118 du 27 juillet 2010, p. 2040).
	-	3 août	Loi 1) portant introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage et complétant ou dérogeant à certaines dispositions du Code du travail; 2) modifiant les articles L. 513-3, L. 521-7 et L. 523-1 du Code du travail; 3) modifiant la loi modifiée du 17 février 2009 portant: 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du travail (Mém. A 137 du 13 août 2010, p. 2212). Rectificatif (Mém. A 185 du 20 octobre 2010, p. 3040).
	-	16 décembre	Loi portant modification de la loi modifiée du 28 juin 2002 1. adaptant le régime général et les régimes spéciaux de pension; 2. portant création d'un forfait d'éducation; 3. modifiant la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 236 du 23 décembre 2010, p. 3909).
	-	17 décembre	Loi fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques et modifiant 1. la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementant l'octroi des indemnités de chômage complet; 2. la loi modifiée du 23 décembre 2004 1. établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre; 2. créant un fonds de financement des mécanismes de Kyoto; 3. modifiant l'article 13bis de la loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés; 3. la loi du 1er août 2007 relative à l'organisation du marché de l'électricité; 4. la loi du 1er août 2007 relative à l'organisation du marché du gaz naturel (Mém. A 228 du 21 décembre 2010, p. 3676).
	-	17 décembre	Loi modifiant les articles L. 222-4 et L. 222-9 du Code du travail (Mém. A 236 du 23 décembre 2010, p. 3909).
	-	17 décembre	Loi modifiant la loi du 11 novembre 2009: 1. concernant certaines mesures temporaires visant à atténuer les effets de la crise économique sur l'emploi des jeunes; 2. modifiant certaines dispositions du Code du travail (Mém. A 236 du 23 décembre 2010, p. 3910).
	-	17 décembre	Loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009 (Mém. A 236 du 23 décembre 2010, p. 3911).
	-	17 décembre	Loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Mém. A 242 du 27 décembre 2010, p. 4042). (Rectificatif Mém. A 96 du 13 mai 2011, p. 1584).
	-	17 décembre	Loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4076).
	-	17 décembre	Loi portant introduction des mesures fiscales relatives à la crise financière et économique et portant 1. modification de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 2. modification de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet; 3. introduction d'une contribution de crise (Mém. A 247 du 31 décembre 2010, p. 4094).
	-	17 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2011 (Mém. A 249 du 31 décembre 2010, p. 4233).

2011	-	16 décembre	Loi portant 1. modification de l'article L. 211-11 du Code du travail; 2. modification de la loi modifiée du 17 février 2009 portant 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du travail; 2. dérogeant, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511 5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du travail; 3. modification de la loi modifiée du 11 novembre 2009 1. concernant certaines mesures temporaires visant à atténuer les effets de la crise économique sur l'emploi des jeunes; 2. modifiant certaines dispositions du Code du travail (Mém. A 260 du 20 décembre 2011, p. 4324).
	-	16 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2012 (Mém. A 266 du 23 décembre 2011, p. 4365).
	-	16 décembre	Loi portant modification 1. de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; 2. du Code du travail; 3. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail (Mém. A 272 du 27 décembre 2011, p. 4880)
2012	-	18 janvier	Loi 1. portant création de l'Agence pour le développement de l'emploi; 2. modifiant – le Code du travail; – la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; – la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet; – la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration; 3. abrogeant la loi modifiée du 21 février 1976 concernant l'organisation et le fonctionnement de l'Administration de l'emploi et portant création d'une Commission nationale de l'emploi (Mém. A 11 du 26 janvier 2012, p. 168).
	-	13 avril	Loi modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 75 du 20 avril 2012, p. 808).
	-	9 mai	Loi modifiant la loi modifiée du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement (Mém. A 111 du 1er juin 2012, p. 1496).
	-	31 juillet	Loi portant modification 1. du Code du travail; 2. des articles 1er et 2 de la loi du 3 août 2010 1) portant introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage et complétant ou dérogeant à certaines dispositions du Code du travail; 2) modifiant les articles L. 513-3, L. 521-7 et L. 523-1 du Code du travail; 3) modifiant la loi modifiée du 17 février 2009 portant: 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du travail; 3. des articles 2 et 3 de la loi modifiée du 17 février 2009 portant 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du Travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du travail (Mém. A 169 du 14 août 2012, p. 2584).
	-	31 octobre	Loi portant modification de l'article L. 521-3 du Code du travail (Mém. A 242 du 14 novembre 2012, p. 3174).
	-	21 décembre	Loi portant modification: – de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; – de la loi modifiée du 16 octobre 1934 concernant l'impôt sur la fortune; – de la loi générale des impôts modifiée du 22 mai 1931 („Abgabenordnung"); – de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet; – de la loi modifiée du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement; – de la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; – de la loi modifiée du 30 juillet 2002 déterminant différentes mesures fiscales destinées à encourager la mise sur le marché et l'acquisition de terrains à bâtir et d'immeubles d'habitation (Mém. A 270 du 28 décembre 2012, p. 3830).
	-	21 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2013 (Mém. A 273 du 28 décembre 2012, p. 4003).
	-	21 décembre	Loi portant réforme de l'assurance pension et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée 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; 3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État; 4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics; 5. le Code du travail (Mém. A 279 du 31 décembre 2012, p. 4370).
	-	21 décembre	Loi portant modification: 1) du Code du travail; 2) du Code pénal; 3) de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; 4) de la loi modifiée du 27 juillet 1993 ayant pour objet 1. le développement et la diversification économiques, 2. l'amélioration de la structure générale et de l'équilibre régional de l'économie; 5) de la loi modifiée du 30 juin 2004 portant création d'un cadre général des régimes d'aides en faveur du secteur des classes moyennes; 6) de la loi du 15 juillet 2008 relative au développement économique régional; 7) de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration; 8) de la loi du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 9) de la loi du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et l'utilisation rationnelle des ressources naturelles (Mém. A 296 du 31 décembre 2012, p. 4698).
	-	26 décembre	Loi portant modification de l'article L. 222-9 du Code du travail (Mém. A 294 du 31 décembre 2012, p. 4587).
2013	-	18 février	Loi sur l'accueil de jeunes au pair, modifiant 1. la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration 2. la loi du 4 juillet 2008 sur la jeunesse 3. le Code de la sécurité sociale (Mém. A 44 du 11 mars 2013, p. 594).
	-	19 juin	Loi portant modification – du Code du Travail – de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État et – de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux (Mém. A 104 du 24 juin 2013, p. 1566).

2013 - 12 juillet — Loi relative aux gestionnaires de fonds d'investissement alternatifs et – portant transposition de la directive 2011/61/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 sur les gestionnaires de fonds d'investissement alternatifs et modifiant les directives 2003/41/CE et 2009/65/CE ainsi que les règlements (CE) n° 1060/2009 et (UE) n° 1095/2010; – portant modification: – de la loi modifiée du 17 décembre 2010 concernant les organismes de placement collectif; – de la loi modifiée du 13 février 2007 relative aux fonds d'investissement spécialisés; – de la loi modifiée du 15 juin 2004 relative à la société d'investissement en capital à risque (SICAR); – de la loi modifiée du 13 juillet 2005 relative aux institutions de retraite professionnelle sous forme de société d'épargne-pension à capital variable (sepcav) et d'association d'épargne-pension (assep); – de la loi du 13 juillet 2005 concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle; – de la loi modifiée du 5 avril 1993 relative au secteur financier; – de la loi modifiée du 12 novembre 2004 relative à la lutte contre le blanchiment et contre le financement du terrorisme; – de la loi modifiée du 23 décembre 1998 portant création d'une commission de surveillance du secteur financier; – de la loi modifiée du 10 août 1915 concernant les sociétés commerciales; – de la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le registre de commerce et des sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises; – du Code de commerce; – de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; – de la loi modifiée du 1er décembre 1936 concernant l'impôt commercial; – de la loi modifiée d'adaptation fiscale du 16 octobre 1934; – de la loi modifiée du 16 octobre 1934 sur l'évaluation des biens et valeurs; – de la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée (Mém. A 119 du 15 juillet 2013, p. 1856).

- 18 juillet — Loi concernant des agents intervenant dans l'enseignement fondamental et modifiant: 1. la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental; 2. la loi modifiée du 6 février 2009 concernant le personnel de l'enseignement fondamental; 3. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État; 4. la loi modifiée du 16 août 1968 portant création d'un centre de logopédie et de services audiométrique et orthophonique; 5. la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée; 6. la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue; 7. la loi du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et les modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'État; 8. le Code de la sécurité sociale; 9. la loi du 13 juillet 2006 portant réorganisation du centre de psychologie et d'orientation scolaires (CPOS) (Mém. A 139 du 29 juillet 2013, p. 2788).

- 20 décembre — Loi a) ayant pour objet: 1. d'autoriser le Gouvernement à effectuer, au cours des mois de janvier à avril 2014, les dépenses figurant aux tableaux annexés à la présente loi; 2. d'autoriser le Gouvernement à recouvrer les impôts directs et indirects existant au 31 décembre 2013 d'après les lois et tarifs qui en règlent l'assiette et la perception; 3. de proroger certaines dispositions de la loi du 21 décembre 2012 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2013; b) portant modification de: 1. la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques; 2. la loi modifiée du 15 juillet 2008 relative au développement économique régional; 3. la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 4. la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation rationnelle des ressources naturelles (Mém. A 222 du 24 décembre 2013, p. 3913).

- 23 décembre — Loi portant modification: 1.de l'article L. 122-10 du Code du travail; 2.de l'article 1er de la loi modifiée du 3 août 2010 1) portant introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage et complétant ou dérogeant à certaines dispositions du Code du travail; 2) modifiant les articles L. 513-3, L. 521-7 et L. 523-1 du Code du travail; 3) modifiant la loi modifiée du 17 février 2009 portant: 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du travail; 3. des articles 2 et 3 de la loi modifiée du 17 février 2009 portant 1. modification de l'article L. 511-12 du Code du Travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L. 511-5, L. 511-7 et L. 511-12 du Code du Travail (Mém. A 227 du 27 décembre 2013, p.4241).

2014 - 1er juillet — Loi portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; 2) modification du Code de la sécurité sociale; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments; 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux (Mém. A 115 du 4 juillet 2014, p. 1738).

- 19 décembre — Loi portant modification du paragraphe (3) de l'article 3 de la loi modifiée du 17 février 2009 portant 1. modification de l'article L.511-12 du Code du Travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L.511-5, L.511-7 et L.511-12 du Code du Travail (Mém. A 246 du 23 décembre 2014, p. 4804).

- 19 décembre — Loi relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique (Mém. A 254 du 24 décembre 2014, p. 4832).

2014	-	19 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2015 a) modifiant 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 3. la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; 4. la loi modifiée du 29 juillet 1993 portant création d'un fonds pour la rénovation de quatre îlots du quartier de la Vieille Ville de Luxembourg; 5. la loi modifiée du 28 avril 1998 autorisant le Gouvernement à constituer une Fondation «Musée d'Art Moderne Grand-Duc Jean» et à lui accorder une aide financière; 6. la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 7. la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation rationnelle des ressources naturelles; 8. la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques; b) abrogeant la loi modifiée du 4 décembre 1860 relative à l'attribution du produit des amendes et des confiscations en matière répressive (Mém. A 255 du 24 décembre 2014, p. 4839).
	-	19 décembre	Loi relative à la mise en oeuvre du paquet d'avenir - première partie (2015) (Mém. A 257 du 24 décembre 2014, p. 5472).
2015	-	19 février	Loi modifiant l'article L. 222-9 du Code du travail (Mém. A 31 du 26 février 2015, p. 342).
	-	25 mars	Loi modifiant: 1) la loi modifiée 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; 2) la loi modifiée du 18 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes de pension (Mém. A 59 du 31 mars 2015, p. 1190).
	-	31 mai	Loi portant rectification de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2015 (Mém. A 94 du 2 juin 2015).
	-	14 juillet	Loi portant création de la profession de psychothérapeute et modifiant 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical; 3) la loi du 19 juin 2009 ayant pour objet la transposition de la directive 2005/36/CE pour ce qui est a) du régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualifications professionnelles, b) de la prestation temporaire de service (Mém. A 136 du 21 juillet 2015, p. 2894).
	-	23 juillet	Loi portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (Mém. A 143 du 27 juillet 2015, p. 2946).
	-	23 juillet	Loi portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le Registre de Commerce et des Sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises (Mém. A 144 du 27 juillet 2015, p. 2958).
	-	7 août	Loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et 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 (Mém. A 159 du 13 août 2015, p. 3866). Rectificatif (Mém. A 167 du 28 août 2015, p. 3952).
	-	30 juillet	Loi portant création d'un Institut de formation de l'éducation nationale et modifiant 1) la loi modifiée du 7 octobre 1993 ayant pour objet a) la création d'un Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques b) la création d'un Centre de Gestion Informatique de l'Éducation c) l'institution d'un Conseil scientifique, 2) la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées et lycées techniques, 3) la loi modifiée du 6 février 2009 concernant le personnel de l'enseignement fondamental, 4) la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, 5) la loi modifiée du 12 mai 2009 portant création d'une École de la 2e Chance, 6) la loi du 15 juillet 2011 visant l'accès aux qualifications scolaires et professionnelles des élèves à besoins éducatifs particuliers, 7) la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État, 8) le Code de la sécurité sociale, et abrogeant la loi modifiée du 21 mai 1999 concernant la fonction de candidat dans les carrières enseignantes de l'enseignement postprimaire (Mém. A 166 du 28 août 2015, p. 3910).
	-	9 décembre	Loi portant introduction d'une subvention de loyer et modifiant: a) la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement; b) la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; c) la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 233 du 14 décembre 2015, p. 5156). Rectificatif (Mém. A 247 du 24 décembre 2015, p. 6144).
	-	18 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2016 et modifiant: 1) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 2) la loi générale des impôts modifiée du 22 mai 1931 («Abgabenordnung»); 3) la loi modifiée du 16 octobre 1934 sur l'évaluation des biens et valeurs; 4) la loi du 21 décembre 2001 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002; 5) la loi modifiée du 10 décembre 1998 portant création de l'établissement public dénommé «Fonds d'investissements de la Cité Syrdall»; 6) la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation des ressources naturelles; 7) la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 8) la loi du 29 avril 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2014; 9) le Code de la sécurité sociale; 10) la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques (Mém. A. 242 du 23 décembre 2015, p. 5387).

2015	-	18 décembre	Loi portant modification: 1. du Code du travail; 2. de la loi modifiée du 17 février 2009 portant: 1. modification de l'article L.511-12 du Code du travail; 2. dérogation pour l'année 2009, aux dispositions des articles L.511-5, L.511-7 et L.511-12 du Code du travail; 3. de la loi modifiée du 3 août 2010 portant: 1) introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage et complétant ou dérogeant à certaines dispositions du Code du travail; 2) modifiant les articles L.513-3, L.521-7 et L.523-1 du Code du travail; 3) modifiant la loi modifiée du 17 février 2009 portant: 1. modification de l'article L.511-12 du Code du travail; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L.511-5, L.511-7 et L.511-12 du Code du travail (Mém. A 254 du 24 décembre 2015, p. 6174).
2016	-	17 mars	Loi modifiant: – la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé; – la loi modifiée 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; – la loi modifiée du 31 mai 1999 portant création d'un corps de police grand-ducale et d'une inspection générale de la police; – la loi 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 loi du 25 mars 2015 déterminant le régime et les indemnités des employés de l'État; – la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État (Mém. A 43 du 18 mars 2016, p. 868).
	-	27 juin	Loi concernant le soutien au développement durable des zones rurales (Mém. A 150 du 3 août 2016, p. 2546).
	-	23 juillet	Loi portant modification 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant (Mém. A 138 du 28 juillet 2016, p. 2348). Rectificatif (JO, Mém. A 215 du 27 février 2017).
	-	23 juillet	Loi portant réorganisation du Conseil supérieur de la sécurité sociale et modification: – du Code de la sécurité sociale; – de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; – de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; – de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; – de la loi modifiée du 7 novembre 1996 portant organisation des juridictions de l'ordre administratif (Mém. A 155 du 4 août 2016, p. 2648).
	-	3 novembre	Loi portant réforme du congé parental et modifiant 1. le Code du travail; 2. le Code de la sécurité sociale; 3. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 4. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État; 5. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 6. la loi modifiée du 14 mars 1988 portant création de congés d'accueil pour les salariés du secteur privé; 7. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales; 8. la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail (Mém. A 224 du 10 novembre 2016, p. 4202).
	-	15 décembre	Loi portant modification de l'article L. 222-9 du Code du travail (Mém. A 265 du 21 décembre 2016, p. 4682).
	-	23 décembre	Loi concernant l'organisation du temps de travail et portant modification du Code du travail (Mém. A 271 du 27 décembre 2016, p. 4970).
	-	23 décembre	Loi portant modification des articles L. 511-5, L. 511-7, L. 511-12 et L. 631-2 du Code du travail (Mém. A 271 du 27 décembre 2016, p. 4973).
	-	23 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 et modifiant: 1) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 2) la loi modifiée du 1er décembre 1936 sur l'impôt foncier; 3) la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes, des droits d'accise sur l'eau-de-vie et des cotisations d'assurance sociale; 4) la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; 5) la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs; 6) la loi modifiée du 21 décembre 2001 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002; 7) le Code de la sécurité sociale; 8) la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement; 9) la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation rationnelle des ressources naturelles; 10) la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 11) la loi du 12 juillet 2014 relative à la coordination et à la gouvernance des finances publiques; 12) la loi modifiée du 13 juin 2003 concernant les relations entre l'État et l'enseignement privé (Mém. A 276 du 27 décembre 2016, p. 5325).
2017	-	22 juin	Loi portant modification 1. de la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue; 2. de la loi du 13 juillet 2006 portant réorganisation du centre de psychologie et d'orientation scolaires (CPOS); 3. de la loi du 16 mars 2007 portant 1. organisation des cours de formation professionnelle au Centre national de formation professionnelle continue ; 2. création d'une aide à la formation, d'une prime de formation et d'une indemnité de formation; 4. de la loi modifiée du 4 juillet 2008 sur la jeunesse; 5. de la loi modifiée du 19 décembre 2008 portant réforme de la formation professionnelle; 6. de la loi modifiée du 12 mai 2009 portant création d'une Ecole de la 2e Chance ; 7. de la loi du 18 mars 2013 relative aux traitements de données à caractère personnel concernant les élèves ; 8. du Code de la Sécurité sociale (JO, Mém. A 602 du 29 juin 2017).

2017	-	20 juillet	Loi portant modification du Code du travail en vue de l'introduction d'un nouveau dispositif de lutte contre le chômage de longue durée (JO, Mém. A 684 du 1er août 2017).
	-	29 août	Loi portant modification 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; 3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État (JO, Mém. A 778 du 1er septembre 2017).
	-	29 août	Loi portant modification 1. de la loi modifiée du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'État; 2. de la loi modifiée du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique; 3. de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire; 4. de l'article 32 du Livre 1er du code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 816 du 21 septembre 2017).
	-	30 novembre	Loi portant 1. modification de l'article L. 521-14 et du Titre VIII du Livre V du Code du travail 2. modification de l'article 3 de la loi du 23 juillet 2015 portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le Registre de Commerce et des Sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises (JO, Mém. A 1032 du 7 décembre 2017).
	-	13 décembre	Loi modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 1063 du 15 décembre 2017).
	-	15 décembre	Loi portant modification 1. du Code du travail; 2. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail, et abrogeant 3. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales (JO, Mém. A 1082 du 18 décembre 2017).
	-	15 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2018 (JO, Mém. A 1097 du 20 décembre 2017).
2018	-	8 mars	Loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification: 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public «Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation»; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public «Laboratoire national de santé»; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État (JO, Mém. A 222 du 28 mars 2018).
	-	8 avril	Loi portant modification 1) du Code du travail; 2) de la loi modifiée du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs; 3) de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (JO, Mém. A 242 du 11 avril 2018).
	-	7 mai	Loi portant modification 1) du Code du travail: 2) de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création des chambres professionnelles à base élective (JO, Mém. A 370 du 14 mai 2018).
	-	9 mai	Loi portant modification 1° de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État ; 2° de la loi modifiée 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 ; 3° de la loi modifiée du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'État ; 4° de la loi modifiée du 12 mai 2009 portant création d'une École de la 2e Chance ; 5° de la loi modifiée du 22 mai 2009 portant création a) d'un Institut national des langues ; b) de la fonction de professeur de langue luxembourgeoise ; 6° de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État ; 7° 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 ; 8° de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant les conditions et modalités de l'accès du fonctionnaire à un groupe de traitement supérieur au sien et de l'employé de l'État à un groupe d'indemnité supérieur au sien ; 9° de la loi modifiée du 25 mars 2015 déterminant le régime et les indemnités des employés de l'État et portant abrogation de la loi modifiée du 22 juin 1963 portant fixation de la valeur numérique des traitements des fonctionnaires de l'État ainsi que des modalités de mise en vigueur de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État. (JO, Mém. A 373 du 15 mai 2018)
	-	22 juin	Loi portant modification 1° du Code de la sécurité sociale; 2° de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental; 3° de la loi modifiée du 6 février 2009 concernant le personnel de l'enseignement fondamental; 4° de la loi modifiée du 18 mars 2013 relative aux traitements de données à caractère personnel concernant les élèves; 5° de la loi modifiée du 30 juillet 2015 portant création d'un Institut de formation de l'Éducation nationale; 6° de la loi du 29 juin 2017 portant modification 1. de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental; 2. de la loi modifiée du 6 février 2009 concernant le personnel de l'enseignement fondamental; 3. de la loi modifiée du 7 octobre 1993 ayant pour objet a) la création d'un Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques; b) la création d'un «Centre de Gestion Informatique de l'Éducation»; c) l'institution d'un Conseil scientifique ; 4. de la loi modifiée du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'État; 5. de la loi modifiée du 13 juillet 2006 portant réorganisation du centre de psychologie et d'orientation scolaires (CPOS); 6. de la loi du 6 février 2009 relative à l'obligation scolaire; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État ; 8. de la loi du 30 juillet 2015 portant création d'un Institut de formation de l'Éducation nationale (JO, Mém. A 518 du 26 juin 2018).

2018	-	27juin	Loi instituant le juge aux affaires familiales, portant réforme du divorce et de l'autorité parentale et portant modification: 1. du Nouveau Code de procédure civile; 2. du Code civil; 3. du Code pénal; 4. du Code de la sécurité sociale; 5. du Code du travail; 6. de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes; 7. de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; 8. de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse; 9. de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance; 10. de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats; 11. de la loi du 27 juin 2017 arrêtant un programme pluriannuel de recrutement dans la magistrature et portant modification de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire (JO. Mém. A 589 du 12 juillet 2018).
	-	18 juillet	Loi sur l'Inspection générale de la Police et modifiant: 1° la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État: 2° 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; 3° le livre I^{er} du Code de la sécurité sociale (JO, Mém A 623 du 28 juillet 2018).
	-	20 juillet	Loi portant réforme de l'administration pénitentiaire et 1) modification - du Code pénal; - du Code de procédure pénale; - du Code de la sécurité sociale; - de la loi du 3 avril 1893 concernant l'approbation de la fondation Theisen à Givenich; - de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie; - de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; - de la loi modifiée du 17 avril 1998 portant création d'un établissement public dénommé « centre hospitalier neuropsychiatrique »; - de la loi modifiée 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; - de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux; - 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, ainsi que; 2) abrogation - de la loi modifiée du 21 mai 1964 portant 1. réorganisation des établissements pénitentiaires et des maisons d'éducation; 2. création d'un service de défense sociale; - de la loi du 4 avril 1978 ayant pour but d'habiliter le personnel du service de garde des établissements pénitentiaires à exercer certaines attributions de police générale (JO, Mém A 626 du 28 juillet 2018).
	-	20 juillet	Loi modifiant: 1° le Code de procédure pénale en introduisant un titre IX concernant l'exécution des peines; 2° le Code pénal; 3° la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; et 4° la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (JO. Mém.A 627 du 28 juillet 2018).
	-	28 juillet	Loi relative au revenu d'inclusion sociale et portant modification 1° du Code de la Sécurité sociale; 2° du Code du travail; 3° de la loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité: 4° de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; 5° de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; 6° de la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit; 7° de la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale et portant abrogation de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (JO, Mém. A 630 du 30 juillet 2018).
	-	1er août	Loi portant fixation des conditions et modalités d'un compte épargne-temps dans la Fonction publique et modification: 1° du Code du travail; et 2° de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État (JO, Mém. A 681 du 16 août 2018).
	-	1er août	Loi portant : 1.transposition de la directive 2014/50/UE du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs entre les États membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire ; 2.modification de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension ; 3.modification de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (JO, Mém. A 708 du 21 août 2018).
	-	1er août	Loi portant création d'une représentation nationale des parents et modification 1° du Code de la sécurité sociale ; 2° du Code du travail ; 3° de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail ; 4° de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental ; 5° de la loi modifiée du 22 juin 2017 ayant pour objet l'organisation de la Maison de l'orientation (JO, Mém. A 855 du 20 septembre 2018).
	-	9 août	Loi modifiant 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 678 du 10 août 2018, rectificatif JO, Mém. A 937 du 11 octobre 2018).
	-	10 août	Loi modifiant 1.le Code du travail ; et 2.le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée (JO, Mém. A 703 du 21 août 2018).
	-	21 décembre	Loi portant modification de: 1. la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale; 2. la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; et 3. la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale (JO, Mém. A 1165 du 21 décembre 2018).
	-	21 décembre	Loi modifiant l'article L. 222-9 du Code du travail (JO, Mém. A 1166 du 21 décembre 2018).

2019	-	8 avril	Loi portant modification de : 1° la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ; 2° la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. (JO, Mém. A 240 du 11 avril 2019)
	-	12 avril	Loi portant introduction d'un compte épargne-temps et modifiant : 1° le Code du travail ; 2° le Code civil ; 3° la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. (JO, Mém. A 262 du 24 avril 2019)
	-	26 avril	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019. (JO, Mém. A 274 du 26 avril 2019)
	-	12 juillet	Loi portant modification 1° du Code du travail ; 2° de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail ; 3° de la loi modifiée du 19 décembre 2008 portant réforme de la formation professionnelle. (JO, Mém. A 497 du 12 juillet 2019)
	-	12 juillet	Loi modifiant l'article L. 222-9 du Code du travail. (JO, Mém. A 498 du 12 juillet 2019)
	-	12 juillet	Loi portant modification de: 1. la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; 2. la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. (JO, Mém. A 505 du 16 juillet 2019)
	-	1er août	Loi complétant le code du travail et portant création d'une activité d'assistance à l'inclusion dans l'emploi pour les salariés handicapés et les salariés en reclassement externe. (JO, Mém. A 545 du 14 août 2019)
2020	-	3 avril	Loi relative à la mise en place d'un régime d'aides en faveur des entreprises en difficulté financière temporaire et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique. (JO, Mém. A 230 du 3 avril 2020)
	-	25 mai	Loi portant modification de l'article 234-52 du Code du travail. (JO, Mém. A 441 du 25 mai 2020)
	-	20 juin	Loi portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19. (JO, Mém. A 533 du 25 juin 2020)
	-	20 juin	Loi portant 1° dérogation temporaire à certaines dispositions en matière de droit du travail en relation avec l'état de crise lié au Covid-19 ; 2° modification du Code du travail. (JO, Mém. A 538 du 25 juin 2020)
	-	24 juillet	Loi portant modification 1° du Code du travail; 2° du Code de la sécurité sociale; 3° de la loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (JO, Mém. A663 du 5 août 2020)
	-	23 novembre	Loi portant modification de la loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19. (JO, Mém. A 922 du 23 novembre 2020)
	-	15 décembre	Loi autorisant la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 et modifiant la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020. (JO, Mém. A 993 du 15 décembre 2020)
	-	15 décembre	Loi portant sur la modification de : 1° la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ; 2° la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. (JO, Mém. A 1004 du 16 décembre 2020)
	-	15 décembre	Loi du modifiant l'article L. 222-9 du Code du travail. (JO, Mém. A 1025 du 18 décembre 2020)
	-	19 décembre	Loi ayant pour objet la mise en place d'une nouvelle aide de relance en faveur de certaines entreprises et modifiant : 1° la loi modifiée du 3 avril 2020 relative à la mise en place d'un régime d'aides en faveur des entreprises en difficulté financière temporaire et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique ; 2° la loi du 24 juillet 2020 visant à mettre en place un fonds de relance et de solidarité et un régime d'aides en faveur de certaines entreprises et portant modification de : 1° la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ; 2° la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020 ; 3° la loi du 3 avril 2020 relative à la mise en place d'un régime d'aides en faveur des entreprises en difficulté financière temporaire et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique ; 3° la loi du 24 juillet 2020 ayant pour objet la mise en place d'un régime d'aide temporaire en faveur du commerce de détail en magasin. (JO, Mém. A 1035 du 21 décembre 2020)
	-	19 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2021 (JO, Mém. A 1061 du 23 décembre 2020)
2021	-	22 janvier	Loi portant : 1° modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2°dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234- 51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail. (JO, Mém. A 45 du 22 janvier 2021)
	-	5 février	Loi modifiant la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. (JO, Mém. A 96 du 8 février 2021)
	-	20 février	Loi portant modification de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19. (JO, Mém. A 125 du 21 février 2021)

2021	-	2 mars	Loi modifiant : 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'eutanasie et l'assistance au suicide ; 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. (JO, Mém. A 167 du 3 mars 2021)
	-	2 mars	Loi portant création d'un Observatoire national de la santé et modification 1° de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 2° de la loi modifiée du 25 novembre 1982 relative aux organes destinés à la transplantation ; 3° de la loi modifiée du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé ». (JO, Mém. 168 du 3 mars 2021)
	-	16 avril	Loi portant modification de l'article L. 631-2 du Code du travail. (JO, Mém. A 307 du 19 avril 2021)
	-	20 mai	Loi portant modification de la loi modifiée du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19. (JO, Mém. A 392 du 21 mai 2021)
	-	1er juin	Loi portant modification : 1° de la loi modifiée du 3 avril 2020 relative à la mise en place d'un régime d'aides en faveur des entreprises en difficulté financière temporaire et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique ; 2° de la loi modifiée du 18 avril 2020 visant à mettre en place un régime de garantie en faveur de l'économie luxembourgeoise dans le cadre de la pandémie Covid-19 ; 3° de la loi modifiée du 24 juillet 2020 visant à stimuler les investissements des entreprises dans l'ère du Covid-19 ; 4° de la loi modifiée du 5 avril 1993 relative au secteur financier. (JO, Mém. A 404 du 1er juin 2021)
	-	24 novembre	Loi portant : 1. dérogation temporaire à l'article L. 511-5 du Code du travail ; 2. modification du Code du travail. (JO, Mém. A 823 du 25 novembre 2021)
	-	15 décembre	Loi portant modification : 1° de la loi modifiée du 19 mai 2003 modifiant 1) la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État ; 2) la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État ; 3) la loi modifiée du 28 mars 1986 portant harmonisation des conditions et modalités d'avancement dans les différentes carrières des administrations et services de l'État ; 4) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État ; 5) la loi modifiée 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 ; 6) la loi modifiée du 27 mars 1986 fixant les conditions et modalités selon lesquelles le fonctionnaire de l'État peut se faire changer d'administration ; et portant création d'un commissariat du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire ; 2° de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État ; et 3° de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spéciale transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois. (JO, Mém. A 876 du 17 décembre 2021)
	-	17 décembre	Loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2022 et modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° la loi modifiée du 16 octobre 1934 concernant l'évaluation des biens et valeurs (« Bewertungsgesetz ») ; 3° la loi modifiée du 1er décembre 1936 concernant l'impôt commercial (« Gewerbesteuergesetz ») ; 4° la loi modifiée du 17 avril 1964 portant réorganisation de l'administration des contributions directes ; 5° la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ; 6° la loi modifiée du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs ; 7° la loi modifiée du 28 avril 1998 portant a) harmonisation de l'enseignement musical dans le secteur communal ; b) modification de l'article 5 de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail ; c) modification de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État ; 8° la loi modifiée du 21 décembre 1998 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 1999 ; 9° la loi du 7 décembre 2007 autorisant l'État à fournir une garantie bancaire pour la réalisation et l'exploitation d'un réseau de chaleur urbain ; 10° la loi modifiée du 4 juillet 2008 sur la jeunesse ; 11° la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques ; 12° la loi modifiée du 23 juillet 2016 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant ; 13° la loi du 1er août 2019 concernant les mutuelles. (JO, Mém. A 906 du 21 décembre 2021)

TABLE CHRONOLOGIQUE DES RÈGLEMENTS

1909	-	19 février	Arrêté ministériel portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service (Mém. A 12 du 2 mars 1909, p. 145).
1938	-	14 janvier	Arrêté ministériel concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture (Mém. 1938, p. 36).
1948	-	2 février	Arrêté grand-ducal ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes (Mém. 1948, p. 211).
	-	2 février	Arrêté grand-ducal ayant pour objet le réexamen des pensions et la réglementation de l'assurance supplémentaire des employés techniques des mines du fond (Mém. 1948, p. 215).
1949	-	7 septembre	Arrêté ministériel portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service (Mém. A 40 du 15 septembre 1949, p. 937).
1952	-	29 mai	Arrêté grand-ducal concernant la restitution dans leurs droits d'assurance des travailleurs déplacés affiliés à l'assurance pension ouvrière (Mém. 1952, p. 599).
	-	29 mai	Arrêté grand-ducal pris en exécution de l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés (Mém. 1952, p. 598).
	-	27 octobre	Arrêté grand-ducal ayant pour objet de modifier l'arrêté grand-ducal du 22 août 1936 portant exécution de l'article 92, alinéa final, du Code des assurances sociales concernant les accidents de trajet (Mém. 1952, p. 1143).
1954	-	24 avril	Arrêté grand-ducal pris en exécution des articles 48B et 49A de la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre établissant les modalités de fixation et de calcul du traitement, salaire ou revenu devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels et fixant les coefficients d'adaptation du traitement, salaire ou revenu (Mém. A 19 du 26 avril 1954, p. 386).
1955	-	28 mars	Arrêté grand-ducal ayant pour objet de compléter l'arrêté grand-ducal du 22 août 1936 portant exécution de l'article 92 alinéa final du Code des assurances sociales, concernant les accidents de trajet (Mém. 1955, p. 645).
	-	1er juin	Arrêté ministériel portant modification et complément de l'arrêté du 9 novembre 1928 réglant l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles, modifiée par les arrêtés des 5 février 1937 et 30 mars 1953, ainsi que de l'arrêté du 14 janvier 1938 concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture (Mém. 1955, p. 926).
	-	10 août	Arrêté grand-ducal pris en exécution du dernier alinéa de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés (Mém. 1955, p. 1215).
	-	7 octobre	Arrêté ministériel ayant pour objet de compléter l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles (Mém. 1955, p. 1325).
	-	29 décembre	Arrêté grand-ducal portant modification de l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes (Mém. 1955, p. 1316).
1960	-	20 août	Arrêté grand-ducal portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. 1960, p. 1281).
	-	16 novembre	Arrêté ministériel portant approbation des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents en service (Mém. A 65 du 1er décembre 1960, p. 1475).
1962	-	31 mars	Règlement grand-ducal déterminant la procédure devant les tribunaux en cas d'action pour détournement d'une prestation allouée par le Code des assurances sociales ou d'une allocation familiale (Mém. A 1962, p. 214).
1965	-	6 mai	Règlement ministériel pris en exécution de l'article 304, alinéa 2, du Code des assurances sociales (Mém. A 1965, p. 547).
1966	-	12 mars	Règlement grand-ducal ayant pour objet l'application de l'article 210 du Code des assurances sociales à certains chauffeurs professionnels (Mém. A 1966, p. 342).
1967	-	23 mai	Règlement grand-ducal ayant pour objet de compléter l'article 4 de l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes dans sa teneur résultant de l'arrêté grand-ducal du 29 décembre 1956, et de compléter l'article 5 de l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet le réexamen des pensions et la réglementation de l'assurance supplémentaire des employés techniques des mines du fond (Mém. A 1967, p. 505).
1969	-	5 décembre	Règlement grand-ducal pris en exécution des articles 8 et 9 de la loi du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs (Mém. A 1969, p. 1548).
1970	-	11 août	Règlement grand-ducal déterminant les modalités du contrôle de la gestion financière du fonds national de solidarité par la chambre des comptes (Mém. A 1970, p. 1077).

1972 - 28 novembre Règlement grand-ducal modifiant l'article 1er du règlement grand-ducal du 12 mars 1966 ayant pour objet l'application de l'article 210 du Code des assurances sociales à certains chauffeurs professionnels tel qu'il fut modifié par le règlement grand-ducal du 30 août 1966 (Mém. A 1972, p. 1596).

1973 - 28 septembre Arrêté ministériel portant approbation d'une modification des statuts de la Caisse d'assurance des sapeurs-pompiers contre les risques d'accidents (Mém. A 63 du 31 octobre 1973, p. 1400).

1975 - 12 mai Règlement grand-ducal portant organisation et fonctionnement du centre informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale (Mém. A 1975, p. 701).

- 15 septembre Règlement grand-ducal portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels (Mém. A 1975, p. 1306).

1979 - 9 janvier Règlement grand-ducal concernant la procédure des saisies-arrêts et cessions sur les rémunérations de travail et les pensions et rentes (Mém. A 1979, p. 62).

- 23 mars Règlement grand-ducal portant modification de l'article 4 de l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes, tel que cet article a été modifié par la suite (Mém. A 1979, p. 508).

- 26 mai Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère, ainsi que sur le carnet de maternité (Mém. A 1979, p. 1013).

1980 - 28 janvier Arrêté ministériel portant modification de l'arrêté ministériel modifié du 14 janvier 1938 concernant la composition de la commission supérieure des maladies professionnelles pour l'étude des maladies professionnelles dans l'agriculture (Mém. A 1980, p. 48).

- 30 janvier Règlement ministériel portant modification de l'arrêté ministériel modifié du 9 novembre 1928 réglant l'organisation de la commission supérieure des maladies professionnelles (Mém. A 1980, p. 68).

- 8 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement (Mém. A 70 du 20 octobre 1980, p. 1864).

1982 - 31 décembre Règlement grand-ducal portant modification de l'arrêté grand-ducal du 8 mars 1961 concernant l'assurance obligatoire contre les accidents des fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de pension de retraite (Mém. A 1982, p. 2630).

1983 - 25 août Règlement grand-ducal définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e), de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet (Mém. A 1983, p. 1487).

1984 - 20 décembre Règlement grand-ducal fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension (Mém. A 1984, p. 2377).

1986 - 26 février Règlement ministériel ayant pour objet de déterminer les frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales (Mém. A 1986, p. 916).

- 27 mars Règlement grand-ducal portant modification de l'arrêté grand-ducal modifié du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles (Mém. A 1986, p.1728).

1987 - 28 janvier Règlement grand-ducal concernant la perception des cotisations de sécurité sociale par le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations (Mém. A 1987, p. 20).

- 1er juin Règlement grand-ducal portant définition du chômeur particulièrement difficile à placer au sens des dispositions du paragraphe 3 de l'article 22 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant: 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet (Mém. A 1987, p. 726).

- 30 juin Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 12 mai 1975 portant organisation et fonctionnement du centre d'informatique et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale (Mém. A 1987, p. 801).

- 7 juillet Règlement grand-ducal concernant l'organisation et le fonctionnement de la commission spéciale chargée du réexamen des décisions de l'administration de l'emploi en matière d'indemnisation du chômage complet (Mém. A 1987, p. 1058).

- 31 juillet Règlement grand-ducal portant relèvement de la limite d'âge prévue pour l'indemnisation des jeunes chômeurs (Mém. A 1987, p. 1178).

- 23 septembre Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère, ainsi que sur le carnet de maternité (Mém. A 1987, p. 1853).

1988 - 29 janvier Règlement grand-ducal déterminant les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues à l'article 172 du Code des assurances sociales (Mém. A 1988, p. 50).

1988 - 16 juin Règlement grand-ducal portant homologation du règlement d'ordre intérieur de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (Mém. A 1988, p. 564).

- 2 septembre Règlement grand-ducal relatif aux mesures de réhabilitation et de reconversion (Mém. A 1988, p. 953).

- 10 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension (Mém. A 1988, p. 1036).

- 12 décembre Règlement grand-ducal portant homologation du règlement d'ordre intérieur de la caisse de pension agricole (Mém. A 1988, p. 1239).

1990 - 11 janvier Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 29 octobre 1986 fixant les modalités d'application des lois modifiées du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité et du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un service national d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité (Mém. A 1990, p. 28).

- 3 avril Règlement grand-ducal déterminant les modalités de remboursement des prestations échues avant le 1er janvier 1988 entre le régime contributif et les régimes non contributifs (Mém. A 1990, p. 231).

- 30 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension (Mém. A 1990, p. 294).

- 28 décembre Règlement grand-ducal portant exécution de l'article 104 alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires) (Mém. A, 1990, p. 1466).

1991 - 25 février Règlement ministériel établissant les formulaires-type en matière de préretraite (Mém. A 1991, p. 298).

- 4 décembre Règlement grand-ducal fixant les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse prévus à l'article 185 du Code des assurances sociales (Mém. A 1991, p. 1528).

1992 - 2 octobre Règlement grand-ducal complétant et modifiant la liste des maladies professionnelles figurant en annexe de l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles (Mém. A 1992, p. 2356).

- 18 novembre Règlement grand-ducal ayant pour objet de fixer les modalités d'application du recours contre tiers responsable prévu à l'article 232 du Code des assurances sociales (Mém. A 1992, p. 2545).

1993 - 21 juin Règlement grand-ducal portant désignation des institutions pour lesquelles les opérations d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations ne sont pas encore réalisées par le centre commun de la sécurité sociale et autorisant la perception trimestrielle des cotisations du chef d'une activité agricole (Mém. A 1993, p. 950).

- 21 juin Règlement grand-ducal relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 950).

- 23 décembre Règlement grand-ducal concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie (Mém. A 1993, p. 2315).

- 24 décembre Règlement grand-ducal déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice (Mém. A 1993, p. 2320).

1994 - 17 janvier Règlement grand-ducal organisant la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires du revenu minimum garanti (Mém. A 1994, p. 104).

- 19 janvier Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1994, p. 42).

- 25 avril Règlement grand-ducal modifiant l'article 3 alinéa 2 du règlement grand-ducal du 28 décembre 1990 portant exécution de l'article 104 alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires) (Mém. A, 1994, p. 612).

- 11 août Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie en sa séance du 13 juillet 1994 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1994, p. 1402).

- 22 décembre Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie en sa séance du 11 novembre 1994 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1994, p. 2950).

1995 - 11 août Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie en sa séance du 12 juillet 1995 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1995, p. 1780).

- 14 décembre Arrêté ministériel approuvant la décision du 16 novembre 1995 de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie et portant refixation du taux de cotisation (Mém. A 1995, p. 2718).

1996 - 2 mai Règlement grand-ducal déterminant les règles relatives à l'apurement des créances existantes au 31 décembre 1994 dans le secteur hospitalier (Mém. A 1996, p. 1125).

1996	-	2 août	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 10 juillet 1996 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1996, p. 1790).
	-	27 décembre	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 15 novembre 1996 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1996, p. 2934 et Mém. A 1997, p. 659).
1997	-	10 avril	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1991 portant exécution des dispositions de l'article 241, alinéas 11 et 12 du Code des assurances sociales en matière de détermination du revenu professionnel agricole cotisable à l'assurance pension (Mém. A 1997, p. 1117).
	-	19 juillet	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 1989 concernant la comptabilité et les comptes annuels des organismes de sécurité sociale et du fonds national de solidarité (Mém. A 1997, p. 1688).
	-	24 juillet	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 9 juillet 1997 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A, 1997, p.1728).
	-	5 décembre	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 12 novembre 1997 portant modification des statuts de l'Union des caisses de maladie (Mém. A 1997, p. 3239.)
	-	5 décembre	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie du 12 novembre 1997 portant refixation du taux de cotisation en matière d'assurance maladie (Mém. A 1997, p. 3296).
	-	24 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 28 décembre 1990 portant exécution de l'article 104 alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (fixation de la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôt sur les salaires) (Mém. A 1997, p. 3334.)
1998	-	12 juin	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 septembre 1967 déterminant le statut des volontaires de l'Armée (Mém. A 1998, p. 725).
	-	12 juin	Règlement grand-ducal portant homologation des modifications apportées au règlement d'ordre intérieur de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (Mém. A 1998, p. 726).
	-	25 juin	Règlement grand-ducal relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales (Mém. A 1998, p. 745).
	-	3 juillet	Règlement grand-ducal portant approbation des statuts de l'association d'assurance contre les accidents, section agricole (Mém. A 1998, p. 986 et p. 1360). Rectificatif (Mém. A 1998, p. 1360).
	-	17 août	Règlement grand-ducal complétant et modifiant la liste des maladies professionnelles figurant en annexe de l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles (Mém. A 1998, p. 1372).
	-	26 août	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 8 juillet 1998 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1998, p. 1856).
	-	18 novembre	Règlement grand-ducal adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur (Mém. A 1998, p. 2435).
	-	10 décembre	Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 10 novembre 1998 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 1998, p. 3048).
	-	18 décembre	Règlement grand-ducal concernant les intérêts moratoires en matière de sécurité sociale (Mém. A 1998, p. 3032).
	-	18 décembre	Règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mém. A 1998, p. 3198).
	-	21 décembre	Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3132).
	-	21 décembre	Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3142).
	-	21 décembre	Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3386).
1999	-	19 mars	Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 780).
	-	19 mars	Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 781).
	-	19 mars	Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 783).
	-	19 mars	Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services prestés dans un établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 785).

1999 - 19 mars — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 786).

- 19 mars — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 808).
- 5 mai — Règlement grand-ducal concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension (Mém. A 1999, p. 1290).
- 10 mai — Règlement grand-ducal définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales (Mém. A 1999, p. 1361).
- 25 octobre — Règlement grand-ducal déterminant le fonctionnement de la commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code des assurances sociales (Mém. A 1999, p. 2516).
- 18 novembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans un établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2569).
- 18 novembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2570).
- 18 novembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2570).
- 8 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des statuts de l'union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 10 novembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2977).
- 9 décembre — Arrêté ministériel portant approbation de la refixation du taux de cotisation en matière d'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2643).
- 21 décembre — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services prestés dans les foyers de réadaptation en psychiatrie pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2928).
- 21 décembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2929).
- 21 décembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2931).
- 23 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice (Mém. A 1999, p. 2935).

2000 - 6 mai — Règlement grand-ducal portant homologation du règlement d'ordre intérieur de la caisse de pension des employés privés (Mém. A 2000, p. 924).

- 26 mai — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 1086).
- 28 juin — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 1119).
- 17 juillet — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 1269).
- 8 août — Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 12 juillet 2000 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 2000, p. 1934).
- 2 octobre — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 2249).
- 18 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins (Mém. A 2000, p. 2464).
- 30 novembre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 21 novembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 2886).
- 7 décembre — Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 15 novembre 2000 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 2000, p. 1021).

2000 - 14 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2000, p. 3366).

2001 - 16 janvier Règlement grand-ducal fixant les modalités d'application de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 2001, p. 620).

- 16 janvier Règlement grand-ducal organisant la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion (Mém. A 2001, p. 628).
- 23 février Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2001, p. 818).
- 4 mai Arrêté ministériel agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire (Mém. B 2001, p. 695).
- 4 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension (Mém. A 2001, page 1209).
- 1er juin Règlement grand-ducal fixant les modalités d'exécution des dispositions de l'article 9.1.a) 7. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État (Mém. A 2001, p. 1428).
- 29 juin Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2001, page 1736).
- 1er août Règlement grand-ducal relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires (Mém. A 2001, p. 2449).
- 8 août Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 12 juillet 2001 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 2001, p. 2107).
- 18 octobre Règlement grand-ducal déterminant l'organisation et le fonctionnement de la commission chargée d'instruire les demandes concernant les aides prévues aux chapitres 1,2,3,5,6,11 et 12 du titre II de la loi du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural (Mém. A 2001, p. 2618).
- 18 octobre Règlement grand-ducal déterminant l'organisation et le fonctionnement de la commission chargée d'instruire les demandes concernant les aides prévues aux chapitres 7, 8 et 9 du titre II de la loi du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural (Mém. A 2001, p. 2619).
- 27 novembre Règlement grand-ducal portant prorogation du délai de mise en conformité des régimes complémentaires de pension (Mém. A 2001, p. 2930).
- 29 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2001, p. 2946).
- 14 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2001, p. 3281).
- 14 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2001, p. 3281).
- 19 décembre Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 15 novembre 2001 portant modification des statuts de l'union des caisses de maladie (Mém. A 2001, p. 3622).
- 19 décembre Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie du 15 novembre 2001 portant refixation du taux de cotisation en matière d'assurance maladie (Mém. B 2001, p. 1181).
- 20 décembre Règlement grand-ducal déterminant le régime des indemnités des agents de la coopération au service de l'État visés à l'article 23 de la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement (Mém. A 2001, p. 3458).
- 21 décembre Règlement grand-ducal modifiant certaines dispositions réglementaires en matière de droits d'accises autonomes suite au basculement en euro le 1er janvier 2002 (Mém. A 2001, p. 3341).

2002 - 22 février Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2002, p. 486)

- 31 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension (Mém. A 2002, p. 1489)
- 26 juin Règlement grand-ducal fixant les taux de cessibilité et de saisissabilité des rémunérations de travail, pensions et rentes (Mém. A 2002, p. 1617).
- 4 juillet Règlement grand-ducal fixant les conditions et les modalités d'octroi d'une aide sociale aux demandeurs d'asile (Mém. A 2002, p. 1736).

2002 - 25 juillet Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2002, p. 1856).

- 6 août Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 10 juillet 2002 (Mém. 2002, p. 2294).

- 10 septembre Arrêté ministériel agréant certains organismes en application du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire (Mém. B 2002, p. 1027).

- 13 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 29 janvier 1998 déterminant les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues à l'article 172 du Code des assurances sociales (Mém. A 2002, p. 3005).

- 3 décembre Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2002, p. 3699).

- 12 décembre Règlement grand-ducal précisant les conditions et déterminant la procédure relatives à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant: a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués (Mém. A 2002, p. 3838).

- 19 décembre Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie décidées par l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie du 15 novembre 2002 (Mém. A 2002, p. 3807).

- 20 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des organismes de sécurité sociale (Mém. A 2002, p. 3852).

2003 - 24 janvier Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 arrêtant la nomenclature des actes et services des foyers de réadaptation en psychiatrie pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2003, p. 370).

- 24 janvier Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 2003, p. 371).

- 17 mars Règlement grand-ducal modifiant 1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales; 2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 37, 2003, p. 606) - Rectificatif (Mém. A 68, 2003, p. 1108).

- 19 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 75, 2003, p. 1280).

- 27 juillet Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 118, 2003, p. 2496).

- 18 août Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 11 juillet 2003 (Mém. A 123, 2003, p. 2584).

- 8 septembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 13 juillet 1993 ayant pour objet la désignation des délégués des assurés et des employeurs dans les institutions d'assurance maladie, les caisses de pension et les juridictions de sécurité sociale ainsi que des délégués des assurés dans l'association d'assurance contre les accidents, section industrielle (Mém. A 132, 2003, p. 2685).

- 28 novembre Règlement grand-ducal modifiant 1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes (Mém. A 177, 2003, p. 3588).

- 18 décembre Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 14 décembre 2003 (Mém. A 194, 2003, p. 4058).

2004 - 3 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mém. A 40 du 25 mars 2004, p. 613).

- 2 avril Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 65 du 5 mai 2004, p. 966.)

- 30 avril Règlement grand-ducal portant modification de l'article 6 du règlement grand-ducal du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 69 du 10 mai 2004, p. 1053).

2004 - 6 mai — Règlement grand-ducal relatif aux dotations fiscales du fonds pour l'emploi (Mém. A 75 du 10 mai 2004, p. 1108).

- 25 juin — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 30 décembre 1992 relatif au fonctionnement des organes de l'Union des caisses de maladie et des caisses de maladie (Mém. A 104 du 5 juillet 2004, p. 1641).
- 24 août — Arrêté ministériel modifiant les statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 14 juillet 2004 (Mém. A 160 du 22 septembre 2004, p. 2414).
- 27 septembre — Règlement grand-ducal portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mém. A 168 du 15 octobre 2004, p. 2536).
- 7 octobre — Règlement grand-ducal portant exécution de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 167 du 13 octobre 2004, p. 2526).
- 7 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 171 du 21 octobre 2004, p. 2558).
- 7 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le centre thermal et de santé à Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 172 du 2 octobre 2004, p. 2561).
- 17 décembre — Arrêté ministériel approuvant la décision de l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie du 9 novembre 2004 de refixer à partir du 1er janvier 2005 le taux de cotisation pour le financement des soins de santé (Mém. B 90 du 27 décembre 2004, p. 1280).
- 17 décembre — Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie décidées par l'assemblée générale du 9 novembre 2004 (Mém. A 2 du 13 janvier 2005, p. 4).
- 21 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relatives à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués (Mém. A 11 du 28 janvier 2005, p. 124).

2005 - 3 février — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant les services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 28 du 10 mars 2005, p. 565).
- 28 février — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 31 du 16 mars 2005, p. 609).
- 13 mai — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie (Mém. A 70 du 31 mai 2005, p. 1071).
- 1er juillet — Règlement grand-ducal déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif (Mém. A 100 du 13 juillet 2005, p. 1818).
- 25 juillet — Arrêté ministériel approuvant la modification des statuts de l'union des caisses de maladie décidée par l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie en date du 13 juillet 2005 (Mém. A 129 du 17 août 2005, p. 2222).
- 23 septembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 165 du 5 octobre 2005, p. 2796).
- 7 novembre — Règlement grand-ducal modifiant: 1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie; 2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales (Mém. A 185 du 28 novembre 2005, p. 2984).
- 24 novembre — Règlement grand-ducal déterminant la procédure de déclaration des accidents et d'attribution des prestations de l'assurance accident (Mém. A 189 du 2 décembre 2005, p. 3022).
- 24 novembre — Règlement grand-ducal portant homologation des modifications apportées au règlement d'ordre intérieur de l'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (Mém. A 195 du 8 décembre 2005, p. 3152).
- 20 décembre — Arrêté ministériel modifiant les statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 15 novembre 2005 (Mém. A 211 du 23 décembre 2005, p. 3344).
- 23 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 222 du 30 décembre 2005, p. 3731 et p. 3733).

2005 - 23 décembre Règlement grand-ducal modifiant 1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales; 2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 212 du 30 décembre 2005, p. 3733).

2006 - 31 mars Règlement grand-ducal portant homologation du règlement d'ordre intérieur de la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels (Mém. A 62 du 10 avril 2006, p. 1269).

- 9 juin Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 109 du 20 juin 2006, p. 1936).

- 1er août Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 12 juillet 2006 (Mém. A 148 du 28 août 2006, p. 2436).

- 5 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 150 du 30 août 2006, p. 2663).

- 4 décembre Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 15 novembre 2006 (Mém. A 221 du 21 décembre 2006, p. 3788).

- 18 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale (Mém. A 227 du 27 décembre 2006, p. 4066).

- 18 décembre Règlement grand-ducal portant approbation des modifications des statuts de l'Association d'assurance contre les accidents, section agricole (Mém. A 227 du 27 décembre 2006, p. 4066).

- 21 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p. 4732).

- 21 décembre Règlement grand-ducal fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p. 4768).

- 22 décembre Règlement grand-ducal déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p. 4816).

- 22 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p. 4828).

2007 - 15 janvier Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 3 du 25 janvier 2007, p. 31).

- 20 février Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle de carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement (Mém. A 25 du 2 mars 2007, p. 549).

- 5 mars Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 37 du 15 mars 2007, p. 750).

- 5 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 37 du 15 mars 2007, p. 749).

- 23 mars Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 21 mars 2007 (Mém. A 43 du 28 mars 2007, p. 732).

- 25 juillet Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 11 juillet 2007 (Mém. A 125 du 31 juillet 2007, p. 2242

- 3 décembre Arrêté ministériel approuvant les modifications de statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 14 novembre 2007 (Mém. A 217 du 11 décembre 2007 p. 3726) - Rectificatif (Mém. A 224 du 17 décembre 2007 p. 3872).

- 13 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 226 du 19 décembre 2007, p. 3886).

- 21 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le domaine de la psychiatrie extra-hospitalière pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 245 du 31 décembre 2007, p. 4540).

2008 - 27 juin — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 92 du 4 juillet 2008, p. 1253).

- 22 juillet — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 114 du 31 juillet 2008, p. 1782).

- 31 juillet — Arrêté ministériel approuvant les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 9 juillet 2008 (Mém. A 125 du 26 août 2008, p. 1866).

- 11 septembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité (Mém. A 143 du 24 septembre 2008, p. 2112).

- 9 décembre — Règlement grand-ducal ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale (Mém. A 183 du 12 décembre 2008, p. 2469).

- 10 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 14 novembre 2008 (Mém. A 184 du 15 décembre 2008, p. 2480).

- 16 décembre — Règlement grand-ducal déterminant la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3302).

- 16 décembre — Règlement grand-ducal concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette de cotisation en matière de sécurité sociale (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3303).

- 17 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des statuts de la Mutualité des employeurs tels qu'ils ont été adoptés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé du 2 octobre 2008 (Mém. A 222 du 31 décembre, p. 3313).

- 19 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 17 décembre 2008 (Mém. A 218 du 30 novembre 2008, p. 3242).

- 19 décembre — Règlement grand-ducal fixant les taux applicables en matière des droits d'accises autonomes sur les produits énergétiques (Mém. A 221 du 31 décembre 2008, p. 3291).

- 19 décembre — Règlement grand-ducal relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3306).

- 19 décembre — Règlement grand-ducal concernant le congé pour mandat social des membres d'une chambre professionnelle, des membres d'un organe d'une institution de sécurité sociale, des assesseurs du Tribunal de travail, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs des juridictions de sécurité sociale (Mém. A 222 du 31 décembre 2008, p. 3311).

- 22 décembre — Arrêté ministériel portant approbation de la refixation du taux de cotisation en matière d'assurance maladie (Mém. B 100 du 31 décembre 2008, p. 3311). Rectificatif (Mém. B 4 du 15 janvier 2009, p. 61).

2009 - 7 janvier — Règlement grand-ducal relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension (Mém. A 1 du 14 janvier 2009, p. 2).

- 22 janvier — Règlement grand-ducal ayant pour objet de modifier le règlement grand-ducal du 19 février 1993 relatif au fonctionnement de la commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 14 du 5 février 2009, p.152).

- 22 janvier — Règlement grand-ducal portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins (Mém. A 14 du 5 février 2009, p. 152).

- 12 février — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice (Mém. A 24 du 17 février 2009, p. 368).

- 18 février — Règlement grand-ducal ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des institutions de sécurité sociale (Mém. A 35 du 2 mars 2009, p. 444).

- 27 février — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins (Mém. A 40 du 9 mars 2009, p. 565).

- 6 avril — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 74 du 14 avril 2009, p. 898). Rectificatif (Mém. A 85 du 29 avril 2009, p. 1012).

- 28 avril — Règlement grand-ducal précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs (Mém. A 91 du 4 mai 2009, p. 1062).

2009 - 28 avril — Règlement grand-ducal déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie (Mém. A 91 du 4 mai 2009, p. 1067).

- 19 mai — Règlement grand-ducal modifiant: 1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie; 2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 111 du 26 mai 2009, p. 1634). Rectificatif (Mém. A 121 du 2 juin 2009, p. 1728).
- 25 juin — Règlement portant modification du règlement grand-ducal du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels (Mém. A 155 du 2 juillet 2009, p. 2306).
- 25 juin — Règlement modifiant le règlement grand-ducal modifié du 17 juin 1994 fixant les modalités et conditions d'attribution: 1. des aides à la mobilité géographique; 2. d'une aide au réemploi; 3. d'une aide à la création d'entreprises; 4. d'une aide à la création d'emplois d'utilité socio-économique (Mém. A 155 du 2 juillet 2009, p. 2306).
- 25 juin — Règlement grand-ducal déterminant les conditions et modalités relatives 1. à la mise en compte des périodes prévues à l'article 4 et 2. à l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative et l'achat rétroactif de périodes d'assurance prévues aux articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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 national des Chemins de Fer luxembourgeois (Mém. A 159 du 3 juillet 2009, p. 2349).
- 25 juin — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension (Mém. A 159 du 3 juillet 2009, p. 2352).
- 22 juillet — Règlement grand-ducal déterminant les valeurs de réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un ou plusieurs organismes de placement collectif (Mém. A 175 du 5 août 2009, p. 2558).
- 30 juillet — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 24 juin 2009 (Mém. A 181 du 12 août 2009, p. 2669).
- 5 octobre — Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé tel qu'il a été adopté par le comité directeur du 16 septembre 2009 (Mém. A 208 du 26 octobre 2009, p. 3552).
- 2 décembre — Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Centre commun de la sécurité sociale tel qu'il a été adopté par le comité directeur du 29 septembre 2009 (Mém. A 240 du 16 décembre 2009, p. 4294).
- 22 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 27 octobre 2009 et du 1er décembre 2009 (Mém. A 257 du 28 décembre 2009, p. 5455).

2010 - 23 mars — Arrêté ministériel portant approbation des statuts du Fonds de compensation tels qu'ils ont été décidés par le comité directeur du 25 février 2010 (Mém. B 30 du 9 avril 2010, p. 456).

- 20 avril — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins (Mém. A 65 du 28 avril 2010, p. 1262).
- 1er juin — Règlement grand-ducal ayant pour objet la désignation des délégués de l'Association d'assurance accident et modifiant le règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale (Mém. A 88 du 7 juin 2010, p. 1638). Rectificatif (Mém. A 92 du 17 juin 2010, p. 1677).
- 7 juin — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 90 du 10 juin 2010, p. 1646). Rectificatif (Mém. A 93 du 22 juin 2010, p. 1686).
- 17 juin — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 21 mai 2010 (Mém. A 95 du 28 juin 2010, p. 1748).
- 14 septembre — Règlement grand-ducal concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 168 du 21 septembre 2010, p. 2806).
- 24 septembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications du règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 15 septembre 2010 (Mém. A 179 du 6 octobre 2010, p. 2998).
- 28 septembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telle qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 21 juillet 2010 (Mém. A 171 du 29 septembre 2010, p. 2838).
- 4 novembre — Règlement grand-ducal déterminant le mode de perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés (Mém. A 214 du 1er décembre 2010, p. 3526).

2010 - 29 novembre Arrêté ministériel portant approbation de la fixation du taux de cotisation pour le financement des soins de santé tel qu'il a été décidé par le comité directeur du 10 novembre 2010 (Mém. B 104 du 3 décembre 2010, p. 1668).

- 29 novembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 10 novembre 2010 (Mém. A 216 du 3 décembre 2010, p. 3538).

- 3 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins (Mém. A 220 du 15 décembre 2010, p. 3567).

- 14 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 11 novembre 2010 et du 9 décembre 2010 (Mém. A 243 du 27 décembre 2010, p. 4066).

- 14 décembre Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Mutualité des employeurs tel qu'il a été adopté par le comité directeur du 11 novembre 2010 (Mém. A 243 du 27 décembre 2010, p. 4066).

- 17 décembre Règlement grand-ducal fixant les taux applicables en matière de droits d'accise autonomes sur les produits énergétiques (Mém. A 228 du 21 décembre 2010, p. 3682).

- 17 décembre Règlement grand-ducal déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 242 du 27 décembre 2010, p. 4064).

- 17 décembre Règlement grand-ducal déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4077).

- 17 décembre Règlement grand-ducal déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4078).

- 17 décembre Règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4080).

- 17 décembre Règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4083).

- 17 décembre Règlement grand-ducal déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4083).

- 17 décembre Règlement grand-ducal concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p. 4084).

- 17 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mém. A 246 du 30 décembre 2010, p. 4090).

- 22 décembre Arrêté ministériel portant approbation des statuts de l'Association d'assurance accident tels qu'ils ont été arrêtés par le comité directeur du 28 octobre 2010 (Mém. A 244 du 28 décembre 2010, p. 4070).

- 22 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation applicable en matière d'assurance accident pour l'exercice 2011 (Mém. B 113 du 28 décembre 2010, p. 1732).

- 27 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 23 décembre 2010 (Mém. A 246 du 30 décembre 2010, p. 4092).

- 30 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 6 mai 2004 relatif aux dotations fiscales du fonds pour l'emploi (Mém. A 247 du 31 décembre 2010, p. 4099).

- 30 décembre Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale (Mém. A 250 du 31 décembre 2010, p. 4526).

2011 - 12 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 57 du 5 avril 2011, p. 1051).

- 16 mars Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale d'assurance pension (Mém. A 56 du 1er avril 2011, p. 1044).

- 15 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 30 mars 2011 (Mém. A 78 du 22 avril 2011, p. 1242).

2011 - 12 mai — Règlement grand-ducal portant application des dispositions relatives aux occupations temporaires indemnisées prévues à l'article L. 523-1 du Code du travail (Mém. A 113 du 1er juin 2011, p. 1758).

- 20 mai — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 30 mars 2011 (Mém. A 112 du 31 mai 2011, p. 1744).
- 25 mai — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 18 mai 2011 (Mém. A 112 du 31 mai 2011, p. 1753).
- 30 juin — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 16 juin 2011 (Mém. A 139 du 15 juillet 2011, p. 1967).
- 24 juillet — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 158 du 29 juillet 2011, p. 2757).
- 24 juillet — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 158 du 29 juillet 2011, p. 2758).
- 30 juillet — Règlement grand-ducal relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 183 du 23 août 2011, p. 3244).
- 11 août — Règlement grand-ducal précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire (Mém. A 183 du 23 août 2011, p. 3248).
- 18 août — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 195 du 12 septembre 2011, p. 3548).
- 25 août — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 3 août 2011 (Mém. A 189 du 30 août 2011, p. 3296).
- 26 octobre — Règlement grand-ducal instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé (Mém. A 226 du 7 novembre 2011, p. 3893).
- 15 novembre — Règlement grand-ducal déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent (Mém. A 240 du 25 novembre 2011, p. 4027).
- 1er décembre — Règlement grand-ducal déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain (Mém. A 251 du 7 décembre 2011, p. 4232).
- 1er décembre — Règlement grand-ducal modifiant 1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie et 2. le règlement grand-ducal modifié du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relative à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués et abrogeant le règlement grand-ducal du 28 février 1994 fixant un schéma de présentation uniforme des comptes annuels des hôpitaux (Mém. A 251 du 7 décembre 2011, p. 4236).
- 8 décembre — Règlement grand-ducal relatif à l'assurance maladie volontaire (Mém. A 253 du 14 décembre 2011, p. 4261).
- 12 décembre — Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation en matière d'assurance accident pour l'exercice 2012 (Mém. B 107 du 30 décembre 2011, p. 2037).
- 15 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 9 novembre 2011 (Mém. A 275 du 27 décembre 2011, p. 4913).
- 16 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 14 décembre 2011 (Mém. A 275 du 27 décembre 2011, p. 4913).

2012 - 11 janvier — Règlement grand-ducal établissant le relevé des renseignements à fournir par les entreprises en matière de régimes complémentaires de pension (Mém. A 8 du 19 janvier 2012, p. 114).

- 8 février — Règlement grand-ducal du 8 février 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal du 16 décembre 2011 déterminant en application de l'article 35 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2012 les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 26 du 15 février 2012, p. 326).

2012 - 16 mars — Règlement grand-ducal portant a) exécution de l'article 16 de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, relatif à l'encadrement périscolaire, b) modification du règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire (Mém. A 59 du 28 mars 2012, p. 666).

- 26 mars — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 14 mars 2012 (Mém. A 75 du 20 avril 2012, p. 835). Rectificatif (Mém. A 117 du 8 juin 2012, p. 1558).
- 30 avril — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie (Mém. A 82 du 30 avril 2012, p. 930).
- 25 juin — Règlement grand-ducal déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables (Mém. A 128 du 28 juin 2012, p. 1625).
- 3 septembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 1er août 2012 (Mém. A 201 du 17 septembre 2012, p. 2872).
- 27 novembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 14 novembre 2012 (Mém. A 255 du 11 décembre 2012, p. 3250).
- 19 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 5 décembre 2012 (Mém. A 300 du 31 décembre 2012, p. 4794).
- 19 décembre — Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation applicable en matière d'assurance accident pour l'exercice 2013 (Mém. B 2 du 7 janvier 2013, p. 18).
- 21 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 6 mai 2004 relatif aux dotations fiscales du fonds pour l'emploi (Mém. A 270 du 28 décembre 2012, p. 3843).
- 26 décembre — Règlement grand-ducal déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4714).
- 26 décembre — Règlement grand-ducal fixant les facteurs de revalorisation prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4715).
- 26 décembre — Règlement grand-ducal instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4717).
- 26 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4718). Rectificatif (Mém. A 18 du 7 février 2013, p. 339).
- 26 décembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4720).
- 27 décembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par les comités directeurs du 12 décembre et 21 décembre 2012 (Mém. A 299 du 31 décembre 2012, p. 4724).

2013 - 13 mars — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension (Mém. A 53 du 22 mars 2013, p. 679).

- 10 juin — Règlement grand-ducal définissant le barème médical applicable à l'assurance accident (Mém. A 103 du 24 juin 2013, p. 1482).
- 19 juin — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 115 du 4 juillet 2013, p. 1806).
- 13 août — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été décidées par le comité directeur du 31 juillet 2013 (Mém. A 156 du 28 août 2013, p. 3018).
- 25 septembre — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été décidées par le comité directeur du 18 septembre 2013 (Mém. A 176 du 1er octobre 2013, p. 3378).
- 28 octobre — Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 portant exécution de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 15 du 29 janvier 2014, p. 140). Texte coordonné (Mém. A 15 du 29 janvier 2014, p. 140).
- 15 novembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 204 du 29 novembre 2013, p. 3752).
- 15 novembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé du Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 204 du 29 novembre 2013, p. 3753).

2013 - 22 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Mém. A 207 du 3 décembre 2013, p. 3794).

- 17 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation applicable en matière d'assurance accident pour l'exercice 2014 (Mém. B 126 du 30 décembre 2013, p. 2450).

- 19 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 11 décembre 2013 (Mém. A 232 du 30 décembre 2013, p. 4300).

- 23 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 225 du 27 décembre 2013, p. 4225).

2014 - 28 février Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 11 décembre 2013 (Mém. A 30 du 7 mars 2014, p. 332).

- 22 mars Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 26 février 2014 (Mém. A 46 du 31 mars 2014, p. 524).

- 28 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 67 du 30 avril 2014, p. 1000).

- 30 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 26 mars 2014 (Mém. A 69 du 2 mai 2014, p. 1006).

- 30 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 23 avril 2014 (Mém. A 74 du 8 mai 2014, p. 1076).

- 26 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 91 du 30 mai 2014, p. 1418).

- 30 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 26 février 2014 (Mém. A 96 du 10 juin 2014, p. 1468).

- 8 août Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 9 juillet 2014 (Mém. A 159 du 13 août 2014, p. 2458). Rectificatif (Mém. A 166 du 22 août 2014, p. 2520).

- 14 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 196 du 20 octobre 2014, p. 3827).

- 5 novembre Arrêté ministériel portant approbation du document relatif à la mise en place du point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé tel qu'il a été décidé par le comité directeur du 17 septembre 2014 (Mém. A 209 du 11 novembre 2014, p. 4136).

- 5 novembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 15 octobre 2014 (Mém. A 210 du 12 novembre 2014, p. 4142).

- 26 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 217 du 1er décembre 2014, p. 4192).

- 12 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 232 du 18 décembre 2014, p. 4476).

- 16 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation en matière d'assurance accident pour l'exercice 2015 (Mém. B 131 du 19 décembre 2014, p. 2245).

2015 - 28 janvier Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 10 décembre 2014 (Mém. A 16 du 3 février 2015, p. 196).

- 24 mars Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été décidées par le comité directeur du 25 février 2015 (Mém. A 62 du 2 avril 2015, p. 1284).

- 25 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 60 du 31 mars 2015, p. 1272).

2015 - 6 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 101 du 11 juin 2015, p. 1732).

- 27 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 221 du 30 novembre 2015, p. 4788).

- 27 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 227 du 7 décembre 2015, p. 4858).

- 7 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent (Mém. A 231 du 10 décembre 2015, p. 5030).

- 10 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p. 5166).

- 10 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p. 5166).

- 10 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers- bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p. 5171).

- 10 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation en matière d'assurance accident pour l'exercice 2016 (Mém. B 140 du 17 décembre 2015, p. 2113).

- 21 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 11 novembre 2015 (Mém. A 260 du 29 décembre 2015, p. 6262).

2016 - 8 février Règlement grand-ducal déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident (Mém. A 18 du 19 février 2016, p. 598).

- 25 février Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 13 janvier 2016 (Mém. A 33 du 11 mars 2016, p. 770).

- 4 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 90 du 13 mai 2016, p.1670).

- 3 juin Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 102 du 14 juin 2016, p.1875).

- 27 juin Règlement grand-ducal concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 115 du 1er juillet 2016, p. 2144).

- 5 juillet Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p. 2216).

- 5 juillet Règlement grand-ducal déterminant le tableau des maladies professionnelles (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p. 2217).

- 27 juillet Règlement grand-ducal portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (Mém. A 145 du 29 juillet 2016, p. 2454).

- 24 août Règlement grand-ducal concernant le statut du personnel du Centre commun de la sécurité sociale. (Mém. A 178 du 2 septembre 20016)

- 24 août Règlement grand-ducal concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux. (Mém. A 178 du 2 septembre 2016)

- 24 août Règlement grand-ducal concernant le statut du personnel de l'Association d'assurance accident. (Mém. A 178 du 2 septembre 2016)

- 5 octobre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 14 septembre 2016 (Mém. A 211 du 17 octobre 2016, p. 3982).

- 15 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 215 du 20 octobre 2016, p. 4026).

- 26 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 220 du 31 octobre 2016, p. 4144).

2016 - 22 novembre Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p. 4378).

- 22 novembre Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p. 4379).

- 25 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 238 du 30 novembre 2016, p. 4388). Rectificatif (JO, Mém. A 189 du 9 février 2017).

- 12 décembre Règlement grand-ducal portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées (Mém. A 252 du 14 décembre 2016, p. 4576).

- 13 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation en matière d'assurance accident pour l'exercice 2017 (Mém. B 126 du 16 décembre 2016, p. 2043).

- 14 décembre Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 260 du 19 décembre 2016, p. 4637).

- 21 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur des 9 et 23 novembre 2016 (Mém. A 287 du 27 novembre 2016, p. 6018). Ajout modification annexe B (JO, Mém. A 462 du 8 mai 2017).

- 23 décembre Règlement grand-ducal fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance (Mém. A 274 du 27 décembre 2016, p. 5168).

2017 - 25 janvier Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins et le règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale la procédure à suivre devant le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice (JO, Mém. A 317 du 22 mars 2017).

- 8 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 18 novembre 1992 ayant pour objet de fixer les modalités d'application du recours contre tiers responsable prévu à l'article 232 du code des assurances sociales (JO, Mém. A 340 du 28 mars 2017).

- 9 mars Règlement grand-ducal portant détermination des facteurs de capitalisation prévus aux articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 312 du 22 mars 2017).

- 22 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 348 du 31 mars 2017.

- 24 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 470 du 10 mai 2017). Rectificatif (JO, Mém. A 763 du 28 août 2017).

- 26 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été décidées par le comité directeur du 15 mars 2017 (JO, Mém. A 525 du 30 mai 2017).

- 19 juin Arrêté ministériel portant approbation des modifications du document relatif à la mise en place du point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 5 avril 2017 (JO, Mém. A 601 du 29 juin 2017),

- 26 juin Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été décidées par le comité directeur du 14 juin 2017 (JO, Mém. A 598 du 28 juin 2017).

- 5 juillet Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 17 mai 2017 (JO, Mém. A 658 du 24 juillet 2017).

- 26 octobre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 5 avril 2017 (JO, Mém. A 947 du 26 octobre 2017).

- 10 novembre Règlement du Gouvernement en Conseil relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2018 (JO, Mém. A 1105 du 21 décembre 2017).

- 30 novembre Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1010 du 30 novembre 2017).

- 1er décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1031 du 6 décembre 2017).

- 6 décembre Règlement grand-ducal modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1033 du 7 décembre 2017).

2017 - 6 décembre Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1034 du 7 décembre 2017).

- 6 décembre Règlement grand-ducal portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 (JO, Mém. A 1041 du 11 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2016 (JO, Mém. A 1064 du 15 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2016 (JO, Mém. A 1065 du 15 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (JO, Mém. A 1089 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal déterminant: 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2° les coefficients d'encadrement du groupe (JO, Mém. A 1090 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant (JO, Mém. A 1091 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins (JO, Mém. A 1092 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal modifiant 1° le règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales; 2° abrogeant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales et 3° abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance (JO, Mém. A 1093 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge (JO, Mém. A 1094 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Règlement grand-ducal précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins (JO, Mém. A 1095 du 19 décembre 2017).

- 13 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été adoptées par le comité directeur du 15 novembre 2017 (JO, Mém. A 1096 du 19 décembre 2017).

- 15 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation en matière d'assurance accident pour l'exercice 2018 (JO, Mém. B 3732 du 21 décembre 2017).

- 20 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts telles qu'elles ont été décidées par les comités directeurs du 15 novembre 2017 et du 13 décembre 2017 (JO, Mém. A 1129 du 28 décembre 2017).

2018 - 27 février Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain (JO, Mém. A 167 du 8 mars 2018).

- 8 mars Règlement grand-ducal portant abrogation du règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place. (JO Mém. A 223 du 28 mars 2018)

- 11 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 15 novembre 2017 (JO, Mém. A 324 du 26 avril 2018).

- 20 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 21 mars 2018 (JO, Mém. A 310 du 25 avril 2018).

- 24 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (JO, Mém. A 325 du 26 avril 2018).

- 25 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 329 du 27 avril 2018).

- 15 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 396 du 23 mai 2018).

2018 - 27 juin — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été décidées par le comité directeur du 13 juin 2018 (JO, Mém. A 538 du 29 juin 2018). Rectificatif (JO, Mém. A 592 du 16 juillet 2018).

- 18 juillet — Arrêté ministériel portant approbation des cotisations annuelles applicable en matière d'assurance accident volontaire pour l'exercice 2018 (JO, Mém. B 2101 du 8 août 2018).

- 1er août — Règlement grand-ducal du 2018 modifiant le règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 716 du 22 août 2018)

- 1er août — Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 798 du 12 septembre 2018)

- 1er août — Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 818 du 13 septembre 2018)

- 3 août — Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de Santé telles qu'elles ont été arrêtées par le comité directeur de la Caisse nationale de Santé en date du 25 juillet 2018. (JO, Mém. A 740 du 29 août 2018)

- 11 septembre — Règlement grand-ducal relatif au calcul du montant de référence et aux modalités de versement et de restitution des montants visés à l'article 252 du Code civil. (JO, Mém. A 996 du 29 octobre 2018)

- 18 septembre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant. (JO, Mém. A 875 du 27 septembre 2018)

- 18 septembre — Règlement grand-ducal du modifiant le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe. (JO, Mém. A 876 du 27 septembre 2018)

- 18 septembre — Règlement grand-ducal du modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. (JO, Mém. A 877 du 27 septembre 2018)

- 21 septembre — Règlement du Gouvernement en conseil relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2019. (JO, Mém. A 891 du 4 octobre 2018)

- 1er octobre — Règlement grand-ducal fixant les modalités d'application de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et portant modification 1° du règlement grand-ducal modifié du 18 septembre 1995 concernant l'assistance judiciaire; 2° du règlement grand-ducal modifié du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit; 3° du règlement grand-ducal modifié du 2 octobre 2004 portant exécution de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; 4° du règlement grand-ducal du 3 août 2010 fixant les montants des droits d'inscription à payer lors de l'admission à un cours organisé par l'institut national des langues et portant abrogation 1° du règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 fixant les modalités d'application de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; 2° du règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 organisant la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion. (JO, Mém. A 916 du 5 octobre 2018)

- 6 octobre — Règlement grand-ducal concernant le statut du personnel de la Caisse pour l'avenir des enfants. (JO, Mém. A 947 du 15 octobre 2018)

- 19 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 981 du 25 octobre 2018)

- 19 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 982 du 25 octobre 2018)

- 19 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 983 du 25 octobre 2018)

- 27 octobre — Règlement grand-ducal portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944. (JO, Mém. A 1000 du 2 novembre 2018)

- 27 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1001 du 6 novembre 2018)

- 27 octobre — Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1002 du 6 novembre 2018)

- 27 octobre — Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1008 du 8 novembre 2018)

2018 - 20 novembre Arrêté ministériel portant approbation des statuts de l'Association d'assurance accident, tels qu'ils ont été arrêtés par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident en date du 27 septembre 2018. (JO, Mém. A 1066 du 23 novembre 2018)

- 20 novembre Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de l'Association d'assurance accident tel qu'il a été arrêté par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident en date du 27 septembre 2018. (JO, Mém. B 3563 du 27 novembre 2018)

- 3 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 14 novembre 2018 (JO, Mém. A 1118 du 13 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2017. (JO, Mém. A 1111 du 11 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2017. (JO, Mém. A 1112 du 11 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale et portant abrogation du règlement grand-ducal du 30 avril 2004 portant sur les modalités des consultations complémentaires pouvant être exécutées par la sage-femme. (JO, Mém. A 1113 du 11 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1114 du 11 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1115 du 11 décembre 2018)

- 5 décembre Règlement grand-ducal modifiant 1° le règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ; 2° le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1116 du 13 décembre 2018)

- 12 décembre Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation applicable en matière d'assurance accident pour l'exercice 2019. (JO, Mém. B 3755 du 14 décembre 2018)

- 18 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles qu'elles ont été arrêtées par le Conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 12 décembre 2018. (JO, Mém. A 1194 du 27 décembre 2018)

2019 - 8 février Règlement grand-ducal relatif à l'organisation de formations en soins palliatifs et en accompagnement de fin de vie pour les médecins, les autres professions de santé et le personnel d'encadrement des services pour personnes âgées. (JO, Mém. A 109 du 5 mars 2019)

- 28 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé telles quelles ont été arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 3 avril 2019. (JO, Mém. A 369 du 29 mai 2019)

- 19 juin Arrêté ministériel portant approbation des cotisations annuelles applicables en matière d'assurance accident volontaire pour l'exercice 2019. (JO, Mém. B 1829 du 24 juin 2019)

- 16 octobre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 699 du 21 octobre 2019)

- 8 novembre Règlement du Gouvernement en conseil du 8 novembre 2019 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2020. (JO, Mém. A 783 du 25 novembre 2019)

- 22 novembre Règlement grand-ducal fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2018. (JO, Mém. A 786 du 27 novembre 2019)

- 22 novembre Règlement grand-ducal fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225*bis*, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2018. (JO, Mém. A 787 du 27 novembre 2019)

- 22 novembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 2009 déterminant les conditions et modalités relatives 1. à la mise en compte des périodes prévues à l'article 4 et 2. à l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative et l'achat rétroactif de périodes d'assurance prévus aux articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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. (JO, Mém. A 823 du 6 décembre 2019)

- 4 décembre Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension. (JO, Mém. A 824 du 6 décembre 2019)

- 6 décembre Règlement grand-ducal précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé. (JO, Mém. A 909 du 28 décembre 2019)

- 6 décembre Règlement grand-ducal précisant les modalités de gestion de l'identification des personnes et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires. (JO, Mém. A 910 du 28 décembre 2019)

2019 - 13 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs arrêtées par le Conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 15 novembre 2019. (JO, Mém. A 848 du 13 décembre 2019)

- 13 décembre Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le Conseil d'administration de la Caisse nationale de santé an date du 13 novembre 2019. (JO, Mém. A 894 du 24 décembre 2019)

- 15 décembre Règlement grand-ducal portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944. (JO, Mém. A 852 du 17 décembre 2019)

2020 - 12 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. (JO, Mém. A 146 du 13 mars 2020)

- 17 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 159 du 17 mars 2020)

- 17 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. (JO; Mém. A 160 du 17 mars 2020)

- 18 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. (JO; Mém. A 163 du 18 mars 2020)

- 18 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 168 du 19 mars 2020)

- 18 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 169 du 19 mars 2020)

- 30 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 212 du 30 mars 2020)

- 30 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 213 du 30 mars 2020)

- 14 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 25 mars 2020. (JO, Mém. A 283 du 14 avril 2020)

- 17 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 299 du 17 avril 2020)

- 20 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 1er avril 2020. (JO, Mém. A 314 du 22 avril 2020)

- 20 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 8 avril 2020. (JO, Mém. A 315 du 22 avril 2020)

- 24 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 352 du 4 mai 2020)

- 29 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 343 du 29 avril 2020)

- 29 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale. (JO, Mém. A 344 du 29 avril 2020)

- 4 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications du règlement d'ordre intérieur du Centre commun de la sécurité sociale arrêtées par le conseil d'administration du Centre commun de la sécurité sociale en date du 30 janvier 2020 (JO, Mém. A 362 du 6 mai 2020)

- 20 mai Règlement du Gouvernement en conseil du 20 mai 2020 modifiant le règlement du Gouvernement en conseil du 8 novembre 2019 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2020. (JO, Mém. A 413 du 20 mai 2020)

- 30 juin Arrêté ministériel portant approbation des modification du règlement d'ordre intérieur de l'Association d'assurance accident décidées par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident en date du 30 janvier 2020. (JO, Mém B. 2285 du 7 juillet 2020)

2020	-	14 août	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 688 du 14 août 2020)
	-	29 septembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. (JO, Mém. A 795 du 29 septembre 2020)
	-	26 octobre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 16 septembre 2020. (JO, Mém. A 866 du 29 octobre 2020)
	-	5 novembre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 4 octobre 2020. (JO, Mém. A 892 du 10 novembre 2020)
	-	20 novembre	Règlement du Gouvernement en Conseil relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2021. (JO, Mém. A 963 du 3 décembre 2020)
	-	14 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 987 du 15 décembre 2020)
	-	14 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 988 du 15 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1002 du 16 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1003 du 16 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1010 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1011 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2019. (JO, Mém. A 1012 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2019. (JO, Mém. A 1013 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944. (JO, Mém. A 1014 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 1015 du 17 décembre 2020)
	-	15 décembre	Règlement grand-ducal du portant modification du règlement grand-ducal du 20 juin 2020 portant dérogation à l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels. (JO, Mém. A 1026 du 18 décembre 2020)
	-	19 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 concernant les intérêts moratoires en matière de sécurité sociale. (JO, Mém. A 1054 du 22 décembre 2020)
	-	18 décembre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs arrêtées par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 20 novembre 2020. (JO, Mém. A 1089 du 28 décembre 2020)
2021	-	14 janvier	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 9 décembre 2020. (JO, Mém. A 71 du 28 janvier 2021). Rectificatif (JO, Mém. A 22 du 14 janvier 2021)
	-	27 janvier	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 80 du 29 janvier 2021)
	-	27 janvier	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 81 du 29 janvier 2021)
	-	29 janvier	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 90 du 3 février 2021)

2021 - 12 février Règlement grand-ducal portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif de la profession de psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg. (JO, Mém. A 131 du 23 février 2021)

- 3 mars Arrêté ministériel portant approbation de la modification des statuts de l'Association d'assurance accident décidée par le conseil d'administration en date du 28 janvier 2021. (JO, Mém. A 186 du 10 mars 2021)

- 3 mars Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 236 du 25 mars 2021)

- 11 mars Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 10 février 2021. (JO, Mém. A 238 du 25 mars 2021)

- 2 avril Règlement grand-ducal du modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 272 du 6 avril 2021)

- 8 avril Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 24 février 2021. (JO, Mém. A 301 du 14 avril 2021)

- 16 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 309 du 20 avril 2021)

- 21 avril Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 17 mai 2017 portant exécution des dispositions des chapitres 17 et 18 de la loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. (JO, Mém. A 341 du 4 mai 2021)

- 12 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 21 avril 2021. (JO, Mém. A 401 du 31 mai 2021)

- 21 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 373 du 18 mai 2021)

- 21 mai Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 374 du 18 mai 2021)

- 31 mai Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 5 mai 2021. (JO, Mém. A 402 du 31 mai 2021)

- 31 mai Arrêté ministériel portant approbation des cotisations annuelles applicables en matière d'assurance accident volontaire pour l'exercice 2021. (JO, Mém. B 2192 du 2 juin 2021)

- 18 juin Acte grand-ducal rectificatif du règlement grand-ducal du 12 mai 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 479 du 28 juin 2021)

- 30 juin Règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 20 juin 2020 portant dérogation à l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels. (JO, Mém. A 488 du 30 juin 2021)

- 12 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 612 du 13 août 2021)

- 15 juillet Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 579 du 2 août 2021)

- 12 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 612 du 13 août 2021)

- 20 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel du Centre commun de la sécurité sociale. (JO, Mém. A 658 du 7 septembre 2021). Rectifié par acte grand-ducal du 27 septembre 2021. (JO, Mém. A 699 du 27 septembre 2021)

- 20 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux. (JO, Mém. A 659 du 7 septembre 2021)

- 20 août Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de l'Association d'assurance accident. (JO, Mém. A 660 du 7 septembre 2021)

2021	-	20 octobre	Acte grand-ducal rectificatif du règlement grand-ducal du 15 juillet 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 751 du 26 octobre 2021)
	-	20 octobre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 757 du 29 octobre 2021)
	-	25 octobre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 15 septembre 2021. (JO, Mém. A 748 du 25 octobre 2021)
	-	10 novembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 791 du 12 novembre 2021)
	-	19 novembre	Règlement du Gouvernement en Conseil relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2022. (JO, Mém. A 828 du 26 novembre 2021)
	-	29 novembre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 27 octobre 2021. (JO, Mém. A 829 du 29 novembre 2021)
	-	2 décembre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs arrêtées par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 24 novembre 2021. (JO, Mém. A 835 du 2 décembre 2021)
	-	9 décembre	Arrêté ministériel portant approbation du taux de cotisation applicable en matière d'assurance accident pour l'exercice 2022 (JO, Mém. B 4780 du 17 décembre 2021)
	-	17 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. (JO, Mém. A 895 du 20 décembre 2021)
	-	17 décembre	Règlement grand-ducal fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2020. (JO, Mém. A 901 du 21 décembre 2021)
	-	17 décembre	Règlement grand-ducal fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6, du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2020. (JO, Mém. A 902 du 21 décembre 2021)
	-	17 décembre	Règlement grand-ducal portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944. (JO, Mém. A 903 du 21 décembre 2021)
	-	29 décembre	Règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie. (JO, Mém. A 944 du 29 décembre 2021)
	-	30 décembre	Arrêté ministériel portant approbation des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 8 décembre 2021. (JO, Mém. A 946 du 30 décembre 2021)

CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LIVRE Ier - ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

SOMMAIRE

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

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

Assurance obligatoire

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

1) [2] [3] 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) [4]les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial. L. 25.7.05,I,1°

Sont assimilés à ces personnes:

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

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales [5];

5) le conjoint ou le partenaire [6] au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale; L. 25.7.05,I,2°

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

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

8) [7] 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 [8] luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg; L. 27.7.92

---

1) ***L. 30.11.07,7:***
Le requérant qui demande un agrément d'assistant parental doit attester de son affiliation personnelle à la sécurité sociale et de sa souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle.

2) *Par L. 8.12.81,31 (Mém. A 98 du 24.12.1981, page 2388) les requis au titre de cette loi non affiliés auprès d'un régime de sécurité sociale sont affiliés d'office auprès des organes compétents pour les employés privés.*

3) *Par L. 28.11.79 (Mém. A 88 du 30.11.1979, p. 1768) le parlementaire est affilié pendant la durée de son mandat auprès de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, à condition qu'il ne soit affilié obligatoirement à une autre caisse.*

4) ***L. 25.7.05,V:***
Les dispositions prévues à l'article Ier, sous les points 1[article 1er,1,4)], 13 [article 85,1,7)] et 18 [article 171, 1,2)] ne peuvent avoir pour effet d'opérer un changement des affiliations existant au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.11.05) sauf demande des personnes concernées ou modifications des circonstances juridiques.

5) *Par L. 13.12.17,5 les termes « la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales » sont remplacés par les termes « la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ».*

6) *Par partenariat il y a lieu d'entendre une communauté de vie de deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple et qui ont fait une déclaration conjointe par écrit auprès de l'officier de l'état civil de la commune de résidence (L. 9.7.04).*

7) *Les bénéficiaires de l'indemnité de préretraite sont assimilés aux bénéficiaires de pension en ce qui concerne l'affiliation et le taux de cotisation (Article L. 585-2(2) du Code du travail).*

8) *Les mots «* régime non contributif *» ont été remplacés par les termes «* régime spécial transitoire *» par L. 25.7.05,I,5°.*

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

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

11) les bénéficiaires d'un complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; [1] — L. 25.7.05,I,6°

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

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

14) [2] [3] les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7; — L. 9.7.04,15,1°,d)

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

16) [4] 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 [5], les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement; — L. 12.5.10,2,1°,a)

17) [4] les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes; — L. 31.10.07,8,(1)

18) [4] aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés et aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; — L. 28.1.99,11,1

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

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

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

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

---

1) Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

*2) **L. 9.8.18,2,2°:***
La loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'université du Luxembourg est modifiée comme suit:
a) À la suite du paragraphe 4 est inséré un nouveau paragraphe 5 libellé comme suit :
« (5) Pour pouvoir s'inscrire à l'Université, l'usager visé à l'article 1er, point 11°, lettres a) et b), doit présenter une attestation prouvant son affiliation à un régime légal d'assurance maladie au sens du Code de la sécurité sociale ou au titre de la législation d'un État avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou son droit aux prestations de l'assurance maladie comme ayant droit au titre d'un tel régime. Sous peine d'annulation de son inscription, l'usager invoquant une affiliation en vertu de l'article 1er, alinéa 1er, point 14, du Code de la sécurité sociale, doit payer à l'Université les cotisations visées à l'article 32, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale.»

*3) **L. 9.8.18,6:***
Pour la période allant du 1er janvier 2018 jusqu'au 1er août 2018, l'État prend en charge les cotisations à l'assurance maladie des personnes visées à l'article 1er, alinéa1, point 14 du Code de la sécurité sociale.

4) Numérotation adaptée par L. 25.7.05,I,3°.

*5) **L. 2.8.1997, art. 29:***
Le service de santé de l'armée assurera le traitement médical des volontaires; il peut avoir recours à des médecins spécialistes et, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin militaire, à un médecin civil.
Pour les frais de soins de santé les volontaires de même que les membres de carrière de l'armée pourront obtenir un remboursement complémentaire en cas de détachement à l'étranger ou de missions autorisées par le ministre (voir aussi R. 1.7.08).

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

Assurance volontaire

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

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

3 Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'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. L. 28.7.00,27,1)

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

Détachement à l'étranger

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

Exemption et dispense de l'assurance

1 **Art. 4.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

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

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

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

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

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

3 Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui 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.

4 Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1er, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui L. 25.7.05,I,8°

---

*1) Convention du 16 décembre 2020 portant organisation de la liquidation des consultations des médecins généralistes ou spécialistes, dans un **centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19**, pour des personnes non affiliées à l'une des caisses visées aux articles 45 et 48 du Code de la sécurité sociale ou des personnes bénéficiant d'une assurance volontaire selon l'article 2 du Code de la sécurité sociale tant que leur droit aux prestations n'est pas ouvert. (JO, Mém. A 99 du 9 février 2021)*

assume une activité assurée en vertu de l'article 1er, numéro 4), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1er, numéro 5).

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

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

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

1) au conjoint ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
2) au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, tient le ménage de l'assuré principal;
3) aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; L. 26.7.10,V,1°
4) aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour lesquels l'assuré, son conjoint ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats obtient une modération d'impôt en application des articles 122 et 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
5) aux ayants droit visés sous 3) et 4) âgés de moins de trente ans et pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée, s'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti [1)] pour une personne seule tel que défini par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti. [2)]

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

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

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

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

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

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

1) Il y a lieu de lire « revenu d'inclusion sociale ».

2) Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

Indemnité pécuniaire de maladie

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

2 L'indemnité pécuniaire de maladie est due pendant les périodes de reprise progressive du travail accordée en vertu de l'article 14*bis*.[2] [3] L. 10.8.18,2,1°

3 [4] L'indemnité pécuniaire de maladie est due pareillement pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article L. 234-51 du Code du travail. L. 13.5.08,2,1°

4 [4] L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail. L. 16.3.09,10,1

1 **Art. 10.** Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. L. 17.12.10,1,3°

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

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

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

---

1) ***L. 15.12.20, 1er, 2 et 3 :***
Art. 1er. Le Gouvernement est autorisé à participer au financement des mesures suivantes prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 :
(...) 2° l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1er et 2, du Code de la sécurité sociale due par l'assurance maladie-maternité aux salariés et aux non-salariés en application de l'article 1er, alinéa 1er, de la loi du 20 juin 2020 portant prorogation des dérogations aux dispositions des articles 11, alinéa 2, 12, alinéa 3 et 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale et L. 121-6, paragraphe 3, du Code du travail ;
Art. 2.
Les dépenses totales engagées au titre des mesures énumérées à l'article 1er à hauteur de 386 000 000 euros sont à charge du budget de l'État.
La participation de l'État à verser à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie-maternité est échelonnée comme suit :
1° exercice budgétaire 2020 : 200 000 000 euros ;
2° exercice budgétaire 2021 : 62 000 000 euros ;
3° exercice budgétaire 2022 : 62 000 000 euros ;
4° exercice budgétaire 2023 : 62 000 000 euros.
Art. 3.
Après l'article budgétaire 17.5.42.005 de la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020 est inséré l'article budgétaire 17.5.42.006 nouveau, libellé comme suit :
« – 17.5.42.006 – Participation de l'État au financement de l'assurance-maladie : dotation pour dépenses liées aux mesures Covid-19. Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice : 200.000.000 euros ». (JO, Mém. A 993 du 15 décembre 2020)

2) ***L. 15.12.20, 1er, 2 et 3 :***
Art. 1er. Le Gouvernement est autorisé à participer au financement des mesures suivantes prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 :
(...) 2° l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1er et 2, du Code de la sécurité sociale due par l'assurance maladie-maternité aux salariés et aux non-salariés en application de l'article 1er, alinéa 1er, de la loi du 20 juin 2020 portant prorogation des dérogations aux dispositions des articles 11, alinéa 2, 12, alinéa 3 et 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale et L. 121-6, paragraphe 3, du Code du travail ;
Art. 2.
Les dépenses totales engagées au titre des mesures énumérées à l'article 1er à hauteur de 386 000 000 euros sont à charge du budget de l'État.
La participation de l'État à verser à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie-maternité est échelonnée comme suit :
1° exercice budgétaire 2020 : 200 000 000 euros ;
2° exercice budgétaire 2021 : 62 000 000 euros ;
3° exercice budgétaire 2022 : 62 000 000 euros ;
4° exercice budgétaire 2023 : 62 000 000 euros.
Art. 3.
Après l'article budgétaire 17.5.42.005 de la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020 est inséré l'article budgétaire 17.5.42.006 nouveau, libellé comme suit :
« – 17.5.42.006 – Participation de l'État au financement de l'assurance-maladie : dotation pour dépenses liées aux mesures Covid-19. Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice : 200.000.000 euros ». (JO, Mém. A 993 du 15 décembre 2020)

3) ***L. 10.8.18,3****: Entrée en vigueur: 1er janvier 2019*

4) *Alinéas renumérotés par L. 10.8.18,2,1°.*

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

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

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

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

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

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

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

2 L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 426, alinéa 2. [1] L. 13.5.08,2,3°,a)

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

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

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

6 [2] L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance dépendance, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales.[3] L. 21.12.04,1,2°

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

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

3 L'indemnité pécuniaire accordée aux non salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail L. 13.5.08,2,4°

---

*1) Dérogé par **R. 3.04.20,2** : Par dérogation aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et à l'article L.121-6, paragraphe 3, première et deuxième phrase de l'alinéa 2 du Code du travail, l'assurance maladie-maternité prend en charge l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale due aux salariés et aux non salariés pendant les périodes se situant entre le premier jour du mois qui suit la déclaration de l'état de crise par le Grand-Duc sur base de l'article 32, paragraphe 4 de la Constitution et la fin du mois calendrier au cours duquel prend fin cet état de crise. (JO, Mém. A 238 du 3 avril 2020).*

*Dérogé par **L. 20.6.20, 1er** : Par dérogation aux articles 11, alinéa 2, et 12, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale et à l'article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2, première et deuxième phrases, du Code du travail, l'assurance maladie-maternité prend en charge l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1er et 2 du Code de la sécurité sociale due aux salariés et aux non-salariés pendant la période se situant entre le premier jour du mois de calendrier qui suit le 18 mars 2020 et le dernier jour du mois de calendrier au cours duquel prend fin l'état de crise, tel que déclaré par le règlement grand-ducal modifié du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et prorogé par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19.*

La prise en charge par l'assurance maladie-maternité de l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'alinéa 1er s'applique sans préjudice de l'obligation pour l'employeur de veiller à ce que le salarié incapable de travailler soit indemnisé au niveau de l'intégralité du salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail 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 dix-huit mois de calendrier successifs. (JO, Mém A 511 du 21 juin 2020).

2) Alinéa renuméroté par L. 7.8.15,2,1°.

3) Dernière phrase abrogée par L. 13.5.08, 2, 3°, c)

pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. [1)]

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

1 **Art. 14.** L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts. [1)] Sur base d'un certificat médical de son médecin traitant, l'assuré en incapacité de travail peut, avec l'accord de son employeur, soumettre à la Caisse nationale de santé une demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques si la reprise de travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré. [2)] L. 13.5.08,2,4bis° L. 10.8.18,2,2°,a)

2 Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de soixante-dix-huit [2) 3)] semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail. [4) 5) 6)] L. 13.5.08,2,4bis°

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

1 **Art. 14*bis*.** [4)] Le bénéfice de la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques est subordonné à la condition que l'assuré ait été en incapacité de travail pendant au moins un mois sur les trois mois précédant sa demande. L. 10.8.18,2,3°

2 La reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques est accordée par une décision préalable de la Caisse nationale de santé prise sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale.

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

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

3 L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement professionnel en application du titre V du livre V du Code du travail. [7)] L. 25.7.02,14 L. 31.7.06,3

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

1) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;

2) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2, alinéa 4 du Code du travail; L. 23.7.15,II,1°

3) tant que le bénéficiaire séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie; L. 1.7.05,II,2°

---

1) Par L. 7.8.15,2,2°, la troisième phrase « Après la période de suspension visée aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3, l'indemnité pécuniaire ne peut être accordée que si l'assuré présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant. » a été supprimée.

2) L. 10.8.18,3: Entrée en vigueur: 1er janvier 2019.

3) Par L. 10.8.18,2,2°,b) le terme « cinquante-deux » est remplacé par le terme « soixante-dix-huit ».

4) L. 10.8.18,3: Entrée en vigueur: 1er janvier 2019.

5) Par L. 10.8.18,2,2°,c) la dernière phrase « Les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées. » est supprimée.

*6) Dérogé par **R. 3.04.20,1**er : Par dérogation à l'article 14, alinéa 2, phrase finale du Code de la sécurité sociale, ne sont pas mis en compte pour le calcul des soixante-dix-huit semaines, les périodes d'incapacité de travail personnelle se situant entre le 18 mars 2020, date de la constatation de l'état de crise par le Grand-Duc sur base de l'article 32, paragraphe 4 de la Constitution et la date de la fin de cet état de crise. (JO, Mém. A 238 du 3 avril 2020)*

Suite à l'état de crise une prorogation des dérogations a été prévue par la loi du 20 juin 2020 portant prorogation des dérogations aux dispositions des articles 11, alinéa 2, 12, alinéa 3, 14, alinéa 2 et 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale et L.121-6, paragraphe 3 du Code du travail (JO, Mém A 511 du 21 juin 2020)

7) Voir sous « Lois - Assurance maladie » du présent recueil.

4) [1) 2)] tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 7.8.15,2,4°

2 Les statuts déterminent les modalités de contrôle des incapacités de travail [3)], y compris celles indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail. Ils peuvent imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre ne dépassant pas le triple de l'indemnité pécuniaire journalière. L. 13.5.08,2,5°

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

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

Prestations de soins de santé

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

1) les soins de médecine;
2) les soins de médecine dentaire;
3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
4) les analyses de biologie médicale;
5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
7) les dispositifs médicaux [4)] et les produits d'alimentation médicale; L. 13.12.17,1er,1°
8) les traitements effectués en milieu hospitalier; L. 17.12.10,1er,5°
9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;

---

1) Renumérotation adaptée par L. 9.8.18,1,1°.

2) L. 26.2.2013,20 (Mém. A 38 du 5.3.2016) et L. 5.4.2016,19 (Mém. A 62 du 15.4.2016):
Contrôle des arrêts de travail
1. En cas d'arrêt de travail d'un salarié soumis à la législation d'une Partie contractante et résidant sur le territoire de l'autre Partie contractante, l'institution compétente de la première Partie peut, en application du règlement d'application, demander à l'institution compétente de l'autre Partie contractante de procéder aux mesures de contrôle prévues par la législation de cette autre Partie contractante.
L'institution compétente requise procède sans délai aux mesures de contrôle demandées et informe l'institution compétente requérante des constatations qu'elle a faites.
2. Par ailleurs, l'institution d'une Partie contractante qui souhaite s'assurer de la justification d'un arrêt de travail d'un salarié soumis à la législation qu'elle applique et résidant sur le territoire de l'autre Partie contractante peut mandater un médecin de son choix exerçant sur le territoire de cette dernière aux fins d'effectuer une visite de contrôle au domicile du salarié.

3) L. 26.2.2013,20 (Mém. A 38 du 5.3.2016) et L. 5.4.2016,19 (Mém. A 62 du 15.4.2016):
Contrôle des arrêts de travail
1. En cas d'arrêt de travail d'un salarié soumis à la législation d'une Partie contractante et résidant sur le territoire de l'autre Partie contractante, l'institution compétente de la première Partie peut, en application du règlement d'application, demander à l'institution compétente de l'autre Partie contractante de procéder aux mesures de contrôle prévues par la législation de cette autre Partie contractante. L'institution compétente requise procède sans délai aux mesures de contrôle demandées et informe l'institution compétente requérante des constatations qu'elle a faites.
2. Par ailleurs, l'institution d'une Partie contractante qui souhaite s'assurer de la justification d'un arrêt de travail d'un salarié soumis à la législation qu'elle applique et résidant sur le territoire de l'autre Partie contractante peut mandater un médecin de son choix exerçant sur le territoire de cette dernière aux fins d'effectuer une visite de contrôle au domicile du salarié.

*4) **L. 1.7.14,6 modifiant L. 16.1.90:***
*Art. 2-1. (1) Un règlement grand-ducal détermine le contenu, la forme et les modalités d'établissement des prescriptions de dispositifs médicaux établies à la demande d'un patient qui entend les utiliser dans un autre État membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, en particulier en ce qui concerne la liste des éléments à y inclure, les modalités d'identification correcte du dispositif médical et les informations destinées aux patients concernant la prescription et les instructions jointes relatives à l'utilisation du dispositif médical. **R. 14.10.14 (Mém. A 196 du 20 octobre 2014, p. 3826),***
(2) Les prescriptions établies dans un autre État membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, sont reconnues équivalentes aux prescriptions à contenu identique établies au Luxembourg. Les pharmaciens ou autres personnes autorisées à délivrer un dispositif médical procèdent à sa délivrance conformément à la législation luxembourgeoise en vigueur, sauf s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription.
La reconnaissance des prescriptions dont question au présent paragraphe ne s'applique pas aux médicaments soumis à un régime de prescription médicale spéciale en application de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.
Un règlement grand-ducal établit les mesures nécessaires à la bonne application de la reconnaissance des prescriptions dont question à l'alinéa 1.

12) les frais de transport des malades;

13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal; [1] R. 28.4.09

14) les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental. L. 14.7.15,17,1.

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

3 Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés [2].

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

2 En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour une durée à fixer par les statuts qui ne peut être supérieure à une année. [3]

---

1) *Dérogé par **R. 15.4.20,2** : Par dérogation à l'article 17, alinéa 1er, point 13 du Code de la sécurité sociale et au règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs, la déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs est, pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans la cadre de la lutte contre le Covid-19, à adresser directement par le médecin traitant signataire du formulaire à la Caisse nationale de santé. La déclaration est validée par la Caisse nationale de santé endéans deux jours ouvrables de sa réception. La date d'ouverture du droit ne peut être antérieure de plus de cinq jours ouvrables à la date d'entrée de la déclaration auprès de la Caisse nationale de santé. La prorogation du droit aux soins palliatifs est accordée par la Caisse nationale de santé selon les mêmes modalités que pour la période initiale. (JO, Mém. A 285 du 15 avril 2020)*

2) *Convention du 9 juillet 1996 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme de vaccination contre l'hépatite B** (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3799). Avenant du 24.7.2008 (Dénoncée d'un commun accord avec effet au 1.9.2008) (Mém. A 141 du 18.9.2008, p. 2103).*

*Convention du 26 septembre 2001 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme de vaccination contre la méningite à méningocoque C** (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3802).*

*Convention du 28 mars 2001 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe** (Mém. A 170 du 31.12.2001, p. 3804). Amendée le 26 septembre 2007 (Mém. A 193 du 29.10.2007, p. 3473), le 16 décembre 2016 (JO, Mém. A 197 du 14 février 2017).*

*Convention du 13 octobre 2003 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie** (Mém. A 167 du 19.11.2003, p. 3295). Amendée le 25 juin 2007 (Mém. A 123 du 20 juillet 2007, p. 2228), le 17 décembre 2015 (Mém. A 249 du 24 décembre 2015, p. 6150).*

*Convention du 1er juin 2007 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales** (Mém. A 117 du 17 juillet 2007, p. 2164).*

*Convention du 30 novembre 2007 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme pilote d'aide au sevrage tabagique** (Mém. A 222 du 14 décembre 2007, p. 3842).*

*Convention du 26 février 2008 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un **programme de médecine préventive pour la vaccination contre Human papilloma virus** (Mém. A 22 du 27 février 2008, p. 348). Amendée le 14 janvier 2015 (Mém. A 52 du 23 mars 2015, p. 1057), le 15 mars 2017 (JO, Mém. A 487 du 16 mai 2017).*

*Convention du 12 mars 2008 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant **création d'un centre de prévention pour le dos** (Mém. A 39 du 4 avril 2008, p. 628).*

*Convention du 30 novembre 2011 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un **programme de médecine préventive pour la contraception chez la femme** (Mém. A 275 du 27 décembre 2011, p. 4913). Amendée le 13 juin 2018 (JO, Mém. A 636 du 1er août 2018). Avenant du 27 octobre 2021(JO, Mém. A 881 du 17 décembre 2021).*

*Convention du 25 septembre 2013 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un **programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes** (Mém. A 176 du 1er octobre 2013, p. 3378).*

*Convention du 9 décembre 2020 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant organisation d'un **programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)**. (JO, Mém. A 190 du 11 mars 2021).*

*Convention du 17 juillet 2018 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un **programme de vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus, et de certaines personnes à risque contre le pneumocoque** (JO, Mém. A 649 du 3 août 2018).*

*Convention du 27 août 2020 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé établissant **la prise en charge à taux préférentiel du vaccin « Rotarix » par l'assurance maladie** (JO, Mém. A 723 du 27 août 2020).*

3) ***L. 16.12.2021, 6 :** « Art. 3 septies. (5) Par dérogation à l'article 18, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour la durée de la période de non-rémunération du salarié ou de l'agent public. »*

3 (alinéa abrogé) [1] L. 20.7.18,52

4 Le droit aux prestations de soins de santé des gens de mer visés à l'article 1er, sous 3) est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois. L. 27.7.92

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

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

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

4 Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aides et de soins. L. 19.6.98,II,3)

1 **Art. 19bis** [2] L'assuré atteint d'une des pathologies chroniques graves qualifiées d'affection de longue durée, énumérées au règlement grand-ducal déterminant la nomenclature des médecins, peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions: L. 18.12.15,36

1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;

2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;

3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;

4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;

5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;

6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

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

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

1 **Art. 20.** (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un 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. L. 1.7.14,I,1°

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

1) le séjour de l'assuré dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers pour au moins une nuit, ou

2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétence nationaux, les services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers,

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

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

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

---

1) Par L. 20.7.18,52 l'alinéa 3 de l'article 3 de l'article 18 du Code de la sécurité sociale a été abrogé. Cet alinéa a eu la teneur suivante: « Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu tant que l'assuré se trouve en état de suspension. »

2) Amendement de la convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie (actuellement CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes relatif au médecin référent (Mém. A 276 du 28 décembre 2011, p. 4924 et Mém. A 29 du 17 février 2012, p. 355). Dénonciation de l'annexe V la convention en date du 1.7.2015 (Mém. B 86 du 25 août 2014, p. 1592). Amendement de la convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie (actuellement CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes relatif au médecin référent (Mém. A 201 du 21 octobre 2015, p. 4582).

1) si les prestations de soins de santé transfrontaliers font partie de la prise en charge de l'article 17, alinéa 1, mais que ces prestations ne peuvent pas être dispensées sur le territoire luxembourgeois dans un délai acceptable sur le plan médical, suivant évaluation par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base des critères fixés dans les statuts, ou

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 22.[1)] (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public et dans le cadre de la délivrance hospitalière se fait selon une liste positive à publier au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. L. 18.12.15,37 R. 12.12.02 R. 1.12.11

---

1) ***L. 1.7.14,V modifiant L. 11.4.83:***

Art. 9-2. Prescription transfrontalière de médicaments

(1) Un règlement grand-ducal détermine le contenu, la forme et les modalités d'établissement des prescriptions médicales établies à la demande d'un patient qui entend les utiliser dans un autre État membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, en particulier en ce qui concerne la liste des éléments à y inclure, les modalités d'identification correcte du médicament, les informations destinées aux patients concernant la prescription et les instructions jointes relatives à l'utilisation du médicament. ***R. 14.10.14 (Mém. A 196 du 20 octobre 2014, p. 3829)***

(2) Les prescriptions établies dans un autre État membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, sont reconnues équivalentes aux prescriptions à contenu identique établies au Luxembourg. Si le médicament dispose d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg, les pharmaciens procèdent à la délivrance du médicament conformément à la législation luxembourgeoise en vigueur, sauf s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription.

La reconnaissance des prescriptions dont question au présent paragraphe ne s'applique pas aux médicaments soumis à un régime de prescription médicale spéciale en application de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

Un règlement grand-ducal établit les mesures nécessaires à la bonne application de la reconnaissance des prescriptions dont question à l'alinéa 1er.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

---

1) Liste des médicaments substituables pris en charge par l'assurance maladie-maternité et soumis à une base de remboursement en application de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale (Situation au 1er janvier 2020) (JO, Mém. B 422 du 11 février 2020).

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

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

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

1 **Art. 23.** Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. L. 27.7.92 R. 12.12.02 R. 29.4.05

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

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

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

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

Prestations de maternité

1 **Art. 25.**[3) 4)] A droit à une indemnité pécuniaire de maternité, l'assurée salariée, affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 [5)] au cours de l'année précédant le congé de maternité, L. 1.8.01

a) pendant la période déterminée en application des articles L. 332-1 [6)] et L. 332-2 du Code du travail [7)];

b) pendant la dispense de travail prévue aux articles L. 333-4, L. 334-3 (3) et L. 334-4 (5) du Code du travail [7)];

c) en cas de perte de revenu résultant du transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour conformément à l'article L. 333-3 du Code du travail [7)].

2 A droit à la même indemnité, l'assuré salarié bénéficiant d'un congé d'accueil au titre de l'article L. 234-55 du Code du travail [8)], affilié à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 [9)] au cours de l'année précédant ce congé.

---

1) A voir règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant le tarif des préparations galéniques et les honoraires des pharmaciens (Mém. A 300 du 31 décembre 2012, p. 4730), modifié par règlement grand-ducal du 25 janvier 2017 (JO, Mém. A 114 du 30 janvier 2017).

2) Convention du 28 décembre 2012 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution du tiers payant social (Mém. A 11 du 24 janvier 2013, p. 241).

3) Cass, 1er mars 2001, no 1784 du registre CMEP/Van Bever.

4) A voir arrêt de la Cour constitutionnelle n° 100/13 du 12 juillet 2013 (Mém. A 135 du 26 juillet 2013, p. 2754).

5) Termes ajoutés par L. 17.11.03, I, 1°, a).

*6) **L. 13.5.08,8,4°:***
Le paragraphe 2 de l'article L. 332-3 du Code du travail est modifié comme suit:
La période du congé de maternité est prise en compte pour la détermination des droits liés à l'ancienneté. La femme salariée conserve en outre le bénéfice de tous les avantages qu'elle avait acquis avant le début du congé de maternité et elle bénéficie de toute amélioration des conditions de travail à laquelle elle aurait eu droit durant son absence.

7) Par L. 31.7.06, article 2, point 45, la loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchés et allaitantes a été abrogée. Par L. 31.7.06, article 3, les références à cette loi ont été remplacées par les références aux articles correspondants du Code du travail.
Voir sous « Lois - Assurance maladie *» du présent recueil.*

8) Il y a lieu de lire « article L. 234-56 ».

9) Termes ajoutés par L. 17.11.03, I, 1°, a).

3 L'assurée non salariée, enceinte, accouchée et allaitante a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité pendant la période prévue à l'alinéa 1, sous a), sous condition d'avoir été affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1er, points 1 à 5 et 7 [9] au cours de l'année précédant le début de cette période.

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

5 [1] L'indemnité pécuniaire de maternité est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie. Elle ne peut être cumulée avec celle-ci, ni avec un autre revenu professionnel. Dans le cas visé à l'alinéa 1, sous c), elle se réduit à la perte de revenu brut effective. L. 1.8.01

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

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

Indemnité funéraire

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

Chapitre III. - **Financement**

Système de financement

1 [2]**Art. 28.**[3] Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses. L. 23.12.16,37

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

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

4 [4] [5] (alinéa abrogé)

Taux de cotisation

1 **Art. 29.** [6] Le taux de cotisation [7] est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33. L. 17.12.10,1,16°

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

---

1) Alinéa renuméroté par L. 21.12.04,06°.

*2) **L.18.12.09,52,(1):***
Par dérogation à l'article 28, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2010 à 5,5 pour cent.
Pour faire face à des difficultés de trésorerie éventuelles, une ligne de crédit peut être ouverte sans frais par le conseil d'administration sur la réserve prévue à l'article 375 du Code de la sécurité sociale. L'article 41, alinéa 2, du même Code est applicable.

*3) **L. 17.12.10,3:***
Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.

4) Par L. 13.5.08, 2, 5quater°, b), alinéa renuméroté.

5) L'article 28, alinéa 4 est abrogé par L. 9.8.18,1,2°.

*6) **L. 13.5.08,14,(1):***
Sans préjudice des articles 29 et 32 du Code de la sécurité sociale les assurés ouvriers supportent une surprime correspondant à 2,1 pour cent de l'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie. Ce taux se réduit à 1 pour cent à partir du 1er janvier 2012 et à 0 pour cent à partir du 1er janvier 2013 (L. 21.12.12,32).
La surprime est perçue par le Centre commun de la sécurité sociale au profit de la Mutualité des employeurs instituée par l'article 52 du Code de la sécurité sociale, sauf pour les employeurs exemptés en vertu de l'article 53, alinéa 1, sous 1) du même code.
Sont considérés comme assurés ouvriers au sens de la présente disposition, les assurés qui ne bénificient pas au 31 décembre 2008 de la continuation légale ou conventionnelle de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents, ainsi que les salariés autres que ceux qui accomplissent un travail d'une nature, sinon exclusivement, du moins principalement intellectuelle, engagés après cette date.
Le présent paragraphe ne s'applique pas aux employeurs visés par l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

7) Le taux de cotisation pour le financement des soins de santé est fixé à 5,60% (arrêté ministériel du 29.11.10 sur délibération du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé du 10 novembre 2010).

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

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

3 Le taux de cotisation refixé est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Charge des cotisations

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

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

1 **Art. 32.** [2] 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 1er sous 1), 2) et 3); L. 17.12.10,1,19°,a)
- par parts égales à l'État et aux assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, sous 7) et 12) et à l'article 2, alinéa 3; L. 9.5.12,2,1.,a)
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'Armée, 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 [3] ; L. 18.7.18,26
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20); L. 17.12.10,1,19°,c)
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation; L. 27.7.92
- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1er sous 4) [4] et 14) [5] [6];
- aux assurés visés à l'article 1er sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article [4];

---

1) ***L. 17.12.10,14:***
L'État prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.
L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.
L. 20.12.13,27: Mesures en matière d'assurance maladie: Dotation annuelle maternité
La disposition prévue à l'article 14 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est prorogée pour un an.
L. 19.12.14,43: Mesures en matière d'assurance maladie: Dotation annuelle maternité
La disposition prévue à l'article 14, alinéa 1 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est prorogée jusqu'au 31 décembre 2018.
L. 26.4.19,34: Mesures en matière d'assurance maladie-maternité: dotation annuelle maternité
La disposition prévue à l'article 14, alinéa 1er de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est prorogée jusqu'au 31 décembre 2021.
L. 17.12.21, 38: Dotation annuelle maternité
La disposition prévue à l'article 14, alinéa 1er, de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. Le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est prorogée jusqu'au 31 décembre 2023.

2) *A voir note de bas de page n° 5) à l'article 29 du CSS.*

3) *Par L. 29.8.17,IV les termes « ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et de le personnel du Centre de rétention » sont remplacés par les termes « ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires, le personnel du Centre de rétention et le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État ».*

4) ***L. 27.6.16,55 (Voir rubrique Lois - Divers du présent recueil)**:*
Les cotisations d'assurance maladie des personnes visées à l'article 1er sous 4) et 5) du Code de la sécurité sociale, remplissant les conditions prévues à l'article 2, paragraphe 3, point 2 et 3 sont prises en charge par l'État jusqu'à concurrence de trois quarts de la cotisation à charge des assurés calculée sur base du salaire minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

5) *Par L. 17.12.10,1,19°,d) les termes « et 14 » ont été ajoutés.*

6) ***L. 9.8.18,6:***
Pour la période allant du 1er janvier 2011 jusqu'au 1er août 2018, l'État prend en charge les cotisations à l'assurance maladie des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, point 14 du Code de la sécurité sociale.

- à l'État en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, sous 13), 15), 16), 17) et 19) [1] ; L. 9.5.12,2,1.,b)
- entièrement à charge des personnes assurées en vertu de l'article 2 [2] ; L. 27.7.92
- par parts égales à l'État [3] ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 1er, sous 18); L. 25.7.05,I,11°
- entièrement à charge de la famille d'accueil pour les assurés visés à l'article 1er, sous 21). L. 18.2.13,7,(3),2°

2 Le paiement des cotisations à charge des assurés visés à l'article 1er, 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. L. 9.8.18,1,4°

Assiette de cotisation

1 **Art. 33.** [4] L'assiette de cotisation comprend: L. 17.12.10,1,20°

- le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- 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.

---

1) ***L. 3.8.05:***
Art. 14. *Des mesures d'appui particulières pour le sportif d'élite. […]*
(6) Pour autant que les sportifs d'élite ne sont pas assurés à un autre titre, l'État prend à charge, sur la base de l'assiette du salaire social minimum, les cotisations de sécurité sociale. Pour les sportifs d'élite qui réduisent leur activité professionnelle de façon à ce que leurs revenus tombent en dessous du salaire social minimum, l'État rembourse les charges sociales calculées d'après leur revenu réel. […]

2) *Par L. 9.8.18,1er,3°, les termes « autres » et « de l'article 1er, sous 14) ou » ont supprimés.*

3) *Voir R. 7.10.04,28 et ss.*

4) ***L. 19.12.14,7: Introduction d'un impôt d'équilibrage budgétaire temporaire***
(1) Il est introduit pour les années 2015 et 2016 (L. 23.12.16,8) un prélèvement sur le revenu des personnes physiques, dénommé impôt d'équilibrage budgétaire temporaire. L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est perçu au profit de l'État par le Centre commun de la sécurité sociale et par l'Administration des contributions directes.
(2) L'assiette de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement, ainsi que par les revenus du patrimoine.
(3) Le taux de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est fixé à 0,5 pour cent.
(4) L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est dû par les personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 1) à 12), 16) et 20) du Code de la sécurité sociale, y compris celles détachées à l'étranger, mais à l'exclusion de celles exemptées ou dispensées en vertu des articles 4 à 6 du même code.
Pour les personnes assurées en vertu des numéros 1) à 3), 7) à 12), 16) et 20) de l'article 1er, alinéa 1, du Code de la sécurité sociale, l'employeur ou l'institution débitrice effectue la retenue afférente sur la rémunération ou le revenu de remplacement. A défaut d'opérer la retenue, il en devient débiteur pur et simple du montant redû.
L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement visés au présent paragraphe est déterminé sur base de l'assiette prévue à l'article 33 du Code de la sécurité sociale, mais sans application du minimum et du maximum inscrits à l'article 39 du même Code.
Pour les personnes assurées visées à l'article 1er, sous alinéa 1, 1) à 3), 6) à 12), 16) et 20) du Code de la sécurité sociale, l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant au salaire social minimum mensuel pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Pour les personnes assurées visées à l'article 1er, sous alinéa 1, 4) et 5), elle est réduite d'un abattement correspondant à trois quarts du salaire social minimum mensuel pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Un règlement grand-ducal fixe les modalités particulières de l'abattement en cas de travail à temps partiel, d'occupation ne couvrant pas un mois de calendrier entier, d'occupations multiples, de concours de plusieurs pensions et de concours de pension avec une occupation professionnelle.
L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est établi et perçu par le Centre commun de la sécurité sociale pour le compte de l'État suivant les dispositions prévues aux articles 42, 425 à 435, 445 et 447 du Code de la sécurité sociale.
(5) L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sur les revenus autres que ceux visés au paragraphe 4 est à charge des contribuables résidents et non résidents tels que définis à l'article 2 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. Il est déterminé à raison des revenus nets visés soit à l'article 10, soit à l'article 156 de la même loi.
Le revenu net pour chacune des catégories énumérées est à prendre en considération seulement lorsque son montant est positif.
L'établissement et la perception pour le compte de l'État de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sur les revenus visés au présent paragraphe incombe à l'Administration des contributions directes.
L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sur les revenus dont la perception incombe à l'Administration des contributions directes ne dépassant pas 25 euros par an est considéré comme nul.
L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est à considérer comme un impôt sur le revenu et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales prévus dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

(6) Par dérogation au paragraphe 5, les revenus exonérés, avec ou sans réserve d'une clause de progressivité, en vertu d'une convention internationale contre les doubles impositions ou d'une autre convention interétatique, n'entrent pas dans l'assiette de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire.
(7) Les voies de recours en matière d'impôts directs s'appliquent à l'encontre des bases d'imposition des bulletins d'impôt servant au calcul de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire au sens du paragraphe 5.
La perception et le recouvrement de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire au sens du paragraphe 5 s'opèrent et se poursuivent dans les mêmes formes et avec les mêmes privilèges et hypothèque légale que ceux des contributions directes.
(8) Un règlement grand-ducal peut:
1. majorer les taux des différentes retenues prévues par la loi modifiée concernant l'impôt sur le revenu au titre de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire sans que cette majoration puisse excéder 0,5% du revenu sousjacent;
2. régler l'exécution pratique des dispositions des paragraphes 5 à 7.
(9) Le Centre commun de la sécurité sociale et l'Administration des contributions directes échangent, à l'aide de procédés automatisés ou non, les informations nécessaires en vue du calcul correct de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire.
(10) Le produit de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est imputé sur le budget ordinaire des recettes et des dépenses de l'État.

2	Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.	R. 16.12.08	R. 8.12.11
3	Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.		
4	Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État 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.		
5	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.	L. 9.8.18,1,5°	
1	**Art. 34.** Pour les activités salariées, le revenu professionnel visé à l'article qui précède correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires.	L. 13.5.08,2,8°,a)	
2	Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent.	L. 21.12.04,I,7°	
3	Un règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation.	L. 13.5.08,2,8°,b)	R. 16.12.08
1	**Art. 35.** Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.	L. 27.7.92	
2	En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul, sans préjudice de l'application de la dernière phrase de l'article 241, alinéa 10.	L. 19.6.98, 2,5)	
3	Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.	L. 9.7.04,15,6°	
4	(alinéa abrogé)	L. 19.6.98,II,5)	
1	**Art. 36.** Pour les activités non salariées agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.	L. 27.7.92	R. 27.6.16
2	Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel.		R. 27.6.16
3	Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédent précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation.		R. 27.6.16
4	Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due.		
	Art. 37. En cas d'exercice de plusieurs occupations assujetties à l'assurance, l'ensemble des revenus professionnels est soumis à cotisation.		
	Art. 38. (article abrogé)	L. 17.12.10,1,21°	

1 [1] **Art. 39.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins sauf causes de réduction légalement prévues. En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même, elle se limite au complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti [2], 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. L. 27.7.92 L. 9.8.18,1,6°

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

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

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

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

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

Art. 40. (article abrogé) L. 17.12.10,1,22° [3]

Administration du patrimoine

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

2 La Caisse nationale de santé ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie momentanées. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 13.5.08,2,9ter°

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

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

Paiement des cotisations

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

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

Remboursement des cotisations

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

2 Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations

---

1) Voir article 6 de L. 30.7.99 sous « Loi - Divers *» du présent recueil.*

2) Il y a lieu de lire « loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

3) ***L. 17.12.10,14:***

L'État prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.

L. 20.12.13,27: Mesures en matière d'assurance maladie: Dotation annuelle maternité

La disposition prévue à l'article 14 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est prorogée pour un an.

L. 19.12.14,43: Mesures en matière d'assurance maladie: Dotation annuelle maternité

La disposition prévue à l'article 14, alinéa 1 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est prorogée jusqu'au 31 décembre 2018.

correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.

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

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

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

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

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

3) l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois dont relèvent les agents, employés et stagiaires de cette société ainsi que les bénéficiaires de pension afférents. Un règlement grand-ducal peut préciser la caisse compétente en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents. R. 16.12.08

Caisse nationale de santé [1)]

1 **Art. 45.** [2)] La Caisse nationale de santé est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration.

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

3 Il lui appartient notamment: L. 9.8.18,1,7°,a)

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;

2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;

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

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

5) de préparer les négociations à mener par le président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations;

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

7) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan;

8) d'établir les règles relatives à la mise en place d'un point de contact national fournissant, sur demande, des informations aux assurés affiliés au Luxembourg ainsi qu'aux prestataires de soins, notamment relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, concernant en particulier:

- les procédures d'accès et les conditions d'un droit à la prise en charge de ces soins soit par application d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale, soit suivant le présent Code:
- les voies de recours administratives et juridictionnelles dont dispose l'assuré en vertu du présent Code;

---

1) ***L. 13.5.08,15:***
La Caisse nationale de santé est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers, de la Caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED, de la Caisse de maladie des employés privés, de la Caisse de maladie des employés de l'ARBED, de la Caisse de maladie des professions indépendantes et de la Caisse de maladie agricole. [...] Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants.[...]
Le patrimoine immobilier et mobilier qui à la date du 31 décembre 2008 est propriété de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers ou de la Caisse de maladie des employés privés devient de plein droit la propriété de la Caisse nationale de santé.[...]

2) *Convention du 16 décembre 2020 portant organisation de la liquidation des consultations des médecins généralistes ou spécialistes, dans un **centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19**, pour des personnes non affiliées à l'une des caisses visées aux articles 45 et 48 du Code de la sécurité sociale ou des personnes bénéficiant d'une assurance volontaire selon l'article 2 du Code de la sécurité sociale tant que leur droit aux prestations n'est pas ouvert. (JO, Mém. A 99 du 9 février 2021)*

9) de gérer le patrimoine;

10) de prendre les décisions concernant le personnel;

11) d'établir son règlement d'ordre intérieur;

12) d'établir un code de conduite.

4 Les décisions prévues aux points 3), 4), 6), 7), 8) et 11) [1] de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 1.7.14,I,3°,b)

5 Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au 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 Caisse nationale de santé. L. 13.5.08,2,10° L. 9.8.18,1,7°,c)

1 **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 [2]: L. 13.5.08,2,10°

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 [3] 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. L. 17.12.10,1,24°

4 [3] 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. L. 13.5.08,2,10°

5 [3] Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués et du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 9.12.08 R. 7.1.09

6 [3] 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.

1 **Art. 47.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. L. 7.8.15,2,6° L. 9.8.18,1,9°,a)

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

---

1) Par L. 9.8.18,1,7°,b), les termes « aux points 1) à 7) » sont remplacés par les termes « aux points 3), 4), 6), 7), 8) et 11) ».

2) Par L. 9.8.18,1,8°,a), les termes « nommé par le Grand-Duc » sont complétés par les termes « sur proposition du Gouvernement ».

3) L'alinéa 3 est abrogé. Alinéas rénumérotés par L. 9.8.18,1,8°,b).

3 [2] Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, 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. L. 17.12.10,1,25 [1]

4 [2] 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.

5 [2] 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. L. 9.8.18,1,9°,b)

6 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*. L. 9.8.18,1,9°,c)

Les caisses de maladie

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

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

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

3 Il lui appartient notamment:

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

4 A sa demande, le conseil d'administration peut bénéficier de l'assistance des services de la Caisse nationale de santé.

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

1 **Art. 50.** Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le conseil d'administration se compose: R. 9.12.08

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

2 Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le 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.

---

1) ***L. 17.12.10,11:***
Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.
Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

2) *Alinéas renumérotés par L. 7.8.15,2,7°.*

3) *Par L. 7.8.15,2,8° le renvoi à l'alinéa 2 est remplacé par un renvoi à l'alinéa 3.*

3 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.

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

5 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. L. 9.8.18,1,10°

1 **Art. 51.** A la demande de l'assuré toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre fait l'objet d'une décision du président du 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. L. 13.5.08,2,10° L. 9.8.18,1,11°

2 Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 2[1)] 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. L. 13.5.08,2,10°

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

Mutualité des employeurs L. 13.5.08,2,11°

1 **Art. 52.** [2) 3)] Il est créé une Mutualité des employeurs désignée ci-après par la «Mutualité», ayant pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L. 121-6 du Code du travail.

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

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

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

1 **Art. 53.**[4)] Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:

1) l'État, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui

---

1) Il y a lieu de lire « article 66, alinéa 3 ».

2) ***L. 16.12.11,35,(1): Mutualité des employeurs***
L'État verse à la Mutualité des employeurs visée à l'article 52 du Code de la sécurité sociale pendant les années 2011 à 2015 un montant annuel de 25.000.000 euros que ladite Mutualité alloue aux employeurs en vue de compenser l'augmentation du coût salarial résultant pour les exercices 2011 à 2015 du relèvement du salaire social minimum au 1er janvier 2011 en application de la loi du 17 décembre 2010 modifiant les articles L. 222-4 et L. 222-9 du Code du travail. Les statuts de la Mutualité des employeurs déterminent les conditions et modalités d'application de cette mesure de compensation.

3) ***L. 21.12.12,33:***
Pour l'exercice 2013, l'État verse à la Mutualité des employeurs le montant de 69,5 millions d'euros.
L. 18.12.15,38. Mesures en matière d'assurance maladie: Mutualité des employeurs
L'État accorde une contribution forfaitaire unique à la Mutualité des employeurs visée à l'article 52 du Code de la sécurité sociale de 24,5 millions euros au titre de l'exercice 2014.
L. 23.12.16,39. Mesures en matière d'assurance maladie: Mutualité des employeurs
L'État accorde une contribution forfaitaire unique à la Mutualité des employeurs visée à l'article 52 du Code de la sécurité sociale de 8,2 millions euros au titre de l'exercice 2016.

4) ***L. 13.5.08,14,(3):***
Nonobstant les dispositions de l'article 53, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, sont exemptées à titre transitoire de l'affiliation obligatoire à la Mutualité, suivant les modalités pouvant être précisées par règlement grand-ducal, les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque visé à l'article 52, alinéa 1.

bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;

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

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

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

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

1) le congé pour raisons familiales;

2) le congé d'accompagnement;

3) les périodes d'essai des apprentis et des salariés prévues aux articles L. 111-8, paragraphe 1er, alinéa 2, sous 3, L. 121-5 et L. 122-11 du Code du travail. L. 13.12.17,1er,2°

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

1) du congé pour raisons familiales;

2) du congé d'accompagnement.

1 **Art. 55.** Pour faire face aux charges qui lui incombent, la Mutualité applique le système de la répartition de la charge avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses.[1)]

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

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

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

Art. 56. [2) 3)] L'État prend en charge, en procédant par avances, l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes tel qu'il est arrêté au compte d'exploitation de la Mutualité des employeurs dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,85[4) 5) 6)] pour cent, tout en assurant une réserve équivalant à dix pour cent du montant annuel des dépenses. L. 23.12.16,40

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

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

---

1) ***L. 19.12.14,38: Mesures en matière d'assurance maladie: Mutualité des employeurs***
Par dérogation à l'article 55, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2015 à 8 pour cent.

2) ***L. 13.5.08,14,(2):***
L'article 56 du Code de la sécurité sociale n'est applicable qu'à partir de l'exercice budgétaire 2014. La loi budgétaire déterminera pour les exercices 2012 et 2013 le taux de la contribution de l'État à la Mutualité des employeurs, compte tenu des dispositions du paragraphe (1), alinéa 1.
Au 1er janvier 2009 l'État mettra à la disposition de la Mutualité des employeurs les ressources nécessaires pour parfaire le fonds de roulement initial prévu à l'article 55, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, compte tenu des autres ressources prévisibles de la Mutualité. Le montant correspondant sera porté en déduction de la participation de l'État au titre de l'article 56 du Code de la sécurité sociale et de l'alinéa qui précède.
Le taux d'intervention de l'État dans le financement de la Mutualité, prévu à l'article 56 du Code de la sécurité sociale peut être refixé par la loi budgétaire, si le bilan sur les incidences de la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie, établi annuellement et pour la première fois en 2010 par l'Inspection générale de la sécurité sociale et validé par un comité ad hoc, composé des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et le Travail ainsi que des représentants des groupements représentatifs des employeurs et des salariés du secteur privé, constate une augmentation ou une diminution des charges pour l'économie dans son ensemble.

3) ***L. 19.12.14,40:*** *Mesures en matière d'assurance maladie: Mutualité des employeurs, exercice 2014*
L'intervention de l'État dans le financement de la Mutualité des employeurs au titre de l'exercice 2014 prévue par l'article 56 du Code de la sécurité sociale est majorée d'un montant forfaitaire unique de 20.500.000 euros.

4) *Par L. 10.8.18,2,4° le nombre « 1,95 » est remplacé par le nombre « 1,85 ».*

5) ***L. 10.8.18,3:*** *Entrée en vigueur: 1er janvier 2019.*

6) ***L. 23.12.20,48:*** *Par dérogation à l'article 56 du Code de la sécurité sociale, le taux de cotisation moyen des employeurs est fixé à 1,90 pour cent pour les exercices 2021, 2022 et 2023.*

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

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

1 **Art. 58.** Le conseil d'administration a notamment pour mission: L. 9.8.18,1,12°,a)

1) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
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.

2 Les décisions prévues aux points 1) à 4) et 7) [1] 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. L. 13.5.08,2,11° L. 9.8.18,1,12°,c)

3 Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante. L. 13.5.08,2,11°

4 Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Toutefois, la Mutualité peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

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

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

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

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

2 Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. L. 8.3.18,46

3 Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier. L. 17.12.10,1,27°

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

1 **Art. 60bis.** [2] Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,28°

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

---

1) Par L. 9.8.18,1,12°,b) les termes « aux points 1) à 5) » sont remplacés par les termes « aux points 1) à 4) et 7).

2) Amendement de la convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie (actuellement CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes relatif au médecin référent (Mém. A 276 du 28 décembre 2011, p. 4924 et Mém. A 29 du 17 février 2012, p. 355). Dénonciation de l'annexe V la convention en date du 1.7.2015 (Mém. B 86 du 25 août 2014, p. 1592). Amendement de la convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie (actuellement CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes relatif au médecin référent (Mém. A 201 du 21 octobre 2015, p. 4582).

3 Les dispositions organisant la documentation [1] des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal. L. 8.3.18,47

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

1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
   - le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
   - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
   - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
   - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres États membres de l'Union européenne;
2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
   - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
   - la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
   - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
   - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

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

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

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

Afin d'assurer la sécurité de la plateforme et la qualité des informations traitées dans le cadre de ses missions, l'Agence met en place un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des personnes ainsi que des annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires. L. 13.12.17,1er,3°,a)

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

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

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

---

1) Pour les dispositions régissant la documentation hospitalière il y a lieu de se reporter aux articles 37 et 38 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et au règlement grand-ducal du 26 mai 2020 déterminant le fonctionnement de la Commission consultative de la documentation hospitalière ainsi que l'indemnisation de ses membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État et des experts. (JO, Mém. A 475 du 4 juin 2020).

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

Un règlement grand-ducal précise les modalités de gestion de l'identification et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification. R. 6.12.19

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

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la moi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel. [1)]

Art. 60quater. [2)] (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. [3)] L. 17.12.10,1,30°

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

1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

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

(5) L' Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé [4)], l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne: R. 6.12.19

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

---

1) La loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel est abrogée par l'article 72 de la loi du 1er août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et du régime général sur la protection des données (JO, Mém. A 686 du 16 août 2018).

Pour une définition du responsable du traitement, il y a lieu de se reporter à l'article 4 point 7) du règlement (UE 2016/679) du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

2) A voir articles 15 à 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mém. A 140 du 31 juillet 2014, p. 2194).

*3) **L.25.11.82, 9 et 10:***

Art. 9.

Avant de procéder au prélèvement, le médecin est tenu de vérifier «dans le dossier de soins partagé visé à l'article 60quater du Code de la sécurité sociale et, à défaut de dossier de soins partagé ou en cas de fermeture de celui-ci, auprès de la personne de confiance visée à l'article 12 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient,» si le défunt ne s'y est pas opposé.

Art. 10.

«Lors de son premier accès au dossier de soins partagé visé à l'article 60quater du Code de la sécurité sociale, le titulaire du dossier indique s'il s'oppose au prélèvement d'organes après son décès. À défaut de dossier de soins partagé ou en cas de fermeture de celui-ci, une personne peut également exprimer son opposition au prélèvement d'organes par écrit et confier cet écrit à la personne de confiance visée à l'article 12 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. L'écrit est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom et numéro d'identification.»

4) A voir loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » (Mém. A 167 du 13 août 2012).

3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;
4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;
5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et tout autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidants;
8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre 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

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

2 Il est conclu une convention distincte:
1) pour les médecins;[1)]
2) pour les médecins-dentistes; [2)]
3) séparément pour les différentes professions de la santé; [3) 4) 5) 6) 7) 8)] L. 17.12.10,1,31°
4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;[9)] L. 27.7.92
5) pour les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence;[10)11)] L. 22.12.06,1°
6) pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière;[12)] L. 28.8.98, 52
7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;[13)] L. 27.7.92
8) pour les pharmacies;[14)]
9) pour les opticiens;[15)]
10) pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés;[16)]
11) pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés.[17)]
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;[18)] L. 17.12.10,1,32°
13) pour les psychothérapeutes. L. 14.7.15,17,2.

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

---

1) Convention du 13 décembre 1993 entre l'Union des caisses de maladie et l'association des ***médecins*** *et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2065), amendée le 3 mai 1995 (Mém. A 1995, p. 2056), le 19 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1004), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3734), le 7 novembre 2005 (Mém. A 223 du 30 décembre 2005, p. 3743), le 15 mars 2006 (Mém. A 80 du 12.5.2006, p. 1440), le 1er janvier 2012 (Mém. A 276 du 28 décembre 2011, p. 4924), le 1er février 2012 (Mém. A 29 du 17 février 2012, p. 355), le 1er août 2012 (Mém. A 201 du 17 septembre 2012, p. 2872), le 18 décembre 2012, (Mém. A 28 du 18 février 2013, p. 468), le 15 juillet 2015 (Mém. A 201 du 21 octobre 2015, p. 4582), le 7 juin 2016 (Mém. A 152 du 3 août 2016, p. 2622), le 19 mai 2021 (JO, Mém A 593 du 4 août 2021), le 21 avril 2021 (JO, Mém. A 622 du 17 août 2021).*

Protocole d'accord du 6 décembre 2018 (JO, Mém. A 3 du 10 janvier 2019).

Code du travail, livre III, titre II, Chapitre VI - Examens médicaux

[...]

Article 326-11. *En vue des examens complémentaires pouvant être ordonnés par le médecin du travail, la Caisse nationale de santé attribue à chaque médecin du travail un code numérique. Ce code répond aux spécifications prévues à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 1) du Code de la sécurité sociale et doit figurer ensemble avec le nom du médecin et la désignation du service de santé au travail concerné sur toutes les ordonnances émises par les médecins du travail dans le cadre de leur mission à l'intention des prestataires visés aux conventions prévues aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale. Les ordonnances sont conformes au modèle prévu dans la convention susvisée.*

./.

Art. L. 326-12. *Les prestations et fournitures délivrées sur base des ordonnances visées à l'article précédent sont mises en compte aux taux et tarifs et d'après les conditions et modalités prévues dans les nomenclatures et conventions applicables pour l'assurance maladie. Elles sont prises en charge directement par la Caisse nationale de santé d'après les dispositions conventionnelles applicables aux*

prestataires concernés. Les frais sont remboursés à la Caisse nationale de santé par les services de santé au travail d'après les modalités fixées par un règlement grand-ducal.

2) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'**association des médecins et médecins-dentistes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2048) amendée le 3 mai 1995 (Mém. A 1995, p. 1278), le 19 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1007), le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3735), le 25 juin 2002 (Mém. A 2002, p. 1972) et le 15 mars 2006 (Mém. A 80 du 12.5.2006, p. 1440), le 18 décembre 2012 (Mém. A 28 du 18 février 2013, p. 472), le 16 septembre 2020 (JO, Mém. A 1030 du 18 décembre 2020), le 19 mai 2021 (JO, Mém. A 592 du 4 août 2021).*

   Protocole d'accord du 28 novembre 2018 (JO, Mém. A 1197 du 27 décembre 2018), protocole d'accord du 6 décembre 2018 (JO, Mém. A 3 du 10 janvier 2019), protocole d'accord du 25 novembre 2020 (JO, Mém. A 1049 du 22 décembre 2020), protocole d'accord du 24 novembre 2021 (JO, Mém. A 933 du 23 décembre 2021).

3) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association nationale des **infirmiers** luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2026) amendée le 20 juin 1994 (Mém. A 1994, p. 1048), le 25 mai 1998 (Mém. A 1998, p. 1002), le 16 décembre 1998 (Mém. A 1998, p. 3060) et le 15 décembre 2000 (Mém. A 2001, p. 820): La convention prend l'intitulé suivant: Convention entre l'union des caisses de maladie et l'association nationale des **infirmiers** luxembourgeois, et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales et le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3758).*

   Protocole d'accord du 14 novembre 2018 (JO, Mém. A 1170 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 1108 du 30 décembre 2020).

4) *Convention du 23 novembre 2016 entre la Caisse nationale de santé et l'Association luxembourgeoise des **kinésithérapeutes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A 266 du 21 décembre 2016, p. 4688), ajout annexe 8 (JO, Mém. A 116 du 31 janvier 2017), amendée le 5 mai 2017 (JO, Mém. A 555 du 7 juin 2017) ; le 5 juin 2019 (JO, Mém. A 568 du 21 août 2019).*

   Cahier des charges (JO, Mém. A 569 du 21 août 2019).

   Protocole d'accord du 15 novembre 2018 (JO, Mém. A 1174 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 29 septembre 2021 (JO, Mém. A 766 du 5 novembre 2021).

5) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **psychomotriciens** diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2109), amendée le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3764).*

   Protocole d'accord du 15 novembre 2018 (JO, Mém. A 1171 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 17 du 13 janvier 2021).

6) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **sages-femmes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2115), amendée le 19 décembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3790).*

   Protocole d'accord du 15 novembre 2018 (JO, Mém. A 1172 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 15 du 12 janvier 2021).

7) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des **orthophonistes**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2089) amendée le 31 juillet 2000 (Mém. A 2000, p. 2684), et le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3748).*

   Protocole d'accord du 15 novembre 2018 (JO, Mém. A 1173 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 6 du 6 janvier 2021).

8) *Convention du 14 novembre 2018 entre la Caisse nationale de santé et l'**Association nationale des diététiciens du Luxembourg**, conclue en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 1132 du 17 décembre 2018).*

   Protocole d'accord du 28 novembre 2018 (JO, Mém. A 1188 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 7 du 6 janvier 2021).

9) *Convention du 10 juin 2015 entre la **Fédération luxembourgeoise des Laboratoires d'analyses médicales** et la Caisse nationale de santé, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A 199 du 20 octobre 2015, p. 4538).*

   Protocole d'accord du 15 novembre 2018 (JO, Mém. A 1196 du 27 décembre 2018), protocole d'accord du 16 décembre 2020 (JO, Mém. A 16 du 13 janvier 2021).

10) *Convention du 13 décembre 2017 entre la **Caisse nationale de santé et le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (JO, Mém. A 91 du 29 janvier 2018), le 15 septembre 2021 (JO, Mém. A 750 du 26 octobre 2021).*

    Cahier des charges du 13 décembre 2017 (JO, Mém. A 92 du 26 octobre 2021)

    Protocole d'accord du 30 septembre 2020 (JO, Mém. A 906 du 17 novembre 2020), protocole d'accord du 6 décembre 2021 (JO, Mém. A 949 du 30 décembre 2021).

11) *Convention du 28 juin 2010 entre la Caisse nationale de santé et la **Croix Rouge Luxembourgeoise concernant le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach**, conclue en exécution de l'article 61 à 67 et 71 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 127 du 30.7.2010, p. 2126), amendée le 19 septembre 2016 (Mém. A 206 du 4 octobre 2016, p. 3930).*

    Protocole d'accord du 19 septembre 2016 (Mém. A 206 du 4 octobre 2016, p. 3929).

12) *Convention du 24 octobre 2007 entre l'Union des caisses de maladie et l'entente des gestionnaires des **structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie** a.s.b.l. (Mém. A 204 du 23.11.2007, p. 3561).*

    Protocole d'accord du 23 décembre 2016 (Mém. A 306 du 28 décembre 2016, p. 6376), protocole d'accord du 21 décembre 2017 (JO, Mém. A 1111 du 21 décembre 2017), protocole d'accord du 15 décembre 2018 (JO, Mém. A 1189 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 6 janvier 2020 (JO, Mém. A 21 du 21 janvier 2020), protocole d'accord du 9 décembre 2020 (JO, Mém. A 1088 du 28 décembre 2020), protocole d'accord du 8 décembre 2021 (JO, Mém. A 948 du 30 décembre 2021).

13) *Convention du 13 mars 2013 entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des **Orthopédistes-Cordonniers-Bandagistes et des Cordonniers-Réparateurs** du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A 86 du 13 mai 2013, p. 1000), amendée le 16 décembre 2016 (Mém. A 306 du 28 décembre 2016, p. 6376), le 10 février 2021 (JO, Mém. A 237 du 25 mars 2021).*

Protocole d'accord du 21 avril 2015 portant fixation des tarifs conventionnels (Mém. A 112 du 17 juin 2015, p. 1918), protocole d'accord du 16 mars 2016 portant fixation des tarifs conventionnels (Mém. A 71 du 26 avril 2016, p. 1126), protocole d'accord du 16 décembre 2016 portant fixation des tarifs conventionnels (Mém. A 306 du 28 décembre 2016, p. 6378), protocole d'accord du 13 novembre 2019 portant fixation des tarifs conventionnels (JO, Mém. A 896 du 24 décembre 2019),protocole d'accord du 25 novembre 2020 (JO, Mém. A 1050 du 22 décembre 2020), protocole d'accord du 10 février 2021 (JO, Mém. A 235 du 25 mars 2021).

14) *Convention du 23 avril 2014 entre la Caisse nationale de santé et le **Syndicat des pharmaciens** luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A 96 du 10 juin 2014, p. 1468), modifiée le 11 décembre 2019 (JO, Mém. A 29 du 27 janvier 2020).*

15) *Convention du 13 décembre 1993 entre l'union des caisses de maladie et la fédération des **patrons opticiens** du Grand-Duché de Luxembourg, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1993, p. 2085), amendée le 28 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2776), le 28 novembre 2002 (Mém. A 2002, p. 3703), le 22 octobre 2008 (Mém. A 185 du 15 décembre 2008, p. 2500) et le 20 mai 2009 (Mém. A 152 du 29 juin 2009, p. 2279), le 25 novembre 2020 (JO, Mém. A 1029 du 18 décembre 2020). Rectificatif (JO, Mém. A 9 du 7 janvier 2021).*

16) *Convention du 1er février 1994 entre l'union des caisses de maladie et la **Croix Rouge Luxembourgeoise**, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales (Mém. A 1994, p. 587). Protocole d'accord du 13 avril 2016 portant fixation des tarifs conventionnels (Mém. A 76 du 2 mai 2016, p. 1151), protocole d'accord du 25 juillet 2018 portant modification de la liste exhaustive des fournitures et adaptation des tarifs (JO, Mém. A 741 du 29 août 2018), protocole d'accord du 11 décembre 2019 portant fixation de la liste exhaustive des fournitures et adaptation des tarifs (JO, Mém. A 898 du 27 décembre 2019), protocole d'accord du 8 décembre 2021 (JO, Mém. A 947 du 30 décembre 2021).*

17) *Convention du 1er mai 2014 réglant les rapports entre la Caisse nationale de santé et l'A.s.b.l. « **LUXEMBOURG AIR RESCUE** », concernant le transport de malades par air (Mém. A 69 du 2 mai 2014, p. 1007), amendée le 31 juillet 2017 (JO, Mém. A 802 du 12 septembre 2017).*

18) *Convention du 15 juillet 2012 en matière de **soins palliatifs** conclue entre la **Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins** et la Caisse nationale de santé (Mém. A 215 du 8 octobre 2012, p. 2980). Protocole d'accord du 19 décembre 2018 (JO, Mém. A 1169 du 24 décembre 2018), protocole d'accord du 8 décembre 2021 (JO, Mém. A 943 du 28 décembre 2021).*

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

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

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

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

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

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

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

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

2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés, y compris dans leurs relations envers un assuré d'un autre 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; L. 1.7.14,I,4°

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

4) les tarifs conventionnels [2)] non établis moyennant lettre-clé et la périodicité de négociation de ces tarifs; L. 19.12.14,41, (1)

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

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

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

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

---

1) Par L. 29.8.17,2 les termes « l'adaptation annuelle » sont remplacés par les termes « l'adaptation biennale ».

*2) **L. 31.5.2015: Art. 1er.** A la suite de l'article 41 du Chapitre Ier intitulé «Dispositions concernant la Sécurité sociale» de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2015, il est inséré un article 42 ayant la teneur suivante:*

*« **Art. 42.** – Dispositions en matière d'assurance maladie: Tarifs conventionnels*

Par dérogation aux articles 64, alinéa 1, point 4) et 68 à 70 du Code de la sécurité sociale, les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 5), 6), 7), 9), 10) et 11) du Code de la sécurité sociale sont maintenus par rapport à leur niveau au 31 décembre 2014. »

Mise en vigueur

***Art. 2.** La présente loi produit ses effets au 1er janvier 2015.*

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

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

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

5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 419 [1)] ;

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

7) les rapports avec le médecin référent.

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

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

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

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

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

2 Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4), 12) et 13), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé [4) 5)] est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient [6)] est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel. L. 14.7.15,17,3.,2° L.17.12.10,1,34°

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

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

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

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

7 [7)] Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

---

1) Par L. 7.8.15,2,9° le renvoi à l'article 418 est remplacé par un renvoi à l'article 419.

*2) Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des **médecins** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3142), modifié par règlements grand-ducaux du 18 novembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2570), du 21 décembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2929), du 28 juin 2000 (Mém. A 2000 p. 1119), du 17 juillet 2000 (Mém. A 2000, p. 1269), du 2 octobre 2000 (Mém. A 2000 p. 2249), du 30 novembre 2000 (Mém. A 2000, p. 2886), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459) du 29 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2946), du 17 mars 2003 (Mém. A 2003, p. 606), du 19 mai 2003 (Mém. A 75, 2003 p. 1280), du 27 juillet 2003 (Mém. A 118, p. 2496), du 28 novembre 2003 (Mém. A 177, 2003 p. 3588), du 28 février 2005 (Mém, A 31 p. 609), du 23 septembre 2005 (Mém. A 165 p. 2796), du 23 décembre 2005 (Mém. A 222 p. 3731 et p. 3733), du 5 août 2006 (Mém. A 150 p. 2663), du 15 janvier 2007 (Mém. A 3 p. 31), du 5 mars 2007 (Mém. A 37 du 15.3.2007, p. 750), du 13 décembre 2007 (Mém. A 226 du 19.12.2007, p.3886), du 27 juin 2008 (Mém. A 92 du 4.7.2008, p. 1253), du 22 juillet 2008 (Mém. A 114 du 31.7.2008, p. 1782), du 27 février 2009 (Mém. A 40 du 9.3.2009, p. 565), du 6 avril 2009 (Mém. A 74 du 14.4.2009, p. 898) Rectificatif (Mém. A 85 du 29.4.2009, p. 1012), du 19 mai 2009 (Mém. A 111 du 26.5.2009, p. 1634) Rectificatif (Mém. A 121 du 2.6.2009, p. 1728), du 7 juin 2010*

(Mém. A 90 du 10.6.2010, p. 1646) Rectificatif (Mém. A 93 du 22.6.2010, p.1686), du 17 décembre 2010 (Mém. A 242 du 27 décembre 2010, p. 4064), du 12 mars 2011 (Mém. A 57 du 5 avril 2011, p. 1051), du 18 août 2011 (Mém. A 195 du 12 septembre 2011, p. 3548), du 8 février 2012 (Mém. A 26 du 15 février 2012, p. 326), du 26 décembre 2012 (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4718) Rectificatif (Mém. A 18 du 7 février 2013, p. 339), du 15 novembre 2013 (Mém. A 204 du 29 novembre 2013, p. 3752), du 23 décembre 2013 (Mém. A 225 du 27 décembre 2013, p. 4225), du 28 avril 2014 (Mém. A 67 du 30 avril 2014, p. 1000), du 26 mai 2014 (Mém. A 91 du 30 mai 2014, p. 1418), du 26 novembre 2014 (Mém. A 217 du 1er décembre 2014, p. 4192), du 12 décembre 2014 (Mém. A 232 du 18 décembre 2014, p. 4476), du 6 mai 2015 (Mém. A 101 du 11 juin 2015, p. 1732), du 27 novembre 2015 (Mém. A 221 du 30 novembre 2015, p. 4788), du 27 novembre 2015 (Mém. A 227 du 7 décembre 2015, p. 4858), du 10 décembre 2015 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5166), du 4 mai 2016 (Mém. A 90 du 13 mai 2016, p. 1670), du 3 juin 2016 (Mém. A 102 du 14 juin 2016, p. 1875), du 15 octobre 2016 (Mém. A 215 du 20 octobre 2016, p. 4026), du 26 octobre 2016 (Mém. A 220 du 31 octobre 2016, p. 4144), du 25 novembre 2016 (Mém. A 238 du 30 novembre 2016, p. 4388) Rectificatif (JO, Mém. A 189 du 9 février 2017), du 22 mars 2017 (JO, Mém. A 348 du 31 mars 2017), du 24 avril 2017 (JO, Mém. A 470 du 10 mai 2017) Rectificatif (JO, Mém. A 763 du 28 août 2017), du 1er décembre 2017 (JO, Mém. A 1031 du 6 décembre 2017), du 6 décembre 2017 (JO, Mém. A 1033 du 7 décembre 2017), du 25 avril 2018 (JO, Mém. A 329 du 27 avril 2018), du 1er août 2018 (JO, Mém. A 798 du 12 septembre 2018), du 1er août 2018 (JO, Mém. A 818 du 13 septembre 2018), du 19 octobre 2018 (JO, A 981 du 25 octobre 2018), du 19 octobre 2018 (JO, A 982 du 25 octobre 2018), du 19 octobre 2018 (JO, A 983 du 25 octobre 2018), du 27 octobre 2018 (JO, Mém. A 1001 du 6 novembre 2018), du 27 octobre 2018 (JO, Mém. A 1002 du 6 novembre 2018), du 5 décembre 2018 (JO, Mém A 1114 du 11 décembre 2018), du 5 décembre 2018 (JO, Mém. A 1116 du 11 décembre 2018), du 17 mars 2020 (JO, Mém. A 159 du 17 mars 2020), du 30 mars 2020 (JO, Mém. A 212 du 30 mars 2020), du 24 avril 2020 (JO, Mém. A 352 du 4 mai 2020), du 14 août 2020 (JO, Mém. A 688 du 14 août 2020), du 14 décembre 2020 (JO, Mém. A 988 du 15 décembre 2020), du 15 décembre 2020 (JO, Mém. A 1010 du 17 décembre 2020), du 15 décembre 2020 (JO, Mém. A 1015 du 17 décembre 2020), du 27 janvier 2021 (JO, Mém. A 80 du 29 janvier 2021), du 29 janvier 2021 (JO, Mém. A 90 du 3 février 2021), du 2 avril 2021 (JO, Mém. A 272 du 6 avril 2021), du 12 mai 2021 (JO, Mém. A 373 du 18 mai 2021), du 12 mai 2021 (JO, Mém. A 374 du 18 mai 2021), rectificatif du 18 juin 2021 (JO, Mém. A 479 du 28 juin 2021), du 15 juillet 2021 (JO, Mém. A 579 du 2 août 2021), du 12 août 2021 (JO, Mém. A 612 du 13 août 2021), rectificatif du 20 octobre 2021 (JO, Mém. A 751 du 26 octobre 2021) du 20 octobre 2021 (JO, Mém. A 757 du 29 octobre 2021), du 10 novembre 2021 (JO, Mém. A 791 du 12 novembre 2021).

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des ***médecins-dentistes*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3132), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459), du 29 novembre 2001 (Mém. A 2001, p. 2946), du 14 décembre 2001 (Mém. A 2001, p. 3281), du 3 décembre 2002 (Mém. A 2002, p. 3699), du 28 novembre 2003 (Mém. A 177, 2003 p. 3588), du 18 août 2011 (Mém. A 195 du 12 septembre 2011, p. 3548), du 6 décembre 2017 (JO, Mém. A 1033 du 7 décembre 2017), du 18 mars 2020 (JO, Mém. A 168 du 19 mars 2020), du 30 mars 2020 (JO, Mém. A 213 du 30 mars 2020), du 17 avril 2020 (JO, Mém. A 299 du 17 avril 2020).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des ***Orthopédistes-Cordonniers-Bandagistes et des Cordonniers-Réparateurs*** *pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 808), modifié par règlements grand-ducaux du 23 février 2001 (Mém. A 2001, p. 818), du 25 juillet 2002 (Mém. A 2002, p. 1856), du 2 avril 2004, (Mém. A 65 du 5.5.04, p. 966), du 3 février 2005 (Mém. A 28 du 10.3.05, p. 565), du 14 octobre 2014 (Mém. A 196 du 20 octobre 2014, p. 3827), du 25 mars 2015 (Mém. A 60 du 31 mars 2015, p. 1272), du 10 décembre 2015 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5171), du 15 mai 2018 (JO, Mém. A 396 du 23 mai 2018), du 3 mars 2021 (JO, Mém. A 236 du 25 mars 2021).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des ***sages-femmes*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 783), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 7 octobre 2004 (Mém. A 171 du 21.10.04. p. 2558), du 27 octobre 2018 (JO, Mém A 1008 du 8 novembre 2018), du 18 mars 2020 (JO, Mém. A 169 du 19 mars 2020), du 15 décembre 2020 (JO, Mém. A 1002 du 16 décembre 2020), du 29 décembre 2021 (JO, Mém A 944 du 29 décembre 2021).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans un ***établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 785), modifié par règlement grand-ducal du 18 novembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2569).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des ***rééducateurs en psychomotricité*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 781), modifié par règlement grand-ducal du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des ***orthophonistes*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 780), modifié par règlements grand-ducaux du 21 décembre 1999 (Mém. A 1999, p. 2931), du 29 juin 2001 (Mém. A 2001, p. 1736), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 5 mars 2007 (Mém. A 37 du 15.3.2007, p. 749), du 15 décembre 2020 (JO, Mém. A 1003 du 16 décembre 2020).*

Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services ***des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique*** *pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 789) Rectificatif (Mém. A 1999, p. 1331), modifié par règlements grand-ducaux du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2460), du 22 juillet 2003 (Mém. A 118, 2003 p. 2474), du 2 avril 2004 (Mém. A 65 du 5.5.04, p. 971), du 3 février 2005 (Mém. A 28 du 10.3.05 p. 564), du 29 avril 2005 (Mém. A 66 du 13.5.2005, p. 984), du 27 mars 2006 (Mém. A 62 du 10.4.2006 p. 1262) et du 11 septembre 2007 (Mém. A 174 du 18.9.2007 p. 3305), du 28 avril 2011 (Mém. A 84 du 6 mai 2011, p. 1296), du 26 mai 2011 (Mém. A 115 du 3 juin 2011, p. 1766), du 16 décembre 2011 (Mém. A 275 du 27 décembre 2011, p. 4906), du 8 février 2012 (Mém. A 26 du 15 février 2012, p. 326), du 26 décembre 2012 (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p. 4710), du 23 décembre 2013 (Mém. A 225 du 27 décembre 2013, p. 4221), du 19 décembre 2014 (Mém. A 259 du 29 décembre 2014, p. 5540), du 18 décembre 2015 (Mém. A 252 du 24 décembre 2015, p. 6166), du 23 décembre 2016 (Mém. A 283 du 23 décembre 2016, p. 5960).* ***Abrogé par règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 (nouvelle nomenclature laboratoires).***

Règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services ***des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique*** *pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1010 du 30 novembre 2017), modifié par le règlement grand-ducal du 1er août 2018 (JO, Mém. A 716 du 22 août 2018); du 16 octobre 2019 (JO, Mém. A 699 du 21 octobre 2019), du 17 mars 2020*

(JO, Mém. A 160 du 17 mars 2020), du 14 décembre 2020 (JO, Mém. A 987 du 15 décembre 2020), du 27 janvier 2021 (JO, Mém. A 81 du 29 janvier 2021), du 16 avril 2021 (JO, Mém. A 309 du 20 avril 2021).

*Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des **infirmiers** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1998, p. 3386), modifié par règlements grand-ducaux du 14 décembre 2000 (Mém. A 2000, p. 3366), du 1er août 2001 (Mém. A 2001, p. 2459), du 22 novembre 2016 (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p. 4379), du 6 décembre 2017 (JO, Mém. A 1034 du 7 décembre 2017), du 29 avril 2020 (JO, Mém. A 343 du 29 avril 2020).*

*Règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le **centre thermal et de santé** de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 786) modifié par règlement grand-ducal du 7 octobre 2004* (Mém. A 172 du 22.10.04, p. 2561), du 15 novembre 2013 (Mém. A 204 du 29 novembre 2013, p. 3753), du 10 décembre 2015 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p. 5166).

*Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le **domaine de la psychiatrie extrahospitalière** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 1999, p. 2928), modifié par règlements grand-ducaux du 24 janvier 2003 (Mém. A 2003, p. 370) et 21 décembre 2007 (Mém. A 245 du 31 décembre 2007, p. 4540).*

*Règlement grand-ducal du 14 septembre 2010 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans **le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 168 du 21 septembre 2010, p. 2806).*

*Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 concernant la nomenclature des actes et services en matière **de soins palliatifs** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p. 4378).*

*Règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 concernant la nomenclature des actes et services des **masseurs-kinésithérapeutes** pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 260 du 19 décembre 2016, p. 4637).*

*Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services **des diététiciens** pris en charge par l'assurance maladie (JO, Mém. A 1115 du 11 décembre 2018), du 15 décembre 2020 (JO, Mém. A 1011 du 17 décembre 2020).*

3) *Voir note sous article 61, alinéa 2 point 1).*

4) ***L. 19.12.08,41:***

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2 point 4) du Code de la sécurité sociale est fixé à 0,3557 avec effet au 1er janvier 2009.

***L. 18.12.09,52,(2)**:*

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2 point 4) du Code de la sécurité sociale est fixé à 0,3557.

L. 17.12.10,4:

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

L. 21.12.12,30: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur lettre-clé des laboratoires d'analyse médicale et de biologie clinique

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,3557.

L. 20.12.13,25: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur lettre-clé des laboratoires d'analyse médicale et de biologie clinique

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,3557.

L. 19.12.14,35: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur lettre-clé des laboratoires d'analyse médicale et de biologie clinique

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,28456.

L. 18.12.15,34: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur lettre-clé des laboratoires d'analyse médicale et de biologie clinique

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,28456.

L. 17.12.21, 37: Modification de la valeur de la lettre-clé des infirmiers

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des infirmiers visée à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée au 1er janvier 2022 à 0,79134 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Cette valeur est augmentée de 0,07344 pour la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022.

5) ***L.19.12.14,36: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur des lettres-clés des prestataires***

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 3 du Code de la sécurité sociale sont fixées comme suit au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948:

– pour la nomenclature des médecins: 0,51623;

– pour la nomenclature des médecins-dentistes: 0,62783;

– pour la nomenclature des infirmiers: 0,65708;

– pour la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes et des masseurs: 0,51480;

– pour la nomenclature des sages-femmes: 0,51557;

– pour la nomenclature des rééducateurs en psychomotricité: 0,39990;

– pour la nomenclature des orthophonistes: 1,30621.

L.18.12.15,34. Mesures en matière d'assurance maladie: valeur des lettres-clés des prestataires

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 3 du Code de la sécurité sociale sont fixées comme suit au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948:

– pour la nomenclature des médecins: 0,51109;

– pour la nomenclature des médecins-dentistes: 0,62424;

– pour la nomenclature des infirmiers: 0,65708;

– pour la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes et des masseurs: 0,51480;

– pour la nomenclature des sages-femmes: 0,51557;

– pour la nomenclature des rééducateurs en psychomotricité: 0,39990;

– pour la nomenclature des orthophonistes: 1,30621.

L. 23.12.16,35: Mesures en matière d'assurance maladie: valeur de la lettre-clé

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,28456.

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes visés à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée à 4,2144 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

L. 15.12.17,45: Mesure en matière d'assurance maladie : valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et, concernant les soins palliatifs, des réseaux et établissements d'aides et de soins

(1) Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée pour l'exercice 2018 à 0,28456.

(2) Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes visés à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée pour l'exercice 2018 à 4,21440 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

(3) Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des infirmiers visés à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée pour l'exercice 2018 à 0,73983 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

(4) Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé, concernant les soins palliatifs pour les réseaux et établissements d'aides et de soins, visés à l'article 61, alinéa 2, point 12) du Code de la sécurité sociale est fixée pour l'exercice 2018 à 15,74574 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

L. 26.4.19,33: Mesure en matière d'assurance maladie : valeur de la lettre-clé des infirmiers et des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des infirmiers visés à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est augmentée de 0,01313 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2020.

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,30625 à partir du 1er mai 2019.

L. 17.12.21, 37: Modification de la valeur de la lettre-clé des infirmiers

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des infirmiers visée à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée au 1er janvier 2022 à 0,79134 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Cette valeur est augmentée de 0,07344 pour la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022.

6) ***L. 17.12.10,5:***

Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtés dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum. R. 17.12.10

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévisées ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal. R. 28.4.11

L. 16.12.11,34: Mesures en matière d'assurance maladie: Coefficients des actes et services des nomenclatures des médecins et des laboratoires d'analyses médicales

Les mesures prévues à l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2012 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article. R. 16.12.11

L. 21.12.12,31: Mesures en matière d'assurance maladie: Coefficients des actes et services des nomenclatures des médecins et des laboratoires d'analyses médicales

Les mesures prévues à l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2013 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de *R. 26.12.12*

l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article.

L. 20.12.13, 26: Mesures en matière d'assurance maladie: coefficients des actes et services des nomenclatures des médecins et des laboratoires d'analyses médicales

Les mesures prévues à l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2014 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article. R. 23.12.13

L. 19.12.14,37: Mesures en matière d'assurance maladie: coefficients des actes et services des nomenclatures des médecins et des laboratoires d'analyses médicales

Les mesures prévues à l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2015 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article. R. 19.12.14

L. 18.12.15,35: Mesures en matière d'assurance maladie: coefficients des actes et services des nomenclatures des médecins et des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique

Les mesures prévues à l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2016 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article. R. 18.12.15

L. 23.12.16,36: Mesures en matière d'assurance maladie: coefficients des actes et services de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique

Les mesures s'appliquant à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique prévues à l'article 5, alinéa 2 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé sont prorogées pour l'exercice 2017 et doivent dégager au cours de cet exercice au profit de l'assurance maladie-maternité une économie se situant dans les limites prévues par ledit article. Un règlement grand-ducal peut, par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, préciser les modalités d'application du présent article. R. 23.12.16

7) ***L. 22.7.03,6**:*

Par dérogation à l'article 65, alinéas 6, 10 et 11, un règlement grand-ducal peut adapter avec effet au 1er janvier 2003 la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins dentistes pris en charge par l'assurance maladie, sans que cette adaptation puisse majorer la masse des coefficients de plus de 6,7 pour cent.

8 La Commission de nomenclature se compose de:

1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;

2) deux membres désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé;

3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;

4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

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

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

11 La Commission est assistée dans l'accomplissement des ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle peut demander [1] des avis des affaires dont elle est saisie.

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

13 [2] La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

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

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

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

1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;

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

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

4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source [3], en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;

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

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

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

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

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission

---

1) Par L. 9.8.18,1,13°, le terme « demande » est remplacé par les termes « peut demander ».

2) Voir note sous article 65, alinéa 7.

3) Il y a lieu de lire « d'un service » *au lieu* « d'une source »*.*

d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

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

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

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

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

2 Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3), 12) et 13) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. L. 14.7.15,17,4.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

1) ***Pour seule information :*** *Convention du 16 décembre 2020 portant organisation de la liquidation des indemnités horaires relatives au* ***service de continuité des soins de médecine générale dans les structures d'hébergement et de soins*** *pour le remplacement de soirée, de nuit, de fin de semaine et des jours fériés dans le cadre de la convention projet pilote du 28 septembre 2020 conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg, l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg a.s.b.l. et la Fédération COPAS a.s.b.l. (JO, Mém A 100 du 9 février 2021)*

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

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

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

3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé [1],

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

3 Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 9.8.18,1,14°

4 Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif. L. 17.12.10,1,37°

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

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

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

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

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal. [2]

(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. L. 9.8.18,1,15°

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

1 **Art. 72** [3]**.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par l'un des deux vice-présidents. Les président et vice-présidents sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale. Les président et vice-présidents sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale. Quand le nombre des affaires le demande, le président peut déléguer aux vice-présidents l'instruction de certaines affaires qui sera transmise par la suite à la Commission de surveillance pour prise de décision. L. 13.12.17,1er,6°

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

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

---

1) ***L. 17.12.10,12:***
Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

2) *Règlement grand-ducal du 12 février 2021 portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le* ***groupement représentatif de la profession de psychothérapeute*** *au Grand-Duché de Luxembourg. (JO, Mém. A 131 du 23 février 2021)*

3) ***L. 17.12.10,11:***
Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.
Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

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

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

1 **Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 419 [3] lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution. L. 17.12.10,1,42°

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

1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;

2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;

3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;

4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;

---

1) Par L. 7.8.15,2,10° le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est remplacé par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.

2) Par L. 7.8.15,2,10° le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est remplacé par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

3) Par L. 7.8.15,2,11° le renvoi à l'article 418 est remplacé par un renvoi à l'article 419.

5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;

6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;

7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

3 La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou aux vice-présidents [1]. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relations avec le secteur hospitalier

1 **Art. 74** [2]**.** 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 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. [3] L. 17.12.10,1,44° R. 11.8.11

---

1) Par L. 13.12.17,1er,7° les termes « au vice-président » sont remplacés par les termes « aux vice-présidents ».

*2) **L. 17.12.10,6:***
Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.
L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.
Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.
Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

Exercices 2013 et 2014:

Pour la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014 la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 3 pour cent.

Exercices 2015 et 2016:

Pour la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015 la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 4 pour cent et pour la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016 la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 3 pour cent.

Exercices 2017 et 2018:

Pour la période du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 6,45 pour cent et pour la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 2,66 pour cent.

3) ***L. 15.12.17,46: Mesures en matière d'assurance maladie: fixation de l'enveloppe budgétaire globale***

Par dérogation à l'article 74, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, le gouvernement refixe l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour l'exercice 2018 sur base d'un avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, tout en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale fixée pour les exercices 2017 et 2018, et tout en considérant les découverts de fonctionnement importants et imprévisibles lors de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour l'exercice 2018, résultant des charges supplémentaires dues à la mise en vigueur des nouvelles dispositions légales relatives aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et aux obligations découlant de l'application des articles 162-8 et 164-8 du Code du travail.

L. 17.12.21, 39: Fixation de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier

(1) Par dérogation à l'article 74, alinéa 1 er, du Code de la sécurité sociale, le gouvernement reconsidère, sur base d'un avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, les éléments liés aux obligations découlant de l'application des articles L.162-8 et 164-8 du Code du travail utilisés pour la détermination de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les exercices 2021 et 2022.

(2) Au cas où l'enveloppe mentionnée à l'alinéa 1 er est insuffisante pour couvrir les frais de personnel liés aux obligations mentionnées au même alinéa, le Gouvernement refixe l'enveloppe pour les exercices 2021 et 2022.

2 Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux 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. L. 8.3.18,48

3 Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire. L. 17.12.10,1,44° R. 11.8.11

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

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

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

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

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

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

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

11 Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies sur le territoire luxembourgeois à un assuré d'un autre 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 un coût calculé sur base des critères visés à l'alinéa 9. L. 1.7.14,I,7°

1 **Art. 75.** Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par la Caisse nationale de santé avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. [2)] La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté. La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77. L. 27.7.92

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

---

*1) **L. 17.12.10,15:** L'article 74, alinéa 8 entre en vigueur le 1er avril 2011.*

2) Convention du 21 décembre 2012 entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale (Mém. A 30 du 25.2.2013, p. 488), amendée le 1er janvier 2015 (Mém. A 266 du 30 décembre 2014, p. 5629), le 10 juin 2016 (Mém. A 152 du 3 août 2016, p. 2623), le 15 mars 2019 (JO, Mém. A 304 du 10 mai 2019)., le 31 décembre 2020 (JO, Mém. A 215 du 18 mars 2021), le 24 novembre 2021 (JO, Mém. A 945 du 29 décembre 2021). Cahier des charges du 9 juillet 2020 (JO, Mém. A 687 du 13 août 2020).

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

- les prestations non opposables au titre de l'article 74, alinéa 2 [1];
- les prestations portées en déduction des prestations opposables au titre de l'article 74, alinéa 3 [2];
- 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;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers visée à l'article 77, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

1 **Art. 77** [3]**.** Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets. L. 17.12.10,1,45°

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

3 Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2 [4].

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

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

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

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

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

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

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

---

1) Il y a lieu de lire « article 74, alinéa 5 ».
2) Il y a lieu de lire « article 74, alinéa 6 ».
3) Voir note sous l'article 74 du CSS.
4) Il y a lieu de lire « article 69, alinéa 3 ».

Action concertée

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

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

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

Chapitre VI. - **Dispositions diverses**

Concours de l'assurance et de l'assistance

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

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

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

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

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 82. Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à la Caisse nationale de santé jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance maladie.

Contestations et voies de recours

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

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

Paiement et prescription des prestations

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

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

---

1) Par L. 7.8.15,2,12° les termes « les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre » sont remplacés par les termes « les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité ».

3	L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de la Caisse nationale de santé se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de la Caisse nationale de santé et de la caisse de maladie dont il relève se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire.	L. 27.7.92
4	L'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit. Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail.	L. 17.12.10,1,48°

LIVRE II - ASSURANCE ACCIDENT

SOMMAIRE

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

Chapitre I. – **Champ d'application** [1)] L. 12.5.10

Section 1.- Personnes assurées

1 **Art. 85** [2)]**.** Sont assurés obligatoirement dans le cadre d'un régime général d'assurance accident:

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

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

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

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

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

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

7) [3)] 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 [4)];

8) le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement, d'un assuré au titre du numéro 7), première phrase, pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;

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

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

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

---

1) L'indemnisation des personnes requises en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe est réglée par L. 8.12.81, chapitres IX et X (Mém. A 98 du 24.12.1981, p. 2388).

*2) **L. 30.11.07,7:***
Le requérant qui demande un agrément d'assistant parental doit attester de son affiliation personnelle à la sécurité sociale et de sa souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle.

*3) **L. 25.7.05:***
Art. V. Les dispositions prévues à l'article 1er, sous les points 1, [article 1er, 1, 4)], 13 [article 85, 1, 7)] et 18 [article 171, 1, 2)] ne peuvent avoir pour effet d'opérer un changement des affiliations existant au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.11.2005), sauf demande des personnes concernées ou modification des circonstances juridiques.

4) Par L. 13.12.17,5 les termes « la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales » sont remplacés par les termes « la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ».

12) les jeunes au pair pendant l'exercice des tâches familiales et la visite des cours de langues tels que spécifiés dans la convention d'accueil au pair prévue à l'article 4 de la loi du 18 février 2013 sur les jeunes au pair. [1)] L. 18.2.13,7,(3),3°

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

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

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

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

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

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

2 Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 85, sous 7), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.

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

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

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

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

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

3 Sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, sont également assurées les personnes exerçant une activité agricole, viticole, horticole ou sylvicole pour le compte d'un assuré obligatoire ou volontaire au sens des articles 85, alinéa 1, sous 7) ou 89, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social

---

1) Il y a lieu de lire « loi modifiée du 18 février 2013 sur les jeunes au pair. »

minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier; il en est de même des parents et alliés en ligne directe de l'assuré, à condition d'avoir dépassé l'âge de douze ans et de ne pas être assuré en vertu de l'article 85, alinéa 1, sous 8).

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

1) les écoliers, élèves et étudiants[1)] admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, y compris les activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires, à définir par règlement grand-ducal et les enfants âgés de moins de six ans accueillis dans un organisme agréé en vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique;

R. 17.12.10

2) les chargés de cours, moniteurs et surveillants d'activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires, les personnes participant aux cours de formation continue et examens y relatifs organisés ou agréés par l'État, les communes et les chambres professionnelles ainsi que les chargés de cours et membres ou auxiliaires des jurys afférents, à condition qu'ils ne soient pas assurés au titre de l'article 85 sous 1);

3) les délégués des différentes branches professionnelles participant aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale, du Conseil arbitral de la sécurité sociale, du Conseil supérieur de la sécurité sociale, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social créée par une disposition légale ou réglementaire, à condition qu'ils ne soient pas assurés à un autre titre;

4) les personnes participant aux actions de secours et de sauvetage apportées à la personne ou aux biens d'un tiers en péril, aux exercices théoriques et pratiques se rapportant directement à ces actions, pour autant que ces activités se situent dans le cadre d'une association ou d'un corps poursuivant habituellement et bénévolement de tels objectifs ainsi qu'à l'action de secours et de sauvetage apportée spontanément par un particulier à la personne ou aux biens d'un tiers exposé à un péril imminent sur le territoire du Grand-Duché;

5) les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail prévue à la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; [2)]

6) les personnes faisant l'objet d'une mesure ordonnée en application de l'article 22 du Code pénal, de l'article 1, alinéa 3 sous b) de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse, de l'article 633-7 sous 6) du Code d'instruction criminelle ou dans le cadre de l'exercice du pouvoir de grâce ainsi que les détenus ou retenus occupés respectivement pour le compte de l'administration pénitentiaire ou le Centre de rétention;

7) les demandeurs d'emploi bénéficiant d'une mesure d'insertion professionnelle visée à l'article L. 523-1 du Code du travail;

8) dans l'exercice de leurs fonctions, les membres de la Chambre des députés, les représentants luxembourgeois au Parlement européen, les membres du Conseil d'État, les bourgmestres, échevins et membres du Conseil communal, les membres des organes des établissements publics communaux et des syndicats des communes, les membres des commissions consultatives instituées auprès des communes ainsi que les personnes appelées en vertu d'une disposition légale par l'État et les communes à participer à l'exercice d'un service public;

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

10) dans le cadre des examens par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu des articles 421 [3)] et 385 [4)], l'assuré ou la personne dépendante ainsi que la tierce personne qui l'accompagne en raison de son état de santé;

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

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

---

1) A voir loi du 18 mars 2013 relative aux traitements de données à caractère personnel concernant les élèves (Mém. A 55 du 2 avril 2013, p. 726).

2) Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

3) Par L. 7.8.15,3 le renvoi à l'article 418 est remplacé par un renvoi à l'article 421.

4) Il y a lieu de lire « articles 421 et 386 ».

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

14) les représentants des parents d'élèves participant à une réunion d'une association de parents d'élèves de l'école fondamentale ou de l'enseignement secondaire, ainsi qu'à une réunion dans le cadre de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, dans le cadre de la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées ou dans le cadre de la loi du 1er août 2018 portant création d'une représentation nationale des parents; L. 1.8.18,11

15) les candidats effectuant le stage préparant à l'obtention de l'attestation habilitant à faire des remplacements dans l'enseignement fondamental ainsi que dans les centres, instituts et services de l'Education différenciée. L. 30.7.15,107 L. 22.6.18,I

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

17) les bénéficiaires d'une reprise progressive du travail au sens de l'article 14*bis*.[1)] L. 10.8.18,2,5°

Section 2.- Risques couverts L. 12.5.10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) des prestations en nature,

1) L. 10.8.18,3: Entrée en vigueur: 1er janvier 2019.

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

Section 1.- Prestations en nature

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. L. 9.8.18,1,16°

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 1er:

a) les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1er 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 1er et 2;
e) les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéa 1er;
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).

(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.

(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.

(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.

(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.

(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. R. 17.12.10

(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.

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. L. 9.8.18,1,17°

(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, 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 1er 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 premières semaines

1 **Art. 100.** L'Association d'assurance accident prend en charge, dans les limites fixées en vertu de l'article 54 par les statuts de la Mutualité des employeurs, le remboursement à celle-ci du salaire et des autres avantages des salariés ayant exercé une activité professionnelle pour le compte d'autrui payés par l'employeur conformément à l'article L.121-6 du Code du travail pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à un accident ou une maladie professionnelle. L. 12.5.10

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

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

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

Section 3.- Rente complète

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

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

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

2 Pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui, est prise en compte l'assiette cotisable des douze mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle, à moins que, dans ce dernier cas, l'assiette cotisable des douze mois de calendrier précédant la fin de l'exposition au risque ne soit plus favorable à l'assuré.

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

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

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

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

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

Section 4.- Rente partielle

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

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de dix pour cent au moins au sens de l'article 119 [1)] du chef de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause,

---

1) A voir règlement grand-ducal du 10 juin 2013 définissant le barème médical applicable à l'assurance accident.

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

2 Si la Commission mixte visée à l'article L. 552-1 du Code du travail a décidé le reclassement professionnel interne ou externe de l'assuré, cette décision initiale de reclassement professionnel s'impose à l'Association d'assurance accident.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 110. Les modalités de la constatation de la perte de revenu professionnel et du versement d'une avance conformément aux articles qui précèdent peuvent être précisées par règlement grand-ducal. Il en est de même des modalités de détermination de la rente partielle en cas d'exercice de l'activité professionnelle à temps partiel pendant la période de référence avant l'accident ou après la consolidation.

Section 5.- Rente professionnelle d'attente

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

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

concurrence de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité professionnelle d'attente avancées indûment.

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

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

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

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

Art. 114. L'Association d'assurance accident prend en charge les mesures de reconversion professionnelle nécessitées par les assurés qui remplissent les conditions prévues aux articles 105 ou 111. Le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident peut décider, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la prise en charge des mesures de reconversion professionnelle nécessitées en raison des séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et demandées par les assurés visés à l'article 112. L. 23.7.15,II,7° L. 12.5.10

Section 6.- Dispositions communes aux rentes

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

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

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

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

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

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

---

1) ***L. 21.12.12,IX:***
Les rentes, échues d'accidents du travail survenus et de maladies professionnelles déclarées avant le 1er janvier 2013 et fixées au niveau de vie de l'année de base 1984, sont revalorisées en les multipliant par le facteur de revalorisation de l'année 2009, fixé par dérogation à l'article 220, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale à 1,405. Les rentes ainsi revalorisées sont ensuite réajustées en les multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier à partir de l'année 2014, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3.

2 La rente cesse d'être payée si le bénéficiaire atteint l'âge de soixante-cinq ans ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée au titre du livre III du présent code ou de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois. La rente cesse également d'être payée si le bénéficiaire relevant d'un des régimes spéciaux transitoires atteint la limite d'âge de sa carrière.

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

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

Section 7.- Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

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

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

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

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

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

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

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

Section 8.- Détermination, révision, limitation et prescription des prestations[1)]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

1) ***L. 2.8.97,27,(2)***
Lorsque les organes de l'Association d'assurance accident sont appelés à déterminer les indemnités revenant aux militaires ou aux ayants droit, un représentant de l'autorité militaire leur est adjoint avec voix consultative.

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

2 Les prestations prévues aux articles 99 et 100, les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues:

- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;
- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2 du Code du travail;
- tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

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

4 [1] Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative. L. 12.5.10

5 [1] Les prestations octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

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

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

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

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

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

Chapitre III. – **Prestations des survivants**

1 **Art. 130.** Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ses père et mère ainsi que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins ont droit, en dehors des prestations nées dans le chef de l'assuré, à l'indemnisation du dommage moral.

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

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

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

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

---

1) Alinéas renumérotés par L. 23.7.15,II,10°.

2) Par L. 9.8.18,1,18°, la dernière phrase est abrogée.

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

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

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

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

2 En cas d'application de l'article L.125-1 du Code du travail les rentes de survie sont versées à titre de compensation à l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents.

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

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

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

Chapitre IV. – **Responsabilités et immunités**

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

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

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

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

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

4 La décision coulée en force de chose jugée qui reconnaît l'obligation de l'association vis-à-vis de la victime de l'accident ou de ses ayants droit, lie également les personnes et sociétés responsables en vertu du présent article.

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

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

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

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

3 Pour l'exercice de ce recours, les indemnités versées sous forme de mensualités sont converties en capitaux à l'aide de facteurs de capitalisation à déterminer par règlement grand-ducal[1)]. R. 9.3.17

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

Chapitre V. – **Organisation**

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

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

2 Le conseil d'administration gère l'Association d'assurance accident dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. L. 9.8.18,1,19°,a)

Il lui appartient notamment:

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;
2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;
3) de statuer sur le budget annuel;
4) de fixer le taux de cotisation [2)];
5) d'établir et de modifier les statuts;
6) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan;
7) de prendre les décisions concernant le personnel;
8) de gérer le patrimoine;
9) d'établir des recommandations de prévention;
10) d'établir son règlement d'ordre intérieur;
11) d'établir un code de conduite.

3 Les décisions prévues aux points 3) à 6) et 10) [3)] sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Le règlement d'ordre intérieur est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg [4)]. Le code de conduite et le décompte annuel sont publiés sur le site internet de l'Association d'assurance accident. L. 12.5.10 L. 9.8.18,1,19°,c)

Art. 142. (article abrogé) [5)]

1 **Art. 143.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement [6)]:

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

---

1) Par L. 23.7.15,II,11°, les termes « des facteurs de capitalisation prévues à l'article 119 » sont remplacés par les termes « de facteurs de capitalisation à déterminer par règlement grand-ducal ».

2) Le taux de cotisation unique en matière d'assurance accident est fixé pour l'exercice 2022 à 0,75% (arrêté ministériel du 9 décembre 2021, JO, Mém. B 4780 du 17 décembre 2021).

3) Par L. 9.8.18,1,19°,b), les termes « aux points 1) à 4) » sont remplacés par les termes « aux points 3) à 6) et 10) ».

4) JO, Mém. B 3563 du 27 novembre 2018.

5) L'article 142 est abrogé par L. 9.8.18,1,20°.

6) Par L. 9.8.18,1,21°, les termes « nommé par le Grand-Duc » sont complétés par les termes « sur proposition du Gouvernement ».

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

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

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

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

Art. 144. Le 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. L. 9.8.18,1,22°

1 **Art. 145.** Les délégués des salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention et voix consultative dans les autres matières. L. 12.5.10

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

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

1 **Art. 146.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations, d'amendes d'ordre, de classement dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peut faire l'objet d'une décision du président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. L. 17.12.10,1,5° L. 12.5.10 L. 9.8.18,1,23°,a)

2 Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77. L. 12.5.10

3 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 408*bis*. L. 9.8.18,1,23°,b)

Art. 147. Dans l'accomplissement de ses missions, l'Association d'assurance accident peut recourir aux services administratifs du Centre commun de la sécurité sociale. L. 12.5.10

Chapitre VI. – **Financement**

Section 1.- Régime général

Art. 148. [1)] Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

1 **Art. 149.** [2)] En dehors des revenus de placements et d'autres ressources diverses, les charges du régime général sont couvertes par des cotisations.

2 Le taux de cotisation [3)] pour l'exercice à venir est fixé annuellement sur base du budget de cet exercice de manière L. 17.12.10,1,6°

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

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

3 Le taux de cotisation est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg [3)].

Art. 150. La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4), à l'État en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5) et à la famille d'accueil en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85, sous 12). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article. L. 18.2.13,7,(3),5° L. 17.12.10,1,49°

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

---

1) Suivant l'article L. 585-2 du Code de travail, l'indemnité de préretraite n'est pas soumise aux cotisations en matière d'assurance accidents.

*2) **L. 16.12.11,36: Mesures en matière d'assurance accident***
A titre de compensation de la fixation du taux de cotisation unique de l'assurance accident visé à l'article 149 du Code de la sécurité sociale à 1,15 pour cent, l'État verse à l'Association d'assurance accident, pour les exercices 2011 et 2012, le montant de 34.400.000 euros.

3) A voir note sous l'article 141, alinéa 2, point 4.

Art. 152. (article abrogé)

Art. 153. (article abrogé)

Art. 154. (article abrogé)

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 158. Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application du présent article sont précisés par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,8° R. 8.2.16

1 **Art. 159.** L'Association d'assurance accident place son patrimoine à court et à moyen terme en euros. L. 23.12.16,41

2 Toutefois, elle peut confier la gestion de son patrimoine au Fonds de compensation commun au régime général de pension, dans la mesure où il dépasse la moitié du montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice. L. 12.5.10

Section 2.- Régimes spéciaux

1 **Art. 160.** L'État rembourse à l'Association d'assurance accident les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux visés à l'article 91 ainsi que la partie des frais d'administration de l'exercice en cours correspondant à la proportion de ces frais de l'exercice précédent par rapport au total des prestations du même exercice.

2 L'État verse mensuellement des avances fixées à un douzième du crédit inscrit dans le budget de l'État pour l'exercice en cours.

Chapitre VII. – **Prévention**

1 **Art. 161.** L' Association d'assurance accident a pour mission de prévenir les risques professionnels des assurés. A cet effet, elle se donne les moyens lui permettant notamment:

- d'analyser les causes des accidents et maladies professionnelles;
- de constater l'exposition aux risques professionnels;
- de développer et de coordonner la prévention des risques professionnels;
- d'informer, de conseiller et de former les assurés et les employeurs en matière de sécurité et de santé au travail;
- d'encourager les efforts particuliers des employeurs en matière de prévention;
- d'établir des recommandations de prévention;

- de surveiller le respect des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail et notamment des articles L. 311-1 à L. 314-4 du Code du travail et des règlements grand-ducaux pris en exécution de ces articles.

2 (alinéa abrogé) [1)]

Art. 162. Les recommandations de prévention, qui sont des règles de l'art en matière de prévention des risques, peuvent être établies pour toutes les activités assurées ou certaines de ces activités. Elles sont destinées: L. 12.5.10

- aux employeurs en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles et de protéger la vie et la santé des assurés;
- aux assurés en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

1 **Art. 163.** Dans le cadre de la mise en oeuvre d'une stratégie globale de gestion de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail et pour l'élaboration des recommandations de prévention, l'Association d'assurance accident peut recourir à des experts. Elle collabore avec l'Inspection du travail et des mines, le Service national de la sécurité dans la fonction publique et la Direction de la santé.

2 Les recommandations de prévention sont portées à la connaissance des employeurs par tout moyen approprié. Ces derniers en informent leurs salariés dans la mesure où ils sont concernés.

Art. 164. Les fonctionnaires et employés publics de l'Association d'assurance accident, assermentés conformément à l'article 411, sont autorisés à procéder conformément aux articles L. 614-3 et L. 614-4 du Code du travail, dans la limite de leurs missions prévues à l'article 161, dernier tiret.

Art. 165. Les données à caractère personnel [2)] concernant la déclaration des accidents et des maladies professionnelles sont communiquées à l'Inspection du travail et des mines.

Art. 166. (abrogé)

Art. 167. (abrogé)

Art. 168. (abrogé)

Art. 169. (abrogé)

---

1) Alinéa abrogé par L. 9.8.18,1,24°.

2) Par L. 13.12.17,2 les termes « données nominatives » sont remplacés par les termes « données à caractère personnel ».

LIVRE III - ASSURANCE PENSION

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Etendue de l'assurance**	Art. 170 - 181
		Assurance obligatoire	*Art. 170 - 172*
		Assurance continuée	*Art. 173*
		Assurance facultative	*Art. 173bis*
		Achat de périodes	*Art. 174*
		Détermination des périodes d'assurance et des durées	*Art. 175*
		Détachement à l'étranger	*Art. 176*
		Exemption et dispense de l'assurance	*Art 177 - 181*
Chapitre II.	-	**Objet de l'assurance**	Art. 182 - 237
		Pensions	*Art. 182*
		Pension de vieillesse	*Art. 183 - 185*
		Pension d'invalidité	*Art. 186 - 189*
		Début de la pension d'invalidité	*Art. 190 - 191*
		Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse	*Art. 192*
		Retrait de la pension d'invalidité	*Art. 193 - 194*
		Pensions de survie	*Art. 195 - 200*
		Début de la pension de survie	*Art. 201 - 203*
		Cessation de la pension	*Art. 204 - 206*
		Déchéance des droits	*Art. 207*
		Paiement des pensions	*Art. 208 - 209*
		Suspension, modification et suppression des pensions	*Art. 210*
		Restitution	*Art. 211*
		Prescription des arrérages de pension	*Art. 212*
		Remboursement de cotisations	*Art. 213 - 213bis*
		Calcul des pensions	*Art. 214 - 219bis*
		Définition des bases de calcul	*Art. 220 - 222*
		Pensions minima et maxima	*Art. 223*
		Adaptation au coût de la vie	*Art. 224*
		Revalorisation au moment de l'attribution de la pension	*Art. 225*
		Réajustement des pensions	*Art. 225bis*
		Concours de pensions avec d'autres revenus	*Art. 226 - 231bis*
		Concours avec la responsabilité de tiers	*Art. 232 - 233*
		Concours de l'assurance et de l'assistance	*Art. 234 - 236*
		Mesures de réhabilitation et de reconversion	*Art. 237*
Chapitre III.	-	**Voies et moyens**	Art. 238 - 249
		Système de financement	*Art. 238*
		Cotisations	*Art. 239 - 240*
		Assiette de cotisation	*Art. 241 - 245*
		Répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension	*Art. 246*
		Administration du patrimoine	*Art. 247*
		Politique de placement	*Art. 248 - 249*
Chapitre IV.	-	**Organisation de l'assurance**	Art. 250 - 268
		Gestion de l'assurance pension	*Art. 250 - 254*
		Détermination de la pension	*Art. 255*
		Voies de recours	*Art. 256 - 259*
		Fonds de compensation	*Art. 260 - 268*

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

Assurance obligatoire [1]

1 **Art. 170.** [2] Sont assurées obligatoirement, dans le cadre d'un régime général d'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle soit pour le compte d'autrui, soit pour leur propre compte, ou justifient de périodes assimilées à de telles périodes d'activité professionnelle. L. 6.4.99,II,1)

2 Est assimilée à une activité au Grand-Duché de Luxembourg, l'activité exercée en qualité de gens de mer sur un navire battant pavillon luxembourgeois par des ressortissants luxembourgeois ou d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou par des personnes résidant au Luxembourg. Il en est de même des activités prestées comme participant à une opération pour le maintien de la paix visée par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, comme observateurs, sous l'égide d'organisations internationales, aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que comme observateurs prévus par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement. L. 9.11.90,105 L. 12.5.10,3,1°

1 **Art. 171.** Comptent comme périodes effectives d'assurance obligatoire, toutes les périodes d'activité professionnelle ou périodes y assimilées pour lesquelles des cotisations ont été versées, à savoir: L. 27.7.87

1) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le compte d'autrui; y sont assimilées les périodes pendant lesquelles une personne exerce une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établie légalement à son propre compte ainsi que celles pendant lesquelles une personne effectue un stage rémunéré ou non sans être assurée au titre de l'article 91; L. 12.5.10,3,2°

2) [3] [4] les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte, ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial. L. 25.7.05,I,18°

Y sont assimilées les périodes pendant lesquelles:

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

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales [5];

---

1) ***L. 30.11.07,7:***
Le requérant qui demande un agrément d'assistant parental doit attester de son affiliation personnelle à la sécurité sociale et de sa souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle.

2) ***L. 16.12.21, 6 :*** *« Art. 3.septies. (5) (....)*
Par dérogation aux articles 170 et 171 du Code de la sécurité sociale, la période de non-rémunération du salarié et de l'agent public compte également comme période effective d'assurance obligatoire au sens de l'article 171 dans la limite du seuil de soixante-quatre heures déterminé à l'article 175, alinéa 1er, deuxième phrase, du Code de la sécurité sociale.
Lorsqu'en raison de l'application des dispositions du présent article, le total mensuel des heures de travail du salarié n'atteint pas le seuil de soixante-quatre heures défini à l'article 175, alinéa 1er, deuxième phrase, du Code de la sécurité sociale, et à condition que le nombre d'heures de travail mensuel défini dans le contrat de travail ou dans le plan de travail du même mois atteigne au moins ce même seuil, les parts patronale et salariale des cotisations pour l'assurance pension relatives aux heures manquantes pour atteindre ce seuil sont versées par l'employeur.
Lorsque le nombre d'heures de travail mensuel défini dans le contrat de travail ou dans le plan de travail du salarié n'atteint pas le seuil de soixante-quatre heures défini à l'article 175, alinéa 1er, deuxième phrase, du Code de la sécurité sociale, le seuil à utiliser pour compléter les heures non-rémunérées correspond au nombre d'heures de travail défini dans le contrat de travail ou dans le plan de travail du mois pour lequel les cotisations pour l'assurance pension sont dues.»

3) *Voir sous rubrique* « Lois - Divers » *du présent recueil: L. 24.7.01, article 40.*

4) ***L. 25.7.05:***
Art. V. *Les dispositions prévues à l'article 1er, sous les points 1 [article 1er,1,4)], 13 [article 85, 1, 7)] et 18 [article 171, 1,2)], ne peuvent avoir pour effet d'opérer un changement des affiliations existant au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.11.05), sauf demande des personnes concernées ou modification des circonstances juridiques.*

5) *Par L. 13.12.17,5 les termes « la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales » sont remplacés par les termes « la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ».*

3) les périodes pour lesquelles est versé un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisations au titre de l'assurance pension est prévue; L. 27.7.87

4) les périodes correspondant à des périodes d'activité exercée par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;

5) les périodes correspondant au titre d'un apprentissage pratique à des périodes de formation professionnelle indemnisées, pour autant qu'elles se situent après l'âge de quinze ans accomplis;

6) [2)] les périodes accomplies par le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la chambre d'agriculture, par les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 2), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête au prédit assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale; L. 25.7.05,I,19°

7) [1)] sur demande, une période de vingt-quatre mois dans le chef de l'un ou des deux parents se consacrant au Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de quatre ans lors de l'adoption, à condition que l'intéressé justifie de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant une période de référence de trente-six mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Cette période de référence est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172, alinéa 1, sous 4). La période de vingt-quatre mois mise en compte ne doit pas se superposer avec une période couverte auprès d'un régime spécial luxembourgeois ou d'un régime étranger. Elle prend cours le mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant, ou, le cas échéant, le mois suivant la date de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maternité. Elle est étendue à quarante-huit mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants légitimes, légitimés, naturels ou adoptifs ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge. La période de vingt-quatre ou quarante-huit mois peut être répartie entre les parents, à condition que les demandes présentées par les deux parents n'excèdent pas cette durée maximale. A défaut d'accord des deux parents au sujet de la répartition de la période, la mise en compte s'effectue prioritairement en faveur de celui des parents qui s'occupe principalement de l'éducation de l'enfant. La validation de la période se fait au moment de l'échéance du risque. La condition que des cotisations aient été versées ne s'applique pas; L. 21.12.12,I,1°

8) les périodes accomplies dans un pays en voie de développement conformément à la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement; L. 28.7.00,27,14)

9) [2)] les périodes prévues à la loi du 25 février 1967 [3)] ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant et à l'article 5 de la loi du 28 juillet 1969 [4)] relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès de différents régimes de pension contributifs; L. 27.7.87

---

1) ***L. 28.6.02,IX,3°:***
Pour les enfants nés avant le 1er janvier 1988, la période de référence visée à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales, correspond à l'année civile de la naissance ou de l'adoption de l'enfant et aux trois années précédentes.Pour les mêmes enfants, la moyenne visée à l'article 220, alinéa 3 du même code est calculée sur base des revenus cotisables de l'année civile de la naissance et l'adoption de l'enfant et de l'année civile précédente.Si pendant ces deux années l'intéressé ne justifie pas de douze mois d'assurance au moins, il est remonté à l'année ou aux années civiles précédentes. Les périodes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales sont censées se superposer à d'autres périodes d'assurance dans la mesure où leur total dépasse douze mois par année civile.
Pour l'application de l'article 171, alinéa 1, sous 7) et de l'article 220, alinéa 3 du Code des assurances sociales, les journées d'assurance accomplies auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité avant 1988 sont converties en mois en les divisant respectivement par 22,5 et par 26.
L. 28.6.02,IX,7°*):
Les personnes bénéficiaires d'une pension au 1er juillet 2002 ont droit à la mise en compte du forfait d'éducation dans les conditions et d'après les modalités prévues par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. Pour ces bénéficiaires, il n'est pas procédé à un recalcul en raison de la mise en compte des périodes prévues à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales pour les enfants nés avant le 1er janvier 1988.
**) Cette mesure entre en vigueur au 1er juillet 2002 (L. 28.6.02, XI)*

2) ***L. 27.7.87, XVIII, 4) alinéa 4:***
Les périodes visées à l'article 1 de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois continuent, le cas échéant, à être portées en compte au sens de l'article 171, dans les conditions et suivant les modalités prévues par l'article 197, alinéa 1, sous 3 du Code des assurances sociales et l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés, applicables avant la mise en vigueur de la présente loi.
Ancien article 197, alinéa 1, sous 3 du Code des assurances sociales:
«3° les périodes prévues à l'article 1er de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945, garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois, sous condition qu'il s'agisse

d'un assuré de nationalité luxembourgeoise, que l'assurance précédant les périodes visées ne soit pas éteinte et qu'il soit justifié de ces périodes par un certificat à délivrer par l'administration communale de la résidence de l'assuré.

Ces périodes sont calculées: le mois à raison de quatre semaines, la semaine à raison de six jours. Le délai pour la production de ce certificat sera fixé par un règlement d'administration publique (R. 29.5.52). Sont assimilés aux Luxembourgeois pour l'application de la disposition du numéro 3 les étrangers et les apatrides domiciliés depuis 1930 au Grand-Duché et qui ont rendu des services signalés au pays.» ./.

Ancien article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés:

*«**Art. 14.** Les périodes prévues à l'article 1er de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois sont prises en considération pour l'assurance, sous condition qu'il s'agisse d'un assuré de nationalité luxembourgeoise, que l'assurance précédant ces périodes ne soit pas éteinte et qu'il soit justifié de ces périodes par un certificat de l'administration communale de la résidence de l'assuré à produire dans les délais à fixer par règlement d'administration publique (R. 29.5.52).*

Sont assimilés aux Luxembourgeois pour l'application de la présente disposition les étrangers et apatrides poursuivis par l'occupant en raison de leur attitude loyale à l'égard de l'État luxembourgeois.

Les charges résultant du présent article incombent à l'État dans les conditions et suivant les modalités à déterminer par un règlement d'administration publique (R. 29.5.52).

L'application des dispositions qui précèdent aux cas survenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi sera réglée par la même voie.»

3) ***L. 25.2.67 ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant:***

*«**Art. 14.** (1) Les Luxembourgeois qui, au cours de l'occupation étrangère du pays*

a) ont été déportés, internés ou emprisonnés par l'occupant pour des raisons patriotiques, de race ou de religion;

b) ont été enrôlés de force dans le „Reichsarbeitsdienst", l'armée allemande ou autres services analogues ou qui s'y sont soustraits par la fuite;

c) ont été déportés, internés ou emprisonnés pour des raisons patriotiques, de race ou de religion dans un pays soumis à l'influence ennemie;

d) ont été contraints pour des raisons patriotiques, de race ou de religion de vivre cachés pendant l'occupation du territoire national;

e) ont été obligés à travailler hors du Grand-Duché en vertu d'une astreinte au travail de l'occupant;

f) ont été pour des raisons patriotiques, de race ou de religion mis dans l'impossibilité d'exercer un emploi;

g) ont quitté le Grand-Duché pour joindre les forces alliées ou pour se mettre à la disposition du Gouvernement luxembourgeois ou du Gouvernement d'une des puissances alliées au Grand-Duché;

et qui, de ce fait, se sont trouvés dans l'impossibilité d'être affiliés à un régime de pension luxembourgeois, peuvent demander que les périodes durant lesquelles ils se sont trouvés dans cette impossibilité soient prises en considération comme périodes d'assurance normales sous le premier régime de pension auquel ils étaient affiliés dans la suite. Sera compris dans ces périodes le temps durant lequel les personnes visées ont été passagèrement dans l'impossibilité de travailler après la fin des hostilités par suite de blessures ou de maladies causées par faits de guerre.

(2) Sont assimilés aux Luxembourgeois pour l'application de la présente disposition les étrangers et apatrides poursuivis par l'occupant en raison de leur attitude loyale à l'égard de l'État luxembourgeois.

(3) Les personnes qui remplissent les conditions prévues ci-dessus sont tenues de justifier des périodes en question par un certificat à délivrer par l'office de l'État des dommages de guerre sinon par l'administration communale de leur lieu de résidence au moment du déplacement.

***Art. 15.** (1) Pour bénéficier de la computation des périodes en question l'affiliation des intéressés à un régime de pension luxembourgeois doit avoir eu lieu dans le délai d'un an à partir du 1er juin 1945 ou, si le retour au pays a eu lieu postérieurement, dans le délai d'un an à partir de la date du retour, à condition que les intéressés aient été retenus hors du pays contre leur volonté.*

(2) Ce délai sera prolongé pour le temps où, pour des raisons indépendantes de leur volonté, les intéressés n'étaient pas en mesure de travailler après ledit délai d'un an ainsi que pour le temps normal nécessaire aux intéressés pour parfaire leur formation professionnelle.

***Art. 16.** L'âge à partir duquel les périodes visées à l'article 14 peuvent être prises en considération est de seize ans.*

***Art. 17.** (1) Pour le calcul des prestations relatives aux périodes computables le salaire de référence au nombre indice de base (cent points) est fixé uniformément et sans distinction de sexe à cent vingt francs par jour pour les ouvriers et à trois mille francs par mois pour les employés en ce qui concerne les périodes accomplies à partir de l'âge de vingt et un ans antérieurement au 1er janvier 1948 et au salaire social minimum augmenté de vingt pour cent pour les périodes postérieures à cette date. Pour les périodes accomplies avant l'âge de vingt et un ans les salaires de référence ci-dessus sont réduits*

à cinquante pour cent pour les travailleurs de seize à dix-sept ans,
à soixante pour cent pour les travailleurs de dix-sept à dix-huit ans,
à soixante-dix pour cent pour les travailleurs de dix-huit à dix-neuf ans,
à quatre-vingts pour cent pour les travailleurs de dix-neuf à vingt ans,
à quatre-vingt-dix pour cent pour les travailleurs de vingt et un ans.

(2) Les périodes computables sont calculées, le mois à raison de vingt-cinq jours et les périodes inférieures au mois à raison du nombre des jours ouvrables qu'elles contiennent effectivement.

(3) Pour les périodes d'assurance computées par mois civil, toute fraction de mois compte comme mois entier pour autant qu'elle comprend au moins seize jours civils. Dans le cas contraire elle sera négligée.

***Art. 18.** Les prestations dont bénéficient effectivement les intéressés de la part d'un régime d'assurance étranger pour les périodes computées en vertu des présentes dispositions, seront imputées sur les majorations de pension qui leur reviennent du chef de ces périodes auprès du régime de pension luxembourgeois.*

***Art. 19.** Pour bénéficier des avantages de la présente loi, les intéressés doivent faire valoir leurs droits auprès de l'organisme de pension compétent. ./.*

Art. 20. *(1) Les charges résultant des dispositions qui précèdent seront couvertes au moment de la constatation des périodes computables par un rappel de cotisations à supporter par l'État. Ces cotisations seront calculées sur les rémunérations établies conformément à l'article 17 au taux de dix pour cent.*

(2) Pour les assurés qui auront été affiliés dans les délais de l'article 15 à l'assurance supplémentaire des mineurs les taux de cotisation seront majorés de huit et demi pour cent, pour les ouvriers et de onze et demi pour cent pour les employés. Pour les assurés qui auront été affiliés dans les délais de l'article 15 à l'assurance supplémentaire des ouvriers métallurgistes, la cotisation supplémentaire est de quatre-vingt-dix francs par mois.

(3) Les cotisations sont productives d'intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir de l'expiration de l'année au cours de laquelle les périodes ci-dessus ont pris fin.

Art. 28. *Les dispositions de l'article 14 s'appliquent également aux personnes visées à l'article 197, n 3 du Code des assurances sociales et à l'article 14 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés.*

Art. 29. *Les décisions prises en exécution du présent chapitre sont susceptibles des recours ordinaires en matière de pension.»*

4) ***L. 28.7.69 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs:***

Art. 5. *Les personnes remplissant les conditions prévues à l'article 14 alinéa 1er, lettres a à g, et alinéa 2 de la loi du 25 février 1967 ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant et qui de ce fait se sont trouvées dans l'impossibilité de continuer ou de commencer une activité indépendante peuvent couvrir les périodes pendant lesquelles elles se sont trouvées dans cette impossibilité auprès du régime de pension correspondant à cette activité indépendante. Sera compris dans ces périodes le temps durant lequel les personnes visées ont été passagèrement dans l'impossibilité d'exercer une profession après la fin des hostilités par suite de blessures ou de maladies causées par faits de guerre.*

La couverture des périodes en question n'aura lieu que pour les personnes ayant exercé une activité indépendante dans le délai d'un an à partir du 1er juin 1945 ou, si le retour au pays a eu lieu postérieurement, dans le délai d'un an à partir de la date du retour, à condition que les intéressés aient été retenus hors du pays contre leur volonté.

Ce délai sera prolongé pour le temps où, pour des raisons indépendantes de leur volonté, les intéressés n'étaient pas en mesure de travailler après ledit délai d'un an ainsi que pour le temps normal nécessaire aux intéressés pour parfaire leur formation professionnelle. L'achat des périodes ne pourra être fait qu'à condition qu'elles ne soient pas mises en compte par un autre régime de pension contributif ou non contributif. Les charges de cet achat seront supportées par l'État jusqu'à concurrence d'un montant correspondant à la cotisation minimum normale.

En cas d'ajustement éventuel des pensions au niveau de vie, les prestations du présent article seront multipliées par le facteur qui sera fixé pour l'année 1969.

Pour bénéficier des avantages du présent article les intéressés doivent présenter une demande auprès de l'organisme de pension compétent en joignant un certificat justifiant des périodes à couvrir, établi par l'office de l'État des dommages de guerre, sinon par l'administration communale du lieu de résidence au moment du déplacement.

Art. 8. *Les conditions et limites de la couverture rétroactive des périodes d'assurance prévue dans la présente loi ainsi que les modalités de versement et le tarif applicable seront déterminés par règlement grand-ducal (R. 5.12.69), le tarif applicable étant adapté tous les cinq ans à l'évolution des données actuarielles.*

10) les périodes de service militaire obligatoire, accomplies dans l'armée luxembourgeoise, compte tenu des périodes de rappel ainsi que des périodes d'incapacité de travail résultant d'un accident subi ou d'une maladie grave contractée à l'occasion de ce service, pour autant que ces périodes ne soient pas autrement couvertes par des cotisations de sécurité sociale;

11) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a participé à une opération pour le maintien de la paix conformément à la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales; L. 27.7.92,20,(1) d)

12) les périodes pendant lesquelles l'intéressé était volontaire au service de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales; L. 28.7.00,27,15)

13) les périodes pendant lesquelles une personne a assuré des aides et des soins à une personne dépendante au sens du livre V, sans qu'il s'agisse d'une activité professionnelle au sens des numéros 1), 2) et 4) visés ci-dessus;

14) les périodes pendant lesquelles une personne a accueilli un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour et que ce placement a été effectué par un organisme agréé conformément à la législation réglant les relations entre l'État 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; L. 31.10.07,8, (3)

16) les périodes correspondant au congé parental dont l'assuré a bénéficié au titre de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. L. 28.7.00,27,(15)

17) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. L. 12.9.03,41,4°

18) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a une activité sportive d'élite conformément à la loi du 3 août 2005 concernant le sport; L. 3.8.05,22,4

19) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié de l'allocation complémentaire conformément à l'article 18, alinéa 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; [1] L. 13.12.17,3,1°

20) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié du revenu pour personnes gravement handicapées conformément à l'article 27*bis* de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

2 Les périodes visées aux numéros 1) et 5) de l'alinéa qui précède sont prises en compte, même si les cotisations dues n'ont pas été versées, à condition toutefois d'avoir fait l'objet d'une déclaration dans un délai de cinq années consécutives 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. L. 27.7.87 L.13.5.08,2,11sexties°

3 Peuvent être mises en compte au titre des numéros 1) à 5) du premier alinéa suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal les périodes accomplies en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle. L. 27.7.87

1 **Art. 172.** Sont prises en compte en outre comme périodes [2], mais uniquement aux fins de parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse prévue à l'article 184 et pour la pension minimum, ainsi qu'aux fins de l'acquisition des majorations forfaitaires dans les pensions, les périodes ci-après pour autant qu'elles ne soient pas autrement couvertes par un régime de pension luxembourgeois ou étranger, à savoir:

1) les périodes pendant lesquelles une pension d'invalidité accordée en vertu du présent livre ou en vertu de la législation antérieurement en vigueur régissant la même matière, a été versée;

2) les périodes d'études ou de formation professionnelle, non indemnisées au titre d'un apprentissage, pour autant que ces périodes se situent entre la dix-huitième année d'âge accomplie et la vingt-septième année d'âge accomplie; R. 29.1.88

3) la période correspondant au délai d'inscription imposé au jeune demandeur d'emploi avant l'ouverture du droit à l'indemnité de chômage complet;

4) les périodes pendant lesquelles l'un des parents a élevé au Luxembourg un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans accomplis; ces périodes ne peuvent être inférieures à huit ans pour la naissance de deux enfants, ni être inférieures à dix ans pour la naissance de trois enfants; l'âge prévisé est porté à dix-huit ans si l'enfant est atteint d'une infirmité physique ou mentale, sauf si l'éducation et l'entretien de l'enfant ont été confiés à une institution spécialisée. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale peut dispenser de la condition que l'enfant soit élevé au Luxembourg;

---

1) Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

2) Par L. 6.4.99, II, 3), le terme « d'assurance » *à la suite du mot* « périodes » *a été supprimé.*

5) les périodes d'assurance correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte et dispensées de cotisations avant le 1er janvier 1993; L. 1.12.92,II,1°

6) jusqu'à concurrence de quinze années les périodes d'activité professionnelle au Luxembourg se situant avant la création des anciens régimes de pension contributifs ou dispensées de l'assurance obligatoire en vertu des dispositions légales applicables à ces régimes pour autant que ces périodes ne donnent pas autrement lieu à prestations; L. 27.7.87

7) les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti [1] prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986; L. 17.12.10,1,50°

8) les périodes d'activité professionnelle soumises à assurance au titre de la législation du pays d'origine dans le chef des personnes ayant bénéficié avant l'acquisition de la nationalité luxembourgeoise du statut de réfugié politique au sens de l'article 1er de la convention signée à Genève le 28 juillet 1951 et pour autant qu'elles soient exclues du bénéfice de prestations par tout régime international ou étranger. L. 24.4.91,I,2°

9) les périodes précédant celles au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 17 du Code de la sécurité sociale, pendant lesquelles le salarié handicapé au sens de l'article 1er de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées n'a pas pu être occupé, pour des raisons indépendantes de sa volonté, dans un atelier protégé ainsi que les périodes se situant avant l'entrée en vigueur de cette loi au cours desquelles l'intéressé était, après l'âge de 18 ans par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, hors d'état de gagner sa vie. L. 12.9.03,41,5°

2 Les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues au présent article peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 27.7.87 R. 29.1.88

Assurance continuée

1 **Art. 173.** Les personnes qui justifient de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant la période de trois années précédant la perte de la qualité d'assuré obligatoire ou la réduction de l'activité professionnelle peuvent demander de continuer ou de compléter leur assurance. La période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures ou correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées[2]. La demande visant la continuation de l'assurance doit être présentée sous peine de forclusion au Centre commun de la sécurité sociale, au titre du régime auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation. L. 19.12.08,II,1°

2 Le délai prévisé de six mois est suspendu à partir du jour de la demande en obtention d'une pension d'invalidité jusqu'à la date où la décision est coulée en force de chose jugée. L. 27.7.87

3 [3] Les modalités de l'assurance continuée sont déterminées par un règlement grand-ducal qui prévoit également les conditions et modalités dans lesquelles une personne peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire. R. 5.5.99

Assurance facultative L. 6.4.99,II,4)

1 **Art. 173bis.** Les personnes qui ne remplissent pas les conditions prévues par l'article précédent pour être admises à l'assurance continuée peuvent, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, s'assurer facultativement à partir du premier jour du mois suivant celui de la présentation de la demande pendant les périodes au cours desquelles elles n'exercent pas ou réduisent leur activité professionnelle pour des raisons familiales, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle. L. 28.7.00,27,17)

2 Dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, 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 pension.

3 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'assurance facultative, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. R. 5.5.99

---

1) Il y a lieu de lire « revenu d'inclusion sociale ».

2) Par L. 13.12.17,3,2° les termes « ou au bénéfice de revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées sont insérés derrière le mot « garanti ».

3) Voir R. 7.10.04, article 27 et ss sous « Règlements - Divers *» du présent recueil.*

Achat de périodes [1)]

1 **Art. 174.** Les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour des raisons familiales, soit quitté un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou un régime de pension d'une organisation internationale prévoyant un forfait de rachat ou d'un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un achat rétroactif, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle. L. 27.6.18,4,1)

2 Le conjoint créancier au titre de l'article 252 [2)], 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 1er du Code civil, augmenté de la charge de l'État telle que définie à l'article 239 du Code de la sécurité sociale.

3 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. R. 5.5.99 R. 25.6.09

4 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.

Détermination des périodes d'assurance et des durées [3)]

1 **Art. 175.**[4)] Les périodes d'assurance visées aux articles 171 à 174 et les durées prévues par le présent livre sont comptées par mois de calendrier. Compte pour un mois entier la fraction de mois représentant au moins, soit soixante-quatre heures de travail lorsqu'il s'agit de périodes d'activité professionnelle exercée pour autrui ou de périodes y assimilées au sens de l'article 171, soit dix jours civils dans les autres cas. Les fractions de mois inférieures à ces seuils sont reportées aux mois suivants et mises en compte le premier mois où le total des heures d'activité aura, compte tenu du report, atteint le seuil prévisé, alors que les salaires, traitements et revenus sont portés en compte pour le mois auquel ils se rapportent. Toutefois, en cas de concours durant un mois de périodes d'assurance découlant de l'application d'un ou de plusieurs des articles prévisés, la mise en compte ne peut excéder un mois. Pour autant que de besoin, les mois sont convertis en années, les douzièmes étant convertis en nombres décimaux. L. 27.7.87 L. 6.4.99,II,6),a) L. 27.7.87

---

1) ***L. 28.7.00: Restitution de cotisations remboursées***

Art. 32. *Les personnes qui ont bénéficié d'un remboursement de cotisations peuvent faire revivre les droits attachés initialement aux périodes d'assurance afférentes en restituant le montant des cotisations remboursées revalorisées suivant les modalités à fixer par règlement grand-ducal, à condition qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.*

Lorsqu'une demande de remboursement ultérieure porte sur des cotisations restituées, par dérogation à l'article 213 du Code des assurances sociales seule la moitié de la part des cotisations à supporter par les assurés conformément à l'article 240 est remboursée au demandeur.

Art. 33. *L'article 7, alinéa 2 de la loi modifiée du 21 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs prend la teneur suivante:*

« Les personnes qui ont bénéficié d'un remboursement de cotisations peuvent faire revivre les droits attachés à la partie non remboursée lorsqu'elles ont accompli une nouvelle période de quarante-huit mois au titre des articles 171, 173 et 173bis du Code des assurances sociales. En outre elles peuvent restituer le montant des cotisations remboursées revalorisées suivant les modalités à fixer par règlement grand-ducal. » [...]

2) *Pour l'article 252 du Code civil, voir partie « Loi - Livre III » du présent recueil.*

3) ***L. 6.4.99, V, alinéa 1:***

Les nouvelles dispositions concernant la mise en compte des périodes d'assurance au sens de l'article 171 comptant moins de 64 heures de travail s'appliquent à celles accomplies à partir du 1er janvier 1988.

4) ***L. 27.7.87, XVIII, 4), alinéas 1 à 3:***

En vue de l'application de l'article 175 du Code des assurances sociales, la conversion des jours accomplis avant le 1er janvier 1988 auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité en mois d'assurance se fait au moyen du diviseur 22,5.

Lorsqu'une personne a été affiliée avant le 1er janvier 1977 à différents régimes contributifs au cours d'un même exercice, les périodes afférentes sont prises en compte cumulativement jusqu'à concurrence de douze mois ou de deux cent soixante-dix journées par année civile, la conversion des périodes d'assurance s'effectuant en cas de besoin au moyen du multiplicateur ou du diviseur 22,5.

Lorsqu'une personne ayant exercé simultanément plusieurs occupations assujetties à assurance a été affiliée entre le 1er janvier 1977 et le 31 décembre 1987 auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, compétent en vertu de l'ancien article 26 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension, les journées d'assurance accomplies comme salarié sont portées en compte cumulativement jusqu'à concurrence de trois cent soixante-cinq journées par année civile; les mois d'assurance de l'occupation accessoire indépendante, multipliés par le facteur 22,5, ne sont portés en compte que dans la mesure où ils dépassent les journées accomplies comme salarié. Lorsque la caisse compétente correspond à un autre régime contributif, les périodes accomplies au titre d'une occupation accessoire, converties le cas échéant en mois par division du facteur 22,5, ne sont portées en compte que dans la mesure où elles s'avèrent plus favorables que celles accomplies sous l'occupation principale et jusqu'à concurrence du nombre de mois civils couverts par l'occupation principale.

2 Un règlement peut fixer un coefficient multiplicateur pour les personnes dont la durée hebdomadaire normale à temps plein est inférieure à quarante heures par semaine. L. 6.4.99,II),6),b)

3 Pour une rente accident complète ou une rente professionnelle d'attente en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, les périodes d'assurance sont mises en compte conformément à l'alinéa 1. Pour une rente accident partielle, seuls les revenus cotisables sont portés en compte. L. 12.5.10,3,3°

Détachement à l'étranger

Art. 176. Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés à l'assurance pension luxembourgeoise. L. 27.7.87

Exemption et dispense de l'assurance

1 **Art. 177.** Ne sont pas assujettis à l'assurance au titre de leur activité statutaire les fonctionnaires, employés ou agents de l'État, des communes, des établissements publics, des chemins de fer et des organismes internationaux officiels qui ont droit pour eux et leurs survivants à des pensions en vertu de leur régime statutaire. L. 22.12.89,IV,1°

2 Ne sont pas assujettis à l'assurance les agents de la Banque centrale du Luxembourg visés à l'article 14 de la loi du 23 décembre 1998 relative au statut monétaire de la Banque centrale du Luxembourg. L. 19.12.08,II,3°

1 **Art. 178.** Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse qui exercent une activité pour leur propre compte après l'âge de soixante-cinq ans ne sont pas soumis à l'assurance. L. 19.12.08,II,4°

2 En cas d'exercice d'une occupation salariée après l'âge de soixante-cinq ans par un bénéficiaire de pension de vieillesse, la cotisation est due comme en cas d'assujettissement. La moitié du montant nominal de la cotisation à supporter par l'assuré conformément à l'article 240 est remboursée sur demande par année de calendrier. En cas de décès l'article 209 est applicable. L. 24.4.91,I,4° L. 27.7.87

1 **Art. 179.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

2 Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel, ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. L. 28.7.00,27,19)

3 L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation. L. 27.7.92,III

1 **Art. 180.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 171, sous 6) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. L. 12.5.10,3,4°

2 Sont dispensées de l'assurance les personnes exerçant à titre principal ou accessoire une activité au sens de l'article 171, sous 2), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an [1)] ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes 8 et 9 de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural.

3 Toutefois, une personne exerçant une activité dispensée en vertu de l'alinéa qui précède est admise à l'assurance obligatoire à sa demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. L. 28.7.00,27,20),b)

4 Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 171, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 171, numéro 2), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 171, numéro 6). L. 25.7.05,I,21°

Art. 181. Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de pension à l'étranger. L'employeur doit néanmoins la part de cotisation lui incombant. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 24.4.91,I,6°

---

1) ***L. 17.11.97,32:***
Les assurés exerçant une activité agricole à titre principal au 31 décembre 1991 restent affiliés obligatoirement, nonobstant le fait que le revenu professionnel agricole ne dépasse pas le seuil prévu à l'article 180 du Code des assurances sociales.

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

Pensions

Art. 182. L'assurance a principalement pour objet des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie. L. 27.7.87

Pension de vieillesse

Art. 183. A droit à une pension de vieillesse à partir de l'âge de soixante-cinq ans, tout assuré qui justifie de cent vingt mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173, 173bis [1] et 174.

1 **Art. 184.**[2] A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de soixante ans, l'assuré qui justifie de quatre cent quatre-vingts mois au moins au titre des articles 171 à 174, dont cent vingt au moins au titre des articles 171, 173, 173bis et 174.[3] L. 6.4.99,II,7)

---

1) Par L. 28.7.00, 27, 21), la référence à l'article 173bis a été ajoutée.

*2) **L. 27.7.87,XVIII,7):***

Les assurés affiliés au régime de pension des employés privés ou y justifiant de la condition du maintien des droits à la date de la mise en vigueur de la présente loi (1.1.88) qui, à ce moment, ont atteint l'âge de quarante-cinq ans et justifient du stage prévu à l'article 16 d) de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés peuvent continuer à prétendre à la pension de vieillesse anticipée dans les conditions et suivant les modalités prévus à l'article 39, alinéas 2 et 3 de la loi du 29 août 1951 précitée.

Ancien article 16 d) de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés:

***Art. 16.** Le droit aux prestations est subordonné, sans préjudice de toutes autres conditions prescrites, à l'accomplissement d'un stage d'assurance fixé comme suit: [...]*

d) cent quatre-vingts mois, si la pension de vieillesse est demandée avant l'âge de soixante-cinq ans.

Ancien article 39, alinéas 2 et 3 de la loi du 29 août 1951 prévisée:

Elle sera accordée dans les conditions de stage spéciales prescrites par l'article 16 d), à partir de l'expiration de la soixantième année, pourvu et tant que l'assuré renonce à toute occupation professionnelle. Dans les mêmes conditions la pension de vieillesse anticipée peut être accordée à la femme assurée à partir de l'expiration de la cinquante-cinquième année. ./.Les pensions de vieillesse sont accordées à la place de la pension d'invalidité et pour le même montant; toutefois le montant de la pension anticipée accordée à la femme assurée avant l'âge de soixante ans sera réduit d'après un barème à fixer par règlement d'administration publique (R. 10.8.55).

L. 27.7.87,XIII tel que modifié par L. 24.4.91, IV, 1°:

La loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes est abrogée.

Pour les pensions échues et à échoir après le 31 décembre 1987, les majorations résultant des cotisations versées au titre de l'assurance supplémentaire visée à la loi du 13 janvier 1948 et à l'ancien article 210 du Code des assurances sociales sont calculées conformément aux dispositions réglementaires afférentes et majorées de sept pour cent à partir du 1er janvier 1991. Elles sont réduites au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et ajustées au niveau de vie de l'année de base prévue à l'article 220 du Code des assurances sociales, respectivement au moyen du nombre indice du coût de la vie du mois de l'échéance du risque et par le coefficient d'ajustement de l'année de l'échéance du risque.

Pour les pensions échues au 1er janvier 1988, les majorations résultant de l'assurance supplémentaire correspondent au niveau de vie de l'année de base prévisée après réduction au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 au moyen du nombre indice du coût de la vie du mois de décembre 1987.

L. 27.7.87,XVIII, 8):

Les assurés qui au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.1.88) sont affiliés à un régime d'assurance supplémentaire visé par la loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes et à l'ancien article 210 du Code des assurances sociales ou bénéficient d'une indemnité professionnelle d'attente en cas de préretraite, peuvent continuer de prétendre à la pension de vieillesse anticipée suivant les conditions et modalités en vigueur avant la mise en vigueur de la présente loi jusqu'au 31 décembre 1992. A cet effet, les périodes d'activité professionnelle accomplies comme chauffeur professionnel après le 1er janvier 1988 sont assimilées à des mois de cotisation en vue de l'accomplissement du stage requis dans l'assurance supplémentaire des chauffeurs professionnels.

L. 27.7.87,XVIII,16) tel qu'ajouté par L. 22.12.89,IX,3°:

Par dérogation aux conditions d'âge prévues à l'article 184 du Code des assurances sociales ont droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de cinquante-cinq ans les assurés soumis à l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs au 31 décembre 1987 ainsi que les employés techniques des mines justifiant avant cette date de vingt années d'occupation au fond ou en surface dans l'industrie minière

R. 2.2.48 mod., 4 - Assurance supplémentaire des ouvriers mineurs:

***Art. 4.** Les assurés qui justifieront de vingt années de travail dans les exploitations mentionnées à l'article 1er du présent arrêté pourront obtenir la pension de vieillesse à l'âge de soixante ans, ceux qui justifieront de trente années de travail dans ces exploitations pourront obtenir la pension de vieillesse à l'âge de cinquante-huit ans, ceux qui justifieront de trente-cinq années de travail dans ces exploitations pourront obtenir ladite pension à l'âge de cinquante-cinq ans (R. 29.12.56).*

Les travailleurs qui auront perdu l'emploi dans l'industrie minière du fait de la fermeture totale ou partielle de l'exploitation qui les occupe pourront obtenir la pension:

a) dès l'âge de cinquante ans accomplis s'ils justifient de trente années d'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs ou des ouvriers métallurgistes dont vingt années au moins comme travailleurs dans une ou plusieurs des exploitations visées à l'article 1er; dès l'âge de cinquante-cinq ans accomplis s'ils justifient de trente années de travail couvertes par vingt-cinq années d'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs ou des ouvriers métallurgistes dont vingt années dans une ou plusieurs des exploitations visées à l'article 1er;

b) l'âge de cinquante-huit ans accomplis s'ils justifient de trente années de travail dont vingt années de travail dans une ou plusieurs des exploitations visées à l'article 1er (R. 23.3.79).

Les assurés qui toucheront la pension de vieillesse anticipée devront, sous peine de retrait de cette pension, renoncer à toute activité professionnelle généralement quelconque.

Par définition, l'année de travail est égale à deux-cent soixante-dix jours ou deux mille cent soixante heures de travail (R. 29.12.56).

R. 2.2.1948 mod., 13 - Assurance supplémentaire des ouvriers métallurgistes:

***Art. 13.** L'âge à partir duquel l'assuré pourra entrer en jouissance de la pension de vieillesse sera de soixante ans s'il justifie de trente-cinq années de travail dans les entreprises mentionnées aux articles 1er et 10 du présent arrêté.*

L'assuré qui touchera la pension de vieillesse anticipée devra, sous peine de retrait de cette pension, s'abstenir de toute activité professionnelle généralement quelconque.

Par définition l'année de travail est égale à deux cent soixante-dix journées ou deux mille cent soixante heures de travail (R. 29.12.56).

R. 2.2.1948 mod., 5 - Assurance supplémentaire des employés techniques des mines du fond:

***Art. 5.** En cas de réalisation du risque conformément aux dispositions de la législation sur l'assurance pension des employés privés, les prestations dues en vertu de cette législation s'augmentent de celles résultant de l'affiliation à l'assurance supplémentaire.*

Les employés techniques des mines qui justifieront de trente années d'occupation au fond ou en surface dans l'industrie minière pourront obtenir la pension de vieillesse à l'âge de cinquante-huit ans, ceux qui justifieront de trente-cinq années d'occupation dans l'industrie minière pourront obtenir ladite pension à l'âge de cinquante-cinq ans (R. 17.12.87). ./.

Les employés techniques des mines du fond qui auront perdu l'emploi dans l'industrie minière du fait de la fermeture totale ou partielle de l'exploitation qui les occupe pourront obtenir la pension de vieillesse:

a) dès l'âge de cinquante ans accomplis, s'ils justifient de trente ans de travail dans les mines;

b) dès l'âge de cinquante-cinq ans accomplis s'ils justifient de trente ans de travail, dont vingt-cinq ans de travail dans les mines;

c) dès l'âge de cinquante-huit ans accomplis s'ils justifient de trente ans de travail, dont vingt ans de travail dans les mines.

Les assurés qui toucheront la pension de vieillesse anticipée conformément à l'alinéa qui précède devront, sous peine de retrait de cette pension, renoncer à toute activité professionnelle généralement quelconque (R. 23.5.67).

R. 17.12.1987,2:

***Art. 2.** Les dispositions de l'article qui précède (lire: de l'alinéa 2 de l'article 5 qui précède) sont également applicables à ceux des employés techniques qui ont quitté l'assurance supplémentaire mais qui ont conservé le statut minier de l'industrie qui les occupe.*

R. 12.3.1966 mod. par R. 28.11.72 -Assurance supplémentaire des chauffeurs professionnels:

***Art. 1.** Le présent règlement s'applique aux salariés assurés auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité occupés à conduire sur la voie publique, pour le compte d'autrui et contre rémunération, un véhicule automoteur d'un poids total maximum autorisé de plus de 3.500 kilos, un autobus, un autocar ou une voiture automobile à personnes servant à des essais scientifiques.*

***Art. 3.** Les assurés qui justifieront de trente-cinq ans d'assurance dont trois cent soixante cotisations mensuelles versées conformément au présent règlement pourront obtenir la pension de vieillesse à partir de l'âge de soixante ans à condition de renoncer à l'exercice de toute activité professionnelle généralement quelconque.*

3) Par L. 28.7.00, 27, 22), les références aux articles 173, 173bis et 174 ont été ajoutées.

2 A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de cinquante-sept ans l'assuré qui justifie de quatre cent quatre-vingts mois d'assurance au titre de l'article 171. L. 24.4.91,I,7°

3 Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer, même avant l'âge de soixante-cinq ans, une activité salariée insignifiante. Est considérée comme activité insignifiante, toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu au Luxembourg ou à l'étranger qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum. L. 21.12.12,I,2°

4 Si l'activité salariée dépasse les limites prévues à l'alinéa qui précède, les dispositions de réduction prévues à l'article 226 sont applicables. Lorsque la rémunération dépasse le plafond y prévu, la pension est refusée ou retirée. L. 21.12.12,I,3°

5 [1] Tant que l'assuré exerce avant l'âge de soixante-cinq ans une activité non salariée au Luxembourg ou à l'étranger autre que celle dispensée de l'assurance en vertu de l'article 180, alinéa 2, la pension de vieillesse anticipée est refusée ou retirée. L. 21.12.12,I,5°

1 **Art. 185.** La pension de vieillesse prévue à l'article 183 commence à courir du premier jour de la soixante-sixième année de l'assuré ou, si les conditions d'attribution ne sont réalisées que postérieurement, à partir de cette date. L. 27.7.87

2 (alinéa abrogé) L. 28.6.02,2° [2]

3 (alinéa abrogé)

4 La pension de vieillesse prévue à l'article 184 ne commence à courir qu'à partir du jour suivant l'expiration du droit de l'assuré à son revenu professionnel. Toutefois, lorsque l'assuré continue à exercer une activité salariée, la pension prend cours le premier jour du mois suivant celui de la demande, mais au plus tôt à partir du mois au cours duquel la rémunération est inférieure au plafond prévu à l'article 226. L. 27.7.87 L. 13.12.17,3,4°

5 Pour l'application des dispositions qui précèdent chaque jour du mois du début de la pension est compté uniformément, s'il échet, pour un trentième du mois. L. 27.7.87

Pension d'invalidité

1 **Art. 186.**[3] 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 [4] 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 [5] ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées [6].Toutefois, ce stage n'est pas exigé en cas d'invalidité imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation. L. 25.7.05,I,22° L. 27.7.87

---

1) Par L. 21.12.12,I,4°, l'alinéa 5 a été abrogé. L'ancien alinéa 6 devient le nouveau alinéa 5.

*2) **L. 28.6.02,IX,4°:***
L'article 185, alinéas 2 et 3 du Code des assurances sociales et l'article 13, alinéas 2 et 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour) l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois restent applicables aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse à la date d'entrée en vigueur de la présente loi (1.3.02).*
**) « les fonctionnaires de ».*

*3) **L. 27.7.87,XVIII,15) tel qu'ajouté par L. 22.12.89,IX,2°:***
Par dérogation aux conditions de stage prévues aux articles 186 et 195 du Code des assurances sociales, le droit aux pensions est également ouvert lorsqu'au 1er janvier 1988 l'assuré a accompli une année d'assurance maintenue au moment de l'échéance du risque d'après les anciennes dispositions relatives au maintien du droit applicables au dernier régime d'affiliation sur base des seules périodes accomplies avant cette date. Pour autant que de besoin les anciens articles 4 à 6 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension restent applicables.
L. 16.12.63 ayant pour objet la coordination des régimes de pension:
***Art. 4.** Lorsqu'une personne a été affiliée à différents régimes de pension contributifs, les conditions d'attribution des pensions seront appréciées sous chaque régime d'après les dispositions qui lui sont propres.*
Chaque organisme en cause portera en compte, à la condition qu'elles ne se superposent pas, les périodes d'assurance obligatoire accomplies sous les différents régimes ou computables conformément à l'article 14 et, suivant leur valeur dans le régime sous lequel elles ont été accomplies, les périodes d'assurance volontaire. Toutes autres périodes complémentaires à prendre en considération suivant l'un ou l'autre des régimes seront traitées par chaque organisme avec les effets qui leur sont reconnus par la législation qui le régit.
/. Les droits non éteints, lors du passage d'un régime à l'autre, au regard des dispositions du premier régime, seront, pour autant que de besoin, considérés comme maintenus tant que seront maintenus les droits correspondant aux périodes accomplies sous le deuxième régime suivant les dispositions de ce dernier. Toutefois les périodes accomplies sous ce dernier régime devront atteindre au moins quatre-vingts jours en moyenne par an, lorsqu'il s'agit d'un régime faisant dépendre l'extinction des droits en formation d'un avertissement. Le présent alinéa n'est applicable que si des systèmes de maintien des droits différents sont en cause.
Toute période pour laquelle une personne jouit d'une pension de vieillesse ou d'invalidité sous l'un des régimes, sera prise en considération pour le maintien des droits sous tous les régimes.

En cas de passage d'un régime d'assurance qui fait dépendre l'extinction des droits en formation d'un avertissement à un régime qui ne prévoit pas cette condition, les délais que fait courir l'avertissement seront suspendus pendant l'affiliation à d'autres régimes.

Art. 5. *Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous un seul régime, sans qu'elles le soient sous tous les régimes en cause par application des dispositions qui précèdent ou des dispositions des articles 6 et 7, il y a lieu à attribution de la pension, sous le régime au regard duquel les conditions d'attribution sont remplies. Il sera procédé de même lorsque ces conditions sont remplies sous plusieurs régimes sans qu'elles le soient sous tous les régimes en cause.*

Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous un seul régime, par application de ses propres dispositions et computation de ses seules périodes d'assurance, il y a lieu à attribution de la pension conformément à ce régime.

Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous plusieurs régimes par totalisation de leurs périodes d'assurance sans qu'elles le soient sous tous les régimes, les pensions sont calculées compte tenu des seules périodes accomplies sous les régimes au regard desquels les conditions d'attribution auront été réalisées.

Dans les cas visés aux deux alinéas qui précèdent il y aura lieu à révision ultérieure des pensions, conformément à l'article 4; cette révision sera effectuée, d'office au fur et à mesure que les conditions d'attribution seront remplies sous les autres régimes.

Le dernier alinéa de l'article 4 n'est pas applicable.

Art. 6. *Lorsque la pension de vieillesse est demandée avant l'âge de soixante-cinq ans, il ne sera porté en compte pour le stage requis que les périodes d'affiliation accomplies sous les régimes qui prévoient l'octroi de cette pension à l'âge où elle est demandée, compte tenu des dispositions concernant l'assurance supplémentaire.*

Les périodes d'affiliation à d'autres régimes seront prises en considération pour le maintien de ce droit.

4) *Par L. 28.7.00, 27, 23) la référence à l'article 173bis a été ajoutée.*
5) *Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au niveau d'inclusion sociale ».*
6) *Par L. 13.12.17,3,5° les termes « ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées » sont insérés derrière le mot « garanti ».*

1 **Art. 187.** Est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. Pour les personnes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 17), est prise en compte l'activité exercée dans l'atelier protégé. L. 12.9.03,41,6°

2 Les critères pour l'appréciation médicale de l'état d'invalidité peuvent être précisés par règlement grand-ducal, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Direction de la santé, service de la santé au travail, demandés en leurs avis. L. 25.7.02,16

3 (alinéa abrogé) L. 1.7.05,II,5°

4 (alinéa abrogé)

5 [1] L'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité non salariée soumise à l'assurance ou à toute activité salariée autre qu'insignifiante. L. 21.12.12,I,6°

Art. 188. La pension est suspendue si l'activité professionnelle est exercée par autrui pour le compte de l'assuré. L. 27.7.87

Art. 189. L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de cinquante ans, sous peine de suspension de la pension, les mesures de réhabilitation ou de reconversion qui peuvent être prescrites par la caisse de pension compétente sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Début de la pension d'invalidité

1 **Art. 190**. La pension d'invalidité court du premier jour de l'invalidité établie, mais au plus tôt du jour où la condition de stage prévue à l'article 186 est remplie; en cas d'exercice d'une activité non salariée soumise à l'assurance, elle ne commence à courir qu'à partir du jour de la cessation de cette activité. Toutefois en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque elle ne court qu'à partir du jour de la cessation de cette rémunération. Si l'invalidité est principalement due à un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à partir de la consolidation au sens de l'article 106 [2]. L. 24.4.91,I,11° L. 27.7.87 L. 12.5.10,3,5°

2 Pour la période pendant laquelle l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité a touché également une indemnité pécuniaire de maladie du régime d'assurance luxembourgeois découlant de l'activité professionnelle exercée avant l'échéance du risque, la pension d'invalidité est versée à la caisse de maladie compétente qui transmet la différence éventuelle à l'assuré.[3] L. 13.12.17,3,6°

3 Pour la période pendant laquelle l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité a touché également une indemnité de chômage, une indemnité compensatoire ou une indemnité professionnelle d'attente régies par la législation luxembourgeoise, la pension d'invalidité est versée au Fonds pour l'emploi qui transmet la différence éventuelle à l'assuré. L.24.7.20,14,1°

4 [4] [5] Lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire, la pension prend cours à l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire accordée conformément aux articles 9 à 16 ou 97 ou, à défaut d'un tel droit, à l'expiration d'une période ininterrompue d'invalidité de six mois. L. 21.12.04,I,14°

5 [4] Dans le cas prévu à l'alinéa qui précède, la pension d'invalidité est réallouée pour les périodes ultérieures d'invalidité se situant avant le rétablissement du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'article 14, alinéa 2 [6] pour autant que l'assuré remplisse les conditions prévues à l'article 186 au moment du début de chaque nouvelle période d'invalidité. L. 27.7.92,III,4°

6 [4] La pension d'invalidité n'est pas allouée pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande. L. 27.7.87

Art. 191. Si la date du début de l'invalidité ne peut pas être établie, elle est censée être celle du jour où la demande en obtention de la pension est parvenue à l'un des organismes de pension visés par la présente loi.

Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse

1 **Art. 192.** Sans qu'une décision formelle ait à intervenir en ce sens, toutes les pensions de vieillesse anticipées et d'invalidité en cours sont reconduites en tant que pensions de vieillesse, lorsque les bénéficiaires ont accompli l'âge de soixante-cinq ans. L. 21.12.12,I,7°

2 Lorsque le bénéficiaire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 se situant pendant la période de jouissance de la pension, il est procédé à un recalcul des majorations proportionnelles conformément aux articles 214 et

---

1) L'ancien alinéa 2 est devenu l'alinéa 5 par L. 25.7.02,16.

2) Par L. 23.7.15,II,12° le renvoi à l'article 105 est remplacé par un renvoi à l'article 106.

3) A voir arrêt de la Cour constitutionnelle du 1er juillet 2016 (Mém. A 125 du 12 juillet 2016).

4) Alinéas renumérotés par L. 13.12.17,3,6°.

5) Alinéas renumérotés par L.24.7.20,14,2°.

6) Par L. 13.12.17,3,7° le chiffre « 3 » est remplacé par le chiffre « 2 ».

215 et, le cas échéant, à une réduction du complément pension minimum, sans que le total de la pension puisse subir une diminution. A cet effet, le taux déterminé à la date du début du droit à la pension conformément à l'article 214, alinéa 1, point 1) reste applicable.

Retrait de la pension d'invalidité [1) 2)]

1 **Art. 193.** La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187. L. 21.12.12,I,8°

2 Sans préjudice des dispositions de l'article 211, la décision qui retire une pension est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée. L. 27.7.87

Art. 194.[3] Lorsqu'après un ou plusieurs retraits de la pension d'invalidité, l'intéressé a de nouveau droit à une pension d'invalidité [4], il n'est procédé à un recalcul de la pension que si le total de la ou des périodes pendant lesquelles l'intéressé ne bénéficiait pas de la pension dépasse six mois. Dans ce cas, l'article 215 est applicable.

Pensions de survie

Art. 195. [5] 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. L. 9.7.04,15,18°

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 [6] ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées [7]. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas de décès de l'assuré imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation. L. 25.7.05,I,23° L. 27.7.87

---

1) ***L. 12.9.03,45,(1):***
Le salarié handicapé, qui au moment de l'entrée en vigueur (1.6.2004) de la présente loi est occupé dans un atelier protégé agrée par le ministre ayant dans ses attributions la Famille et qui bénéficie d'une indemnité d'insertion en vertu de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou d'une pension d'invalidité, d'une pension ou rente d'orphelin, ou d'un autre revenu de remplacement dus en vertu de la législation sur la sécurité sociale, touchera un salaire en remplacement des prestations citées ci-avant dès l'entrée en vigueur de la présente loi et conformément aux dispositions de l'article 21.
Au cas où les revenus du salarié handicapé diminueraient suite à l'application des dispositions de la présente loi, une indemnité compensatoire à charge du fonds pour l'emploi est accordée au salarié handicapé pour parfaire la différence. Cette indemnité compensatoire est adaptée à l'indice des prix à la consommation.

2) ***L. 1.7.05,VII:***
Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité auquel celle-ci a été retirée en vertu de l'article 193 du Code des assurances sociales après le 1er octobre 2002 peut introduire une demande auprès de la commission mixte en vue du bénéfice d'un reclassement professionnel externe conformément aux dispositions de l'article 1er, alinéa 2, premier tiret, de la loi modifiée du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (lire « article L. 551-1, (2), 1 du Code du travail » depuis le 1.9.2006). Les prestations sont dues à partir de la date de la décision définitive de retrait de la pension d'invalidité sans préjudice des dispositions des articles 235 et 236 du Code des assurances sociales, applicables par analogie.

3) ***L. 31.07.06, annexe: Livre V, Titre VIII-Préretraite:***
Chapitre IX - Dispositions financières
Art. L. 589-1. *(1) La caisse de pension compétente verse au Fonds pour l'emploi le montant brut de la pension de vieillesse anticipée à laquelle le salarié, bénéficiant de l'indemnité de préretraite en vertu des chapitres II et III du présent titre, a droit en vertu de l'article 184, alinéas 1 et 2 du Code des assurances sociales, indépendamment de la présentation d'une demande de pension en vertu de l'article 273 du même code par l'assuré lui-même.*
(2) Le versement de la pension s'effectue mensuellement à la demande du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions et en sa qualité de gestionnaire du Fonds pour l'emploi. Le recalcul prévu à l'article 194 du même code s'applique par analogie au moment de la cessation de l'indemnité de préretraite. Les ministres ayant respectivement dans leurs attributions l'Emploi et la Sécurité sociale peuvent, d'un commun accord, charger la caisse de pension compétente d'effectuer le versement prévisé directement à l'employeur.
(3) Les dispositions du Code des assurances sociales, dans la mesure où elles ont trait au bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée, s'appliquent, pendant la période où celui-ci touche une indemnité de préretraite, au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions en sa qualité de gestionnaire du Fonds pour l'emploi. La situation du bénéficiaire reste régie exclusivement par le présent titre.

4) *Par L. 13.12.17,3,8° les termes « ou de vieillesse » sont supprimés.*

5) *Voir note sub article 186.*

6) *Il y a lieu de lire « la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».*

7) *Par L. 13.12.17,3,9° les termes « ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées » sont insérés derrière le mot « garanti ».*

1 **Art. 196.** La pension de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, n'est pas due: L. 9.7.04,15,19°

- lorsque le mariage ou le partenariat a été conclu moins d'une année soit avant le décès, soit avant la mise à la retraite pour cause d'invalidité ou pour cause de vieillesse de l'assuré;
- lorsque le mariage ou le partenariat a été contracté avec un titulaire de pension de vieillesse ou d'invalidité.

2 Toutefois, l'alinéa 1 n'est pas applicable, si au moins l'une des conditions ci-après est remplie:

a) lorsque le décès de l'assuré actif ou la mise à la retraite pour cause d'invalidité est la suite directe d'un accident survenu après le mariage ou le partenariat;

b) lorsqu'il existe lors du décès un enfant né ou conçu lors du mariage ou du partenariat, ou un enfant légitimé par le mariage;

c) lorsque le bénéficiaire de pension décédé n'a pas été l'aîné de son conjoint ou de son partenaire de plus de quinze années et que le mariage ou le partenariat a duré, au moment du décès, depuis au moins une année;

d) lorsque le mariage ou le partenariat a duré au moment du décès du bénéficiaire de pension depuis au moins dix années.

1 **Art. 197**.[1)] En cas de divorce, le conjoint divorcé, ou en cas de dissolution du partenariat pour une cause autre que le décès, en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, l'ancien partenaire, a droit, sans préjudice des conditions prévues aux articles 195 et 196, lors du décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire, à une pension de survie à condition de ne pas avoir contracté un nouvel engagement par mariage ou partenariat, avant le décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire. L. 9.7.04,15,20°,a)

2 Les conditions d'attribution sont à apprécier au moment du décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension. L. 22.12.89,IV,3°

3 La pension de survie du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, est établie sur la base de la pension de survie prévue à l'article 217 en fonction des périodes d'assurances visées aux articles 171, 173, 173bis et 174 accomplies par le conjoint ou le partenaire pendant la durée du mariage ou du partenariat par rapport à la durée totale des périodes d'assurance visées à ces articles. L. 9.7.04,15,20°,b)

4 En cas de concours d'un ou de plusieurs conjoints divorcés ou d'un ou de plusieurs anciens partenaires d'un partenariat ayant été dissous pour une cause autre que le décès, au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avec un conjoint ou un partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension de survie prévue à l'article 217 est répartie entre les ayants droit proportionnellement à la durée des différents mariages ou partenariats, sans que la pension d'un conjoint divorcé ou d'un ancien partenaire ne puisse excéder celle qui lui reviendrait conformément à l'alinéa précédent; le cas échéant la part excédentaire est attribuée au conjoint ou au partenaire survivant. L. 9.7.04,15,20°,c)

5 En cas de décès de l'un des ayants droit, la pension des autres est recalculée conformément au présent article. L. 22.12.89,IV,3°

6 Six mois après le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension, la pension est répartie entre les ayants droit qui en ont fait la demande. Les ayants droit qui n'ont pas présenté de demande dans ce délai, n'ont droit à la part qui leur est due qu'à partir du jour de leur demande.

1 **Art. 198.** Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité attribuée en vertu du présent livre ou un assuré, remplissant les conditions prévues à l'article 195 décède sans laisser de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, le droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption, à condition: L. 9.7.04,15,21°,a)

a) qu'ils soient veufs ou veuves, divorcés, séparés de corps, anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou célibataires; L. 9.7.04,15,21°,b)

---

1) ***L. 27.7.87,XVIII,17) tel qu'ajouté par L. 24.4.91,IV,4°:***
Par dérogation à l'article 197 du Code des assurances sociales, les conjoints divorcés avant le 1er août 1978 à leurs torts exclusifs ou aux torts réciproques des époux n'ont pas droit à la pension de survie, si l'assuré s'est remarié avant cette date ou tant que son décès donne encore lieu à des prestations. Toutefois, les pensions de survie accordées entre le 1er janvier 1988 et l'entrée en vigueur de la présente disposition (1.5.91) aux conjoints divorcés conformément à l'article 197 prémentionné leur restent acquises; la pension revenant aux autres conjoints de l'assuré est recalculée comme s'ils étaient les seuls bénéficiaires. A voir dans ce contexte l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 3 juin 2011 (Mém. A 128 du 22 juin 2011,p. 1866).

b) [1] qu'ils vivent depuis au moins cinq années précédant le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension en communauté domestique avec lui; L. 24.4.91,I,13°

c) qu'ils aient fait son ménage pendant la même période et L. 27.7.87

d) que l'assuré ou le bénéficiaire de pension ait contribué pour une part prépondérante à leur entretien pendant la même période;

e) qu'ils soient âgés de plus de quarante ans au moment du décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension.

2 Si la communauté a été dissoute avant le décès pour maladie grave de l'assuré ou du bénéficiaire de pension ou tout autre cas de force majeure, le droit à pension est maintenu, si la communauté avait duré pendant les cinq années ayant précédé cette dissolution, sans préjudice des autres dispositions prévues ci-dessus.

3 Lorsqu'il y a plusieurs ayants droit en vertu du présent article, la pension de survie se partage par tête.

4 En cas de concours avec une pension revenant à un ou plusieurs conjoints divorcés ou à un ou plusieurs anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, les pensions sont fixées proportionnellement à la durée des mariages ou des partenariats d'une part, et à la durée de l'occupation dans le ménage d'autre part, sans que la pension du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, visée à l'article 197 ne puisse dépasser celle qui lui reviendrait s'il était le seul bénéficiaire; le cas échéant, la part excédentaire est attribuée au bénéficiaire visé à l'alinéa 1 du présent article. L. 9.7.04,15,21°,c)

5 En cas de concours de la pension attribuée en vertu du présent article avec une autre pension de survie, seule la pension la plus élevée est due. L. 27.7.87

1 **Art. 199.** Ont droit après le décès soit du père, soit de la mère, à une pension de survie, les enfants légitimes dans les mêmes conditions de stage que celles prévues pour les autres pensions de survie.

2 [2] La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle est accordée ou maintenue au maximum jusqu'à l'âge de vingt-sept ans si l'orphelin est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession. L. 24.4.91,I,14°

3 Sont assimilés à des enfants légitimes au regard des dispositions qui précèdent: L. 27.7.87

- les enfants légitimés;
- les enfants adoptifs;
- les enfants naturels;
- tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que l'assuré ou le bénéficiaire de pension en ait assumé l'entretien et l'éducation pendant les dix mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs.

1 **Art. 200.** Les droits des survivants sont également ouverts en cas d'absence de l'assuré. Il est réputé absent, lorsqu'on n'a pas eu à son sujet des nouvelles dignes de foi pendant une année et que les circonstances rendent probable son décès. La caisse de pension peut exiger des survivants l'affirmation sous serment qu'ils n'ont pas reçu d'autres nouvelles de la personne absente que celles qu'ils ont fait connaître à la caisse de pension.

2 La caisse de pension fixe, d'après une appréciation équitable, le jour de la mort de l'absent.

Début de la pension de survie

Art. 201. Les pensions de survie commencent à courir le jour du décès de l'assuré ou, si l'assuré était titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, le premier jour du mois qui suit le décès.

Art. 202. Toutefois, les pensions des survivants qui ont vécu avec un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité en ménage commun ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pendant les trois mois consécutifs à l'ouverture du droit jusqu'à concurrence de la pension du défunt. Le complément est réparti entre les différentes pensions proportionnellement au montant de chacune.

---

1) ***L. 24.4.91,V:***
Les personnes exclues du bénéfice de la pension de survie en application de l'article 198 du Code des assurances sociales, dans la teneur de la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie pourront bénéficier de l'application de cet article dans la teneur de la présente loi.
L'ancien libellé de l'article 198, alinéa 1, b) était conçu comme suit:
« qu'ils vivent depuis au moins cinq années précédant soit le décès, soit la mise à la retraite pour cause d'invalidité ou pour cause de vieillesse de l'assuré actif en communauté domestique avec lui. »

2) ***L. 27.7.87, XVIII, 2):***
Nonobstant les dispositions prévues aux articles 102... du Code des assurances sociales, les rentes et pensions d'orphelins sont versées provisoirement sans limite d'âge au profit des descendants qui, par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles se trouvent hors d'état de gagner leur vie, à condition que l'infirmité ait été constatée avant l'âge de dix-huit ans. (Abrogé par L. 12.9.2003, 35).)*
**)Ces dispositions continuent toutefois à sortir leurs effets en ce qui concerne les personnes handicapées ayant droit à la pension d'orphelin avant l'entrée en vigueur de la présente loi (1.6.2004).*

1 **Art. 203.** Si le défunt n'était pas encore titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, les pensions des survivants, ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pour le mois du décès et les trois mois subséquents jusqu'à concurrence de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit en vertu de l'article 186. Pour l'application de cette disposition chaque jour du mois du décès de l'assuré est compté uniformément pour un trentième du mois.

2 En cas d'application de l'article 125-1 du Code du travail les pensions de survie ainsi que le complément dû en application de l'alinéa 1 du présent article sont versés à titre de compensation à l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents. L.13.5.08,2,12°

Cessation de la pension [1)]

1 **Art. 204.** Les pensions de survivant de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, cessent d'être payées à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat. L. 9.7.04,15,22°,a)

2 Si le titulaire d'une pension de survie contracte un nouvel engagement par mariage ou partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avant l'âge de cinquante ans la pension de survie est rachetée au taux de cinq fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat après l'âge de cinquante ans, le taux est réduit à trois fois le montant prévisé. L. 9.7.04,15,22°,b)

3 Toutefois le montant du rachat ne peut pas être supérieur respectivement à cinq fois et trois fois la pension annuelle qui aurait été due pour la même période sans application des dispositions de l'article 229 et sans prise en compte des majorations proportionnelles spéciales et forfaitaires spéciales. L. 27.7.87

1 **Art. 205.** Si le nouveau mariage est dissous par le divorce ou le décès du conjoint, ou si le nouveau partenariat a été valablement dissous en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension est rétablie après respectivement cinq ou trois années à compter du nouvel engagement par mariage ou partenariat, suivant que celui-ci a eu lieu avant ou après l'âge de cinquante ans. Au cas où la dissolution du mariage ou du partenariat se situe dans la période couverte par le rachat, la pension est rétablie à partir du premier jour du mois qui suit cette dissolution, déduction faite du montant ayant servi à la détermination du rachat prévu à l'alinéa 2 de l'article 204 pour la période résiduelle. L. 9.7.04,15,23°,a)

2 Au cas où le décès du nouveau conjoint ou du nouveau partenaire ouvre également droit à une pension, seule la pension la plus élevée au moment de l'ouverture du droit à cette dernière est payée, compte tenu de l'application de l'alinéa qui précède. A l'expiration de la période couverte par le rachat il est procédé à une nouvelle comparaison et la pension la plus élevée est définitivement allouée. L. 9.7.04,15,23°,b)

1 **Art. 206.** Sauf en cas d'études, la pension d'orphelin cesse d'être payée à partir du mois suivant le mariage ou la déclaration de partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, du bénéficiaire. L. 9.7.04,15,24°

2 Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension d'invalidité. L. 27.7.87

Déchéance des droits

1 **Art. 207**. Les prestations d'invalidité ne sont pas dues si l'assuré a provoqué l'invalidité, soit intentionnellement, soit dans l'accomplissement d'un crime.

2 Toutefois, pour la durée de l'invalidité [2)] de l'assuré, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, et les enfants peuvent prétendre à une pension équivalente à la pension de survie à laquelle ils auraient pu prétendre en cas de décès de l'assuré, à condition qu'ils résident au Luxembourg et qu'ils aient été entretenus d'une façon prépondérante par les revenus de l'assuré. L. 9.7.04,15,25°

3 Lorsqu'il a été établi par jugement pénal que les ayants droit ont causé volontairement le décès ou l'invalidité de l'assuré ou y ont contribué par un acte intentionnel, ils sont déchus de tout droit à pension. L. 27.7.87

---

1) ***L. 12.9.03,45,(1):***
Le salarié handicapé, qui au moment de l'entrée en vigueur (1.6.2004) de la présente loi est occupé dans un atelier protégé agrée par le ministre ayant dans ses attributions la Famille et qui bénéficie d'une indemnité d'insertion en vertu de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou d'une pension d'invalidité, d'une pension ou rente d'orphelin, ou d'un autre revenu de remplacement dus en vertu de la législation sur la sécurité sociale, touchera un salaire en remplacement des prestations citées ci-avant dès l'entrée en vigueur de la présente loi et conformément aux dispositions de l'article 21.
Au cas où les revenus du salarié handicapé diminueraient suite à l'application des dispositions de la présente loi, une indemnité compensatoire à charge du fonds pour l'emploi est accordée au salarié handicapé pour parfaire la différence. Cette indemnité compensatoire est adaptée à l'indice des prix à la consommation.

2) *Par L. 13.12.17,3,10° le terme « professionnelle » est supprimé.*

Paiement des pensions

1 **Art. 208.** Les pensions sont payées mensuellement par anticipation. Les paiements sont effectués en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros. L. 1.8.01,65,(3)

2 Elles cessent d'être payées à la fin du mois au cours duquel décède le bénéficiaire ou au cours duquel les conditions d'attribution viennent à défaillir. L. 27.7.87

3 Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie ou de décès du conjoint ou du partenaire. L. 9.7.04,15,26°

4 Le paiement se fait valablement au moyen d'un virement à un compte bancaire du bénéficiaire auprès d'un établissement financier. Les frais sont à charge du bénéficiaire, sauf ceux mis en compte par l'établissement financier de la caisse de pension en cas d'utilisation par le bénéficiaire de numéros et codes permettant une procédure entièrement automatisée pour les virements transfrontaliers à l'intérieur de l'Union européenne. L. 21.12.04,I,15°

1 **Art. 209.** Les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, sinon à ses successeurs en ligne directe jusqu'au deuxième degré. L. 9.7.04,15,27°

2 A défaut de parenté au degré susceptible en vertu de l'alinéa qui précède, les prestations restent acquises à la caisse. L. 27.7.87

Suspension, modification et suppression des pensions

Art. 210. [1] (article abrogé) [2]

Restitution

1 **Art. 211.** Toute pension est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. L. 27.7.87

2 Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la pension est relevée, réduite ou supprimée.

3 Les prestations octroyées ou liquidées de trop peuvent être récupérées.

4 La restitution de prestations est obligatoire si l'assuré ou le bénéficiaire de pension a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

5 Les sommes indûment touchées sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 222. La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit.

6 Les titulaires de pension accordée pour cause d'invalidité sont tenus de se soumettre, sous peine du retrait de la pension, aux examens prescrits par le Contrôle médical de la sécurité sociale. La pension retirée ne peut être allouée pour la période de trois mois consécutifs au retrait, à moins que l'assuré ne prouve que l'examen médical n'a pu avoir lieu pour des raisons indépendantes de sa volonté.

Prescription des arrérages de pension

1 **Art. 212.** Le droit à pension ne se prescrit pas.

2 Le droit à chaque arrérage se prescrit par cinq ans à partir du jour où il a pris naissance.

Remboursement de cotisations

1 **Art. 213.** Lorsqu'après l'expiration de la soixante-cinquième année d'âge, l'assuré ne remplit pas la condition de stage prévue à l'article 183 et n'a pas bénéficié, au Luxembourg ou à l'étranger, de prestations de pension sur base des périodes d'assurance concernées, les cotisations effectivement versées sur son compte, à l'exclusion de la part à charge des pouvoirs publics au titre de l'article 239, lui sont remboursées sur demande compte tenu de l'adaptation à l'indice du coût de la vie prévue à l'article 224. Le remboursement fait perdre tout droit à prestations et les périodes d'assurance concernées sont définitivement éteintes. L. 13.12.17,3,11°

2 Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 241, alinéa 3, la différence n'est pas mise en compte pour le calcul de la pension, mais l'assuré a droit au remboursement de la part de cotisations afférente lui incombant conformément à l'article 240 sur demande par année civile et au plus tard au moment de l'attribution de la pension. L. 6.4.99,II,8)

---

1) Arrêt de la Cour constitutionnelle n° 68/11 du 9.12.2011 (Mém. A 258 du 20.12.2011, p. 4316).

2) Article abrogé par L. 9.8.18,1,25°.

Art. 213bis. Lorsqu'une personne passe à un régime de pension d'un organisme international prévoyant le rachat des droits à pension acquis pendant les périodes d'occupation antérieures à sa titularisation, les cotisations versées sont transférées sur demande présentée par l'intéressé avant l'échéance du risque au régime de pension de l'organisme international compte tenu d'intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de chaque année d'affiliation. L.13.5.08,2,12bis° [1)]

Calcul des pensions [2) 3)]

Art. 214. La pension de vieillesse annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,I,9°

1) les majorations proportionnelles correspondant au produit de la multiplication du taux de pourcentage respectif du tableau visé à l'alinéa 2 par la somme des éléments de rémunération soumis à retenue pour pension, mis en compte au titre des articles 171, 173, 173bis et 174 avant le début du droit à la pension de vieillesse et déterminés conformément à l'article 220. Si à la date du début du droit à la pension la somme du nombre d'années entières au titre de l'article 171 et de l'âge du bénéficiaire dépasse le seuil respectif du tableau visé à l'alinéa 2, ce taux est majoré du produit de la somme des années entières dépassant ce seuil par l'augmentation respective du tableau visé à l'alinéa 2. Toutefois, ce taux ne peut dépasser 2,05 pour cent; [4)]

---

1) Entrée en vigueur au 15.5.2008 (L. 13.5.08, 22).

*2) **L. 27.7.87,XVIII,5) tel que modifié par L. 24.4.91,IV:***

Les assurés qui au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi (1.1.88) n'ont pas droit à une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survie mais qui bénéficient de l'allocation prévue aux alinéas 1 des anciens articles 207 du Code des assurances sociales, 62 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés, 24 de la loi du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des artisans, telle qu'elle a été modifiée notamment par la loi du 23 décembre 1976 portant fusion des régimes de pension des artisans, des commerçants et industriels et 24 de la loi du 3 septembre 1956 ayant pour objet la création d'une caisse de pension agricole,

a) continuent à bénéficier de cette allocation. A cet effet cette allocation, y non compris le supplément prévu à l'article XX,

b) est arrêtée et correspond au niveau de vie de l'année de base prévue à l'article 220 du Code des assurances sociales. L'article 225 du Code des assurances sociales est applicable.

A partir du 1er janvier 1991, le taux servant au calcul des prestations prévues à l'alinéa précédent est relevé de 1,6 à 1,78 pour cent.

*a) **L. 27.7.87,XX,1):***

Les pensions et les allocations visées au point 5 de l'article XVIII bénéficient pour la période comprise entre la date prévisée et le 31 décembre 1987 d'un supplément correspondant à sept pour cent de leur montant brut. La charge de ce supplément est répartie dans les mêmes proportions que celle concernant le montant brut de la pension.

b) Les dispositions visées prévoyaient que les assurés qui à l'expiration de la soixante-cinquième année d'âge ne remplissaient pas les conditions de stage et de maintien des droits prescrites pour l'attribution d'une pension avaient droit à une allocation de respectivement 1,6 pour cent des salaires cotisables dans les régimes des salariés et de 16 pour cent des cotisations versées dans les régimes des non salariés, si ces salaires ou cotisations correspondaient au moins à mille quatre-vingts journées d'assurance. Les dispositions s'appliquaient également aux survivants d'un bénéficiaire de cette allocation et étaient allouées dans la mesure prévue pour la majoration des pensions de survie.

*3) **L. 6.4.99:***

Article IV:

1) Les pensions échues avant le 1er janvier 1988 conformément aux dispositions légales ayant régi les anciens régimes de pension contributifs sont recalculées avec effet au 1er janvier 1999 par application du livre III du Code des assurances sociales.

2) Les pensions ainsi recalculées seront majorées, le cas échéant, du ou des suppléments pour enfant prévus par les anciennes dispositions et dus au 31 décembre 1998.

3) Le recalcul ne peut avoir pour effet de réduire le montant total des pensions allouées à un même bénéficiaire ou aux survivants d'un même assuré en dessous du montant atteint le 31 décembre 1998 avant l'application des dispositions réglant le concours avec une autre pension ou une rente accident. Ce dernier montant au nombre indice 100 et au niveau de l'année de base 1984 est maintenu tant qu'il dépasse le montant résultant du recalcul jusqu'à la cessation de la pension.)*

4) L'application d'une disposition réglant le concours avec une autre pension ou une rente accident ne saurait aboutir à une réduction plus importante de la pension que celle atteinte le 31 décembre 1998. Pour autant que de besoin un complément représentant la différence au niveau de l'année de base 1984 et au nombre indice 100 est alloué. Ce complément ne subira plus de changement même en cas de recalcul ultérieur de la pension.

[...]

***Article V:** La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 1999.*

[...]

**) L. 28.6.02,IX,2°:*

Le montant garanti visé à l'article IV, alinéa 3 de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension est augmenté à raison de 4,8 pour cent.

*4) **L. 28.6.02,IX,5°:***

Les dispositions de l'article 214, point 1) phrases 2 et 3 du Code des assurances sociales et les dispositions de l'article 37, point 1) phrases 2 et 3 ne s'appliquent pas aux pensions échues avant le 1er mars 2002.

2) [1)] les majorations forfaitaires correspondant, après une durée de quarante années au titre des articles 171 à 174, au produit de la multiplication du taux de pourcentage respectif du tableau visé à l'alinéa 2 par le montant de référence défini à l'article 222; les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année, accomplie ou commencée, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante. ./.

1) **L. 27.7.87,XVIII,9):***Dans les pensions d'invalidité échues entre le 1er janvier 1988 et le 31 décembre 2001, les majorations forfaitaires et les majorations forfaitaires spéciales sont complétées par des majorations forfaitaires transitoires en vue de parfaire la part fixe déterminée sur la base du montant de 489,98 euros conformément aux anciennes dispositions légales (28.6.02,IX,1°). A partir du 1er janvier 1993 les majorations forfaitaires transitoires sont réduites successivement de dix pour cent chaque année pour les pensions échéant au cours de cette année. Il en est de même pour la pension de vieillesse pour autant que la condition de stage et de maintien des droits ait été remplie au 31 décembre 1987 ainsi que pour la pension de vieillesse anticipée pour autant que les périodes de stage accomplies sous l'ancienne législation aient été maintenues en vigueur au 31 décembre 1987. Pour le calcul des pensions de survie les majorations forfaitaires transitoires sont allouées dans la même mesure que les majorations forfaitaires.*

Le taux, le seuil et l'augmentation par année des majorations proportionnelles, ainsi que le taux par année des majorations forfaitaires visées à l'alinéa 1, sont fixés dans le tableau ci-dessous en fonction de l'année du début du droit à la pension.

année du début du droit à la pension	majorations forfaitaires	majorations proportionnelles		
	taux (%)	taux (%)	seuil	augmentation (%)
avant 2013	23,500	1,850	93	0,010
2013	23,613	1,844	93	0,011
2014	23,725	1,838	93	0,011
2015	23,838	1,832	93	0,012
2016	23,950	1,825	93	0,012
2017	24,063	1,819	93	0,012
2018	24,175	1,813	94	0,013
2019	24,288	1,807	94	0,013
2020	24,400	1,800	94	0,013
2021	24,513	1,794	94	0,014
2022	24,625	1,788	94	0,014
2023	24,738	1,782	94	0,015
2024	24,850	1,775	95	0,015
2025	24,963	1,769	95	0,015
2026	25,075	1,763	95	0,016
2027	25,188	1,757	95	0,016
2028	25,300	1,750	95	0,016
2029	25,413	1,744	95	0,017
2030	25,525	1,738	96	0,017
2031	25,638	1,732	96	0,018
2032	25,750	1,725	96	0,018
2033	25,863	1,719	96	0,018
2034	25,975	1,713	96	0,019
2035	26,088	1,707	97	0,019
2036	26,200	1,700	97	0,019
2037	26,313	1,694	97	0,020
2038	26,425	1,688	97	0,020
2039	26,538	1,682	97	0,021
2040	26,650	1,675	97	0,021
2041	26,763	1,669	98	0,021
2042	26,875	1,663	98	0,022
2043	26,988	1,657	98	0,022
2044	27,100	1,650	98	0,022
2045	27,213	1,644	98	0,023
2046	27,325	1,638	98	0,023
2047	27,438	1,632	99	0,024
2048	27,550	1,625	99	0,024
2049	27,663	1,619	99	0,024
2050	27,775	1,613	99	0,025
2051	27,888	1,607	99	0,025
2052	28,000	1,600	100	0,025
après 2052	28,000	1,600	100	0,025

Art. 215. Lorsque l'assuré justifie de périodes correspondant à la jouissance d'une pension d'invalidité, accordée en vertu du présent livre, se situant avant l'âge de cinquante-cinq ans, il est tenu compte dans la somme visée à l'article 214, 1) de la base de référence visée à l'article 216, 2) pour la durée de ces périodes, pour autant qu'il n'y ait pas superposition avec des salaires, traitements ou revenus cotisables. En cas de superposition, la prise en compte de la base de référence en lieu et place des salaires, traitements ou revenus cotisables pour l'ensemble de la période n'est effectuée que dans la mesure où ce mode de calcul s'avère plus favorable. L. 27.7.87

1 **Art. 216.** La pension d'invalidité annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,I,10°

1) les majorations proportionnelles prévues à l'article 214, alinéa 1, point 1);
2) les majorations proportionnelles spéciales correspondant au produit de la multiplication du taux des majorations proportionnelles visé à l'article 214, alinéa 1, point 1), appliqué à la base de référence définie à l'article 221 par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la cinquante-cinquième année d'âge;
3) les majorations forfaitaires prévues à l'article 214, alinéa 1, point 2);
4) les majorations forfaitaires spéciales correspondant à autant de quarantièmes du produit de la multiplication du taux des majorations forfaitaires visé à l'article 214, alinéa 1, point 2) par le montant de référence défini à l'article 222 qu'il manque d'années entre le début du droit à la pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis, sans que le nombre d'années mises en compte au titre des points 3) et 4) ne puisse dépasser celui de quarante; l'année commencée compte pour une année entière.

2 Si l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans, les majorations prévues au point 4) ci-dessus ne sont allouées qu'en proportion du nombre des années visées à l'article 214, alinéa 1, point 2) accomplies après le début de l'année civile suivant celle où l'assuré a atteint l'âge de vingt-quatre ans par rapport au nombre d'années se situant entre ce début et l'échéance du risque.

1 **Art. 217.** La pension de survie annuelle du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, se compose de trois quarts des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou l'assuré avait ou aurait eu droit conformément à l'article 214 ou 216. L. 9.7.04,15,29°

2 L'alinéa 2 de l'article 192 est applicable le cas échéant. L. 24.4.91, I

3 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt.

1 **Art. 218.** La pension de survie annuelle de l'orphelin se compose d'un quart des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que d'un tiers des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou l'assuré décédé avait ou aurait eu droit conformément à l'article 214 ou 216.

2 L'alinéa 2 de l'article 192 est applicable le cas échéant.

3 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt.

4 Pour les orphelins de père et de mère la pension sera du double de celle visée ci-dessus. Lorsqu'un droit à pension d'orphelin existe tant du chef du père que du chef de la mère en vertu du présent livre, seule la pension la plus élevée est payée, application faite de la phrase précédente. L. 27.7.87

1 **Art. 219.** En aucun cas l'ensemble des pensions de survivants du chef d'un assuré ne peut être supérieur à la pension qui aurait été due à l'assuré ou, si ce mode de calcul est plus favorable, à la moyenne visée à l'article 226, sans que cette moyenne ne puisse être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour cent. L. 21.12.12,I,11°

2 Si le total des pensions des survivants dépasse cette limite, elles sont réduites proportionnellement. L. 27.7.87

1 **Art. 219bis.** Une allocation de fin d'année est allouée aux personnes qui ont droit à une pension au 1er décembre, à condition que le taux de cotisation global visé à l'article 238 ne dépasse pas 24 pour cent. L. 21.12.12,I,12°

2 Pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité, de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant l'allocation équivaut à 1,67 euro pour chaque année d'assurance accomplie ou commencée, au titre des articles 171 à 174 sans que le nombre d'années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante. Ce montant correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et à l'année de base prévue à l'article 220. Il est adapté au coût de la vie ainsi que revalorisé en vertu de l'article 225 et réajusté en vertu de l'article 225bis**.**

3 Pour les bénéficiaires d'une pension d'orphelin, l'allocation correspond à un tiers de l'allocation déterminée conformément à l'alinéa qui précède. Elle est de deux tiers pour les orphelins de père et de mère. L. 28.6.02,1,7°

4 L'allocation est répartie, le cas échéant, entre deux ou plusieurs conjoints survivants, conjoints divorcés ou partenaires au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivants conformément à l'article 198, alinéa 4. L. 9.7.04,15,30°,b)

5 L'allocation est également allouée aux bénéficiaires visés à l'article 198, alinéa 1er. L. 28.6.02,1,7°

6 Si la pension n'est pas versée au bénéficiaire pour l'année civile entière, ladite allocation se réduit à un douzième pour chaque mois de calendrier entier, les journées du mois commencé étant comptées uniformément pour un trentième du mois. Le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats[1)] ayant vécu en communauté domestique avec le bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité a droit à la totalité de l'allocation pour la période de l'année civile s'étendant jusqu'à la fin du mois du décès.

7 Le montant de l'allocation n'est pas pris en compte pour l'application des dispositions des articles 226 à 229, mais il est réduit dans la même mesure que la pension par l'effet de ces dispositions.

8 Par dérogation à l'article 141 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, la retenue d'impôt est déterminée d'après le barème de retenue mensuelle.

Définition des bases de calcul

1 **Art. 220.** Les salaires, traitements ou revenus cotisables, postérieurs au 1er janvier 1988 intervenant dans le calcul des pensions, sont portés ou réduits par année de calendrier au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 sur la base de la moyenne annuelle pondérée des indices mensuels du coût de la vie, sauf les salaires, traitements ou revenus de l'année de la réalisation du risque pour lesquels est appliquée la moyenne pondérée des indices mensuels du coût de la vie correspondant aux mois entiers écoulés jusqu'à cette date. L. 27.7.87

2 Pour les salaires, traitements ou revenus cotisables antérieurs au 1er janvier 1988, continuent à sortir leurs effets les anciens articles 202, alinéas 2 à 7 [2)] du Code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1987 et l'article 37, alinéas 2 et 3 [3)] de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés. Pour la conversion au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, des cotisations ou revenus portés en compte antérieurement au 1er janvier 1988, continuent à sortir leurs effets les dispositions contenues aux anciens articles 15, alinéa 1 [4)] de la loi du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des artisans, telle qu'elle a été modifiée notamment par la loi du 23 décembre 1976 portant fusion des régimes de pension des artisans et des commerçants et industriels et la loi du 3 septembre 1956 ayant pour objet la création d'une caisse de pension agricole; pour autant que de besoin les cotisations mises en compte antérieurement au 1er janvier 1985 sont converties en revenus en les multipliant par le facteur dix. L. 21.12.12,I,13° L. 27.7.87

---

1) Termes ajoutés par L. 9.7.04,15,30°,c).

*2) **Ancien article 202, alinéas 2 à 7 du Code des assurances sociales:***
Tous les salaires entrant en compte seront portés au nombre-indice cent du coût de la vie.
A cet effet les salaires des années 1912 à 1917 sont multipliés par 20, ceux de 1918 à 1919 par 10, ceux de 1920 à 1923 par 5, ceux de 1924 et 1925 par 4, ceux de 1926 à 1940 par 2,8.
Les salaires pour les classes de cotisations de la période du 1er octobre 1940 au 29 juin 1942 et, en ce qui concerne les ouvriers mineurs, au 31 décembre 1942, sont portés en compte, suivant qu'il s'agira de classes établies par semaines ou par mois.

		par semaine	*par mois*
dans la classe	*I pour*	*140 frs*	*1 470 frs*
	II	*280 frs*	*2 065 frs*
	III	*42 frs*	*2 660 frs*
	IV	*560 frs*	*3 255 frs*
	V	*700 frs*	*3 850 frs*
	VI	*840 frs*	*4 445 frs*
	VII	*980 frs*	*5 040 frs*
	VIII	*1 120 frs*	*5 653 frs*
	IX	*1 200 frs*	*6 230 frs*
	X	*1 400 frs*	

Les salaires déclarés en RM dans la suite seront convertis au taux de 1 RM = 17,50. Les salaires déclarés en francs pour l'exercice 1944 seront multipliés par 1,75, ceux de 1945 seront multipliés par 1,5, ceux de 1946 et 1947 seront portés pour leur valeur nominale.
Les salaires postérieurs seront convertis sur la base des paliers correspondant à la moyenne des douze nombres-indices semestriels arrondis de chaque exercice, sauf ceux de l'année de la réalisation du risque pour lesquels sera appliquée la moyenne des nombres-indices semestriels des mois entiers écoulés jusqu'à cette date. Par paliers et par indices semestriels il faut entendre les indices semestriels applicables aux traitements et aux pensions des fonctionnaires de l'État. Toutefois cette conversion n'aura lieu que si la prédite moyenne varie de cinq pour cent par rapport au nombre-indice 100 et, à partir de l'exercice 1963, si la variation est de 2,5 pour cent.[a)]

a) L. 25.10.68, 9, 7°:

Cet alinéa est applicable aux salaires et rémunérations à porter en compte à partir du 1er janvier 1968.i)

i) Pour les salaires à porter en compte avant le 1er janvier 1968, il y a lieu de se référer à l'ancien alinéa 6 introduit par L. 13.5.64, 1, 1° et ayant la teneur suivante:

Les salaires postérieurs seront convertis sur la base de la moyenne des nombres-indices de chaque exercice, sauf ceux de l'année de la réalisation du risque pour lesquels sera appliquée la moyenne des nombres-indices mensuels des mois entiers écoulés jusqu'à cette date. Toutefois, cette conversion n'aura lieu que si la prédite moyenne varie de cinq pour cent par rapport au nombre-indice cent, et à partir de l'exercice 1963, si la variation est de 2,5 pour cent; elle aura lieu par paliers correspondants. Les salaires de référence portés suivant leur valeur nominale conformément à l'article 202 en sa teneur ancienne seront appliqués tels quels lors du recalcul des pensions (L.13.5.64,6, 2°). La teneur ancienne de l'article 202 était la suivante:

Les salaires postérieurs seront convertis sur la base de la moyenne des nombres-indices mensuels de chaque exercice sauf ceux de l'année de la réalisation du risque qui compteront pour leur valeur nominale (L 10.4.51, 1, 10°).

Pour les périodes assimilées aux périodes de cotisation conformément au numéro 3 de l'article 197[a] les salaires à porter en compte seront fixés par arrêté grand-ducal[b]. La charge afférente incombera à l'État suivant les modalités à prévoir par le même arrêté. Pour les assurés visés par le numéro 3 de l'alinéa 1 de l'article 170[c] du présent livre, les salaires à porter en compte correspondent au salaire social minimum.

a) Voir note sub article 171, alinéa 1, 9).

b) Il s'agit du règlement grand-ducal du 29.5.1952 publié dans la rubrique « Règlements-Livre III du Code des assurances sociales ».

c) Il s'agit en l'occurrence des membres d'associations religieuses et des personnes qui peuvent leur être assimilées qui s'occupent du soin des malades ou exercent d'autres activités d'utilité générale et qui ne reçoivent que l'entretien comme rémunération.

3) ***Ancien article 37, alinéas 2 et 3 de la loi modifiée du 29 août 1951:***

Toutes les rémunérations cotisables ainsi que tous les revenus entrant en ligne de compte seront portés au nombre-indice 100 du coût de la vie. En conséquence:

a) les cotisations versées entre le 1er juin 1931 et le 30 septembre 1940 sont multipliées par 28. Les cotisations représentées par les réserves versées en vertu des articles 104 C et 108 ou par les contrats d'assurance transférés en vertu de l'article 109 de la loi du 29 janvier 1931[a] ayant pour objet la création d'une caisse de pension des employés privés sont multipliées par le même facteur. Il en sera de même des sommes versées à titre de couverture facultative pendant la même période, sans préjudice de l'article 6 de la loi du 29 janvier 1931[b].

a) ***Art. 104.*** *La situation des caisses de retraite patronales existant au moment de la mise en vigueur de la présente loi, sera réglée d'un commun accord entre le patron et les assurés de l'une des façons suivantes:*

[...]

Si la majorité des membres d'une caisse patronale le réclame, la caisse sera liquidée en faveur de la caisse de pension créée par la présente loi. Cette liquidation aura lieu dans les conditions suivantes: Dans le délai d'un an à partir de la mise en vigueur de la présente loi la caisse patronale devra soumettre au Gouvernement un inventaire technique établissant que les réserves accumulées sont suffisantes pour garantir au moins l'exécution de toutes les obligations statutaires de la caisse patronale. En cas d'insuffisance d'actif le patron comblera l'insuffisance dans un délai à fixer par arrêté ministériel.

Les réserves seront transférées à la caisse de pension dans un délai à fixer par arrêté ministériel. Un second bilan actuariel sera ensuite dressé par l'actuaire attaché à la caisse de pension qui devra s'appuyer sur les bases de calcul et le système collectif adoptés par cette caisse. Pour le cas où il résulte un bénéfice de ce bilan, ce bénéfice sera mis exclusivement au profit des employés de la caisse patronale reprise, soit pour accorder des suppléments de pension, soit à tout autre but répondant à l'idée de pension de la présente loi. Pour les assurés, en faveur desquels la caisse patronale touchait une cotisation supérieure à 10%, la liquidation de la caisse se fera sur la base d'une cotisation de 10% seulement.

Art. 108.[i] *Lorsqu'un employeur, sans avoir institué une caisse particulière, a garanti à ses employés des pensions ou des capitaux en cas d'invalidité, de vieillesse ou de décès, il est autorisé à réduire ces pensions ou ces capitaux à concurrence des prestations découlant de la présente loi. L'employeur versera à la caisse de pension les réserves mathématiques nécessaires pour garantir les prestations prévues par la présente loi et calculées sur la base de 10% de cotisations pour les années que les assurés ont passées à son service après qu'il a institué le régime des pensions jusqu'à la mise en vigueur de la présente loi. Pour le cas où les engagements sont inférieurs aux prestations susdites, l'employeur ne sera astreint qu'au versement des réserves des prestations réellement par lui garanties. La caisse de pension garantira tous les droits transférés. Le transfert des réserves mentionnées plus haut se fera dans un délai à fixer par le Gouvernement.*

A partir de la mise en application de la présente loi l'employeur aura à sa charge la cotisation totale de 10% prévue par la présente loi et payable à la caisse de pension. Mais pour le cas où l'équivalent des prestations que le patron avait garanties à ses employés est inférieur à 10% des traitements, l'employeur ne sera tenu qu'au versement de la cotisation équivalente aux engagements pris par lui qui ne pourra être inférieure à 5%. Dans ce cas l'employé devra payer à la caisse de pension la différence entre la cotisation patronale et la contribution de 10% prévue par la présente loi.

Art. 109.[i] *Les contrats d'assurance conclus entre les patrons et assurés d'une part et une compagnie d'assurance autorisée dans le Grand-Duché d'autre part, en tant que ces contrats ont pour but d'assurer aux employés une pension ou des prestations analogues pour le cas d'invalidité, de vieillesse et de décès, seront réglés comme suit:*

Si la prime d'assurance dépasse 5% du traitement, l'employé pourra liquider son contrat d'assurance privé et verser le montant du rachat dans la caisse de pension. Pour le cas où la prime d'assurance dépasse 10% du traitement le rachat pourra s'opérer sur la base d'une contribution de 10%.

En échange la caisse de pension garantira les prestations suivantes:

1° pour les cinq premières années qui suivent la mise en vigueur de la présente loi, la caisse

garantit les prestations que l'assuré aurait touchées de la part de la compagnie d'assurance sur la base des cotisations totales versées;

2° pour la période ultérieure les prestations à accorder aux intéressés seront calculées conformément à la présente loi, le montant du rachat versé étant compris dans le total des cotisations. Si, dans ce cas, les prestations de la caisse de pension, évaluées en capitaux ou en rente, restaient inférieures à celles servies par la compagnie d'assurance sur la base d'une cotisation de 10%, la pension à servir par la caisse de pension sera établie d'après le tarif de la compagnie d'assurance.

i) Pour les assurés visés par les articles 108 et 109 précités l'ajustement des pensions est suspendu dans la mesure où par son effet celles-ci, y non compris les prestations résultant de l'assurance supplémentaire des employés techniques des mines du fonds, dépassent les cinq sixièmes du maximum cotisable applicable au moment du versement de la pension, majoré d'un neuvième.

b) ***L. 29.1.31, 6:***

Les employés âgés de moins de cinquante-cinq ans pourront être autorisés, après examen médical par un médecin du choix de la caisse, à réduire le délai de carence en versant à la caisse une somme unique appelée réserve mathématique.

Tout assuré qui aura accompli le délai de carence pourra dans les mêmes conditions, couvrir un nombre quelconque de mois de cotisation.

Le détail de ces versements ainsi que les tarifs afférents seront réglés par un règlement d'administration publique (Voir arrêté grand-ducal du 21 mars 1933, pris en exécution de l'art.6 de la loi du 29 janvier 1931 portant création d'une caisse de pension des employés privés. Mémorial 1933, page 120).

4) ***Anciens articles 15, alinéa 1, b) de la loi modifiée du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des artisans et de la loi modifiée du 3 septembre 1956 ayant pour objet la création d'une caisse de pension agricole:***

Art. 15. *Les pensions d'invalidité et de vieillesse se composent:*

a) [...]

b) d'une majoration de seize pour cent par an des cotisations valablement payées jusqu'au 31 décembre 1984 et de 1,6 pour cent des revenus réalisés après cette date et pour lesquels des cotisations ont été versées; les cotisations et revenus sont portés en compte au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948; la conversion est faite sur la base de la moyenne annuelle pondérée des indices mensuels du coût de la vie, sauf les cotisations et les revenus de l'année de la réalisation du risque pour lesquels est appliquée la moyenne pondérée des indices mensuels du coût de la vie correspondant aux mois entiers écoulés jusqu'à cette date.

3 Pour les périodes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 7) est mise en compte la moyenne mensuelle[1)] des revenus cotisables portés en compte au titre de l'article 171 au cours des douze mois d'assurance précédant immédiatement celui de l'accouchement ou de l'adoption, déduction faite des revenus cotisables portées en compte au profit des intéressés à un autre titre. Toutefois, le revenu porté en compte au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 7), ne peut être inférieur à 270,28 euros par enfant et par mois au nombre indice 100 du coût de la vie du 1er janvier 1948 et à l'année de base 1984. L. 21.12.12,I,14°
L. 17.11.03,I,6°

4 Les salaires, traitements ou revenus ainsi portés ou réduits au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions. A cet effet ils sont divisés par des facteurs de revalorisation exprimant la relation entre le niveau moyen brut des salaires de chaque année de calendrier et le niveau moyen brut des salaires de l'année de base. L. 21.12.12,I,15°

5 Les revenus correspondant à un achat rétroactif, réduits ou portés au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie de l'année de base en les divisant par le facteur de revalorisation de l'année de la réalisation du risque lorsque celle-ci est postérieure à l'année de base.

6 L'année de base servant de référence pour le calcul des pensions est l'année 1984.

7 Un règlement grand-ducal fixe les facteurs de revalorisation applicables aux salaires, traitements ou revenus des années se situant jusqu'au 31 décembre 2011. Ceux des années postérieures sont fixés annuellement par règlement grand-ducal avant le 31 décembre de l'année subséquente. R. 26.12.12
R. 17.12.21

8 Si au moment du calcul de la pension le facteur de revalorisation de l'année du début du droit à la pension ou de l'année précédente n'est pas encore fixé, celui déterminé pour l'année précédente est applicable. Il n'est pas procédé à la modification des bases de calcul lors de la fixation ultérieure des facteurs.

1 **Art. 221.** La base de référence annuelle servant au calcul des majorations proportionnelles spéciales visée à l'article 216 est définie comme suit: L. 27.7.87

1) Lorsque l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173, 173bis[2)] 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, 173bis[2)] et 174 la prise en compte de ces revenus cotisables et de ces périodes se fait suivant le mode de calcul le plus favorable pour l'assuré. L. 24.4.91,I,19°

3) Lorsque l'échéance du risque se situe avant l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173 et 174 divisés par le nombre d'années d'assurance au titre des mêmes articles. Sont négligées tant au numérateur qu'au dénominateur les périodes pendant lesquelles l'assuré cotisait sur une assiette inférieure au salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, la base de référence ne saurait être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222. L. 27.7.87
L. 24.4.91,I

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

Art. 222. Le montant de référence annuel au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et défini pour l'année de base prévue à l'article 220 est égal à 2 085 euros. L. 28.6.02,1,9°

---

*1) **L. 28.6.02,IX,3°:***
Pour les enfants nés avant le 1er janvier 1988, la période de référence visée à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales, correspond à l'année civile de la naissance ou de l'adoption de l'enfant et aux trois années précédentes.Pour les mêmes enfants, la moyenne visée à l'article 220, alinéa 3 du même code est calculée sur base des revenus cotisables de l'année civile de la naissance et l'adoption de l'enfant et de l'année civile précédente.Si pendant ces deux années l'intéressé ne justifie pas de douze mois d'assurance au moins, il est remonté à l'année ou aux années civiles précédentes. Les périodes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales sont censées se superposer à d'autres périodes d'assurance dans la mesure où leur total dépasse douze mois par année civile.
Pour l'application de l'article 171, alinéa 1, sous 7) et de l'article 220, alinéa 3 du Code des assurances sociales, les journées d'assurance accomplies auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité avant 1988 sont converties en mois en les divisant respectivement par 22,5 et par 26.

2) Par L. 28.7.00,27,28) la référence à l'article 173bis a été ajoutée.

Pensions minima et maxima

1 **Art. 223.** Aucune pension d'invalidité ou de vieillesse ne peut être inférieure à quatre-vingt-dix pour cent du montant de référence prévu à l'article 222 lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de quarante années[1)] au titre des articles 171 à 174. Si l'assuré n'a pas accompli le stage prévisé mais justifie de vingt années d'assurance au titre des mêmes articles, la pension minimum se réduit d'un quarantième pour chaque année manquante. L. 24.4.91,I,21° L. 27.7.87

2 En cas d'invalidité sont prises en compte pour parfaire le stage prévu à l'alinéa précédent, le nombre d'années manquantes entre le début du droit à pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis sans que le nombre total d'années, compte tenu des années prévues à l'alinéa précédent, ne puisse dépasser celui de quarante. Lorsque l'invalidité survient après l'âge de vingt-cinq ans, le nombre d'années visé à la phrase précédente n'est pris en compte que dans la proportion de la durée[1)] au sens de l'alinéa précédent entre le début de l'année suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de vingt-quatre ans et l'échéance du risque par rapport à la durée totale de cette période.

3 Pour autant que de besoin, un complément est alloué. En cas de décès d'un assuré ou d'un bénéficiaire de pension remplissant les conditions de stage prévues ci-dessus, le complément pour la pension de survie est alloué à raison d'un quart pour l'orphelin. La pension de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats est augmentée jusqu'à concurrence de la pension minimum à laquelle avait ou aurait eu droit l'assuré décédé. L. 25.7.05,I,24°

4 Aucune pension personnelle ne peut être supérieure à cinq sixièmes du quintuple du montant de référence prévu à l'article 222. Les facteurs de réversion prévus aux articles 217 et 218 sont applicables. L. 27.7.92,III,5°

Adaptation au coût de la vie

Art. 224. Les pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survie calculées conformément aux dispositions qui précèdent correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. L. 27.7.87

Revalorisation au moment de l'attribution de la pension

1 **Art. 225.** Les pensions dont le début du droit se situe avant le 1er janvier 2014 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de l'année 2009, fixé par dérogation à l'article 220, alinéa 7 à 1,405. L. 21.12.12,I,16°

2 Les pensions dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2013 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la pension.

Réajustement des pensions

1 **Art. 225bis.** Les pensions calculées conformément à l'article 225 sont multipliées par le produit des différents facteurs de réajustement déterminés par année de calendrier et ce à partir de l'année postérieure au début du droit à la pension, mais au plus tôt à partir de l'année 2014. L. 21.12.12,I,17°

2 Le facteur de réajustement représente pour une année de calendrier la somme de l'unité et du produit de la multiplication du taux de variation annuel du facteur de revalorisation entre l'avant-dernière année et l'année précédant celle-ci par le modérateur de réajustement applicable pour l'avant-dernière année.

3 [2)] Ce modérateur de réajustement est fixé à 1 à partir de l'année 2012.

4 [2)] Tous les ans, le Gouvernement examine s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du modérateur de réajustement par la voie législative. Si la prime de répartition pure de l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse le taux de cotisation global visé à l'article 238, le Gouvernement soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant refixation du modérateur de réajustement à une valeur inférieure ou égale à 0,5 pour les années à partir de l'année précédant la révision.

5 Toutefois, le modérateur de réajustement peut de nouveau être augmenté à une valeur ne dépassant pas 1 pour les années à partir de l'année précédant la révision, si le taux de cotisation global visé à l'article 238 pour l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse la prime de répartition pure.

6 La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension. Un règlement grand-ducal fixe annuellement la prime de répartition pure de l'année précédente. R. 17.12.21

---

1) Par L. 6.4.99,II,10) le terme « d'assurance » *a été supprimé.*

2) ***L. 20.12.13,30: Mesures en matière d'assurance pension: refixation du modérateur de réajustement à 0 pour les années 2012 et 2013***

Par dérogation à l'article 225bis, alinéas 3 et 4, du Code de la sécurité sociale, le modérateur de réajustement visé à l'article 225bis, alinéa 3, est fixé à 0 pour les années 2012 et 2013.

Concours de pensions avec d'autres revenus[1)]

1 **Art. 226.** En cas de concours d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité avec des salaires, traitements ou indemnités pécuniaires versées au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident, réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger, la pension est réduite dans la mesure où ces revenus dépassent ensemble avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, si la pension est inférieure à ce plafond, et elle est réduite du montant de ces revenus si la pension est supérieure à ce plafond. Ce plafond ne peut être inférieur au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de cinquante pour cent. L. 21.12.12,I,18°

2 Pour le calcul de la moyenne visée ci-dessus, il est fait abstraction dans l'intérêt du bénéficiaire de pension de la première et de la dernière année d'affiliation ou de l'une de ces années seulement. Si la durée d'affiliation est inférieure à cinq années civiles, la moyenne est égale à la moyenne des salaires, traitements ou revenus cotisables correspondants. L. 27.7.87

Art. 227. En cas de concours d'une pension d'invalidité ou de vieillesse avec une rente d'accident à titre personnel, due en vertu du présent code ou d'un régime étranger, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident la moyenne visée à l'article 226, sans que cette moyenne ne puisse être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour cent. Pour le cas où cet autre mode de calcul est plus favorable, le revenu professionnel qui a servi de base au calcul de la rente d'accident est pris en compte. L. 21.12.12,I,19°

1 **Art. 228.** En cas de concours d'une pension de survie avec une rente d'accident de survie due en vertu du présent code ou d'un régime étranger du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident trois quarts des plafonds visés à l'article qui précède lorsqu'il s'agit d'une veuve, d'un veuf, d'un ancien partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou d'un orphelin de père et de mère, ou d'un tiers de ces plafonds lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère. Toutefois, l'ensemble des pensions et rentes d'accident du chef du même assuré ne peut pas dépasser les plafonds visés à l'article qui précède. L. 12.5.10,3,6°

2 alinéa supprimé

1 **Art. 229** [2)] Lorsque la pension de survie, attribuée en vertu des articles 195, 197, 198 et 205 et calculée conformément aux articles 202, 203 et 217 dépasse ensemble avec les revenus personnels du bénéficiaire un seuil correspondant au montant de référence prévu à l'article 222, augmenté de cinquante pour cent, elle est réduite à raison de trente pour cent du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le seuil prévisé au cas où la pension de survie est inférieure à ce seuil. Ce seuil est augmenté de quatre pour cent pour chaque enfant ouvrant droit à la mise en compte au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 7) ou du forfait d'éducation créé par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. Ce pourcentage est porté à douze pour cent pour chaque enfant bénéficiant d'une [3)] pension au titre de l'article 199. L. 24.4.91,I,25° L. 28.6.02,1,11°,a)

2 En cas de concours de la pension de survie avec une rente d'accident de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, due en vertu du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, les revenus personnels et le seuil ne sont pris en compte pour l'application de l'alinéa qui précède qu'au prorata de la pension de survie par rapport à l'ensemble de cette pension et de la rente de survie. L. 12.5.10,3,7°

---

1) ***L. 6.4.99, IV****:*
[...]
3) Le recalcul ne peut avoir pour effet de réduire le montant total des pensions allouées à un même bénéficiaire ou aux survivants d'un même assuré en dessous du montant atteint le 31 décembre 1998 avant l'application des dispositions réglant le concours avec une autre pension ou une rente accident. Ce dernier montant au nombre indice 100 et au niveau de l'année de base 1984 est maintenu tant qu'il dépasse le montant résultant du recalcul jusqu'à la cessation de la pension.)*
4) L'application d'une disposition réglant le concours avec une autre pension ou une rente accident ne saurait aboutir à une réduction plus importante de la pension que celle atteinte le 31 décembre 1998. Pour autant que de besoin un complément représentant la différence au niveau de l'année de base 1984 et au nombre indice 100 est alloué. Ce complément ne subira plus de changement même en cas de recalcul ultérieur de la pension.
[...]
) **L. 28.6.02,IX,2°:*
Le montant garanti visé à l'article 4, alinéa 3 de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension est augmenté à raison de 4,8 pour cent.

2) ***L. 6.4.99,IV****:*
[...]
5) L'article 229 n'est pas applicable au bénéficiaire d'une pension de veuf ou de veuve échue avant le 1er janvier 1988 exerçant une activité professionnelle, mais s'applique dès que l'intéressé a droit à une pension personnelle.
[...]

3) Par L. 13.12.17,3,12° les termes « ouvrant droit à la » sont remplacés par les termes « bénéficiant d'une ».

3 Sont pris en compte au titre des revenus personnels: L. 13.12.17,3,13°

1. qu'ils soient réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger:

   a) les revenus professionnels et les revenus de remplacement au sens de l'article 171, alinéa 1, sous 3) dépassant deux tiers du montant de référence visé à l'article 222,

   b) les pensions et les rentes issues d'un régime légal au sens de la législation sociale, à l'exception des pensions ou rentes de survie du chef du même conjoint ou du même partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;

3. le forfait d'éducation prévu par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation.

4 L'indemnité visée à l'article L. 125-1, paragraphe 2 du Code du travail n'est pas prise en compte au titre de l'alinéa précédent. L. 13.12.17,3,14°

1 **Art. 230.** En cas de concours avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement au sens de l'article 171, alinéa 1, point 3), la pension de vieillesse anticipée, la pension d'invalidité ou la pension de survie n'est recalculée qu'une fois par année conformément aux articles 226 et 229 et ce avec effet au 1er avril. L. 21.12.12,I,20°

2 Pour les activités salariées est pris en considération le revenu correspondant à l'année civile précédant le début de la pension ou le recalcul annuel prévu à l'alinéa précédent. Au cas où l'activité ne couvre pas l'année civile entière, le revenu annuel à porter en compte est déterminé sur base des revenus mensuels entiers de cette année et, à défaut, sur base du dernier revenu mensuel entier de la période subséquente. Pour l'application de l'article 226, il n'est pas tenu compte des revenus provenant d'une activité exercée avant l'échéance du risque.

3 Pour les activités non salariées, est mis en compte le revenu qui sert ou servirait à la détermination de l'assiette cotisable de l'année civile du début de la pension de survie ou du recalcul annuel prévu à l'alinéa 1 du présent article. Il n'est fait application ni du minimum ni du maximum cotisable. L. 24.4.91,I,26° L. 6.4.99,II,11)

4 Par dérogation aux alinéas qui précèdent, toute reprise d'une activité professionnelle et toute augmentation du revenu professionnel en cours d'année dépassant vingt-cinq pour cent entraînent la refixation de la pension à partir du mois qui suit cette augmentation. La refixation est effectuée sur demande du bénéficiaire lorsque celui-ci prouve une diminution de son revenu, pendant trois mois et à raison de dix pour cent au moins, par rapport à celui mis en compte. La réduction cesse à partir du mois suivant l'abandon de l'activité professionnelle. L. 24.4.91,I,26°

5 En cas de concours d'une pension de survie avec des pensions ou rentes, celles-ci sont mises en compte pour l'application de l'article 229 suivant le montant correspondant au mois de la réduction.

6 Le bénéficiaire de pension doit signaler à la caisse de pension les revenus au sens des articles 226 et 229 et en justifier les montants. Les montants versés en trop sont récupérés ou déduits de la pension nonobstant la limitation prévue à l'article 211. La caisse de pension peut toutefois renoncer en tout ou en partie à la récupération des montants versés en trop. Si le bénéficiaire de pension ne fournit pas les indications requises, le paiement de la pension est suspendu.

7 Pour l'application des articles 226 à 229, tous les montants sont portés en compte pour leur valeur réduite au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et définis pour l'année de base prévue à l'article 222. Le revenu en concours avec la pension est réduit au niveau de l'année de base en le divisant par le produit de la multiplication du facteur de revalorisation applicable à la pension au sens de l'article 225 par les facteurs de réajustement applicables à la pension au sens de l'article 225bis. L. 21.12.12,I,21°

Art. 231. En cas de concours de plusieurs prestations de sécurité sociale, le cas échéant, avec des revenus professionnels, les dispositions de non-cumul sont appliquées dans l'ordre suivant: article 223, 219, 226, 227, 228 et 229. Une pension réduite par suite de l'application de l'une de ces dispositions est portée en compte pour l'application de la disposition subséquente à raison de son montant réduit. L. 27.7.87

Art. 231bis. En cas de concours d'une pension visée par le présent livre et d'une pension de même nature due en vertu de la législation d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument international en matière de sécurité sociale, à condition que ce pays applique également des clauses de réduction, de suspension ou de suppression à l'égard de la prestation considérée, tous les éléments intervenant dans les clauses de réduction, de suspension ou de suppression sont pris en compte au prorata de la durée des périodes au titre des articles 171, 173, 173 bis et 174 accomplies avant la réalisation du risque par rapport à la durée totale des périodes accomplies avant la réalisation du risque sous les différentes législations en cause. L. 6.4.99,II,12)

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 232.[1)] Si celui à qui compète une pension en vertu du présent livre possède contre des tiers un droit légal à la réparation du dommage résultant pour lui de l'invalidité ou du décès fondant son droit à la pension, le droit à la réparation des dommages de la même espèce que ceux couverts par la pension passe à la caisse de pension jusqu'à concurrence de ses prestations. Si la pension revêt un caractère permanent, le recours porte sur le capital de couverture, déduction faite des expectatives acquises. Les modalités d'application peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal. L. 27.7.87 R. 18.11.92

Art. 233. Au cas où l'assuré a touché l'indemnité due par le tiers responsable, nonobstant les dispositions qui précèdent, la caisse peut compenser la pension due avec l'indemnité touchée, à moins que l'assuré ne consente à rétrocéder l'indemnité touchée à la caisse.

Concours de l'assurance et de l'assistance

Art. 234. Les dispositions du présent livre ne modifient ni les obligations légales des communes et des offices sociaux envers les indigents, en général, ni les obligations légales, statutaires ou contractuelles, concernant l'assistance des vieillards, des malades, des personnes indigentes ou atteintes d'incapacité de travail.

1 **Art. 235.** La commune, le Fonds national de solidarité ou l'office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de pension pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une pension, a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrérages de pension, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

2 La demande doit être présentée, sous peine de forclusion, dans un délai de trois mois à dater de la cessation des prestations.

Art. 236. L'Agence pour le développement de l'emploi qui a versé l'indemnité de chômage complet pour une période pendant laquelle l'assuré avait droit à une pension d'invalidité, peut se faire attribuer par simple lettre les arrérages de pension redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité relative à la même période. Le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 235 est applicable.

Mesures de réhabilitation et de reconversion

1 **Art. 237.** Les mesures de réhabilitation et de reconversion prévues à l'article 189 sont à charge de la caisse de pension chargée du paiement de la pension.

2 Les conditions et les modalités des mesures visées à l'alinéa ci-avant sont fixées par voie de règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d' État et de la commission de travail de la chambre des députés. R. 2.9.88

3 Le même règlement fixe les montants à déduire le cas échéant de la pension au titre de frais d'entretien du bénéficiaire dans un établissement spécialisé. Au cas où le bénéficiaire a des membres de famille à sa charge, cette déduction ne peut avoir pour effet de réduire la pension au-dessous des pensions de survie auxquelles les membres de famille auraient droit en cas de décès de l'assuré.

Chapitre III. - **Voies et moyens**

Système de financement

1 **Art. 238.** Pour faire face aux charges qui incombent au régime général de pension, la Caisse nationale d'assurance pension applique le système de la répartition des charges par périodes de couverture de dix ans avec constitution d'une réserve de compensation qui doit être supérieure à 1,5 fois le montant des prestations annuelles. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général de pension sont couvertes par des cotisations. L. 21.12.12,I,22°

2 Un taux de cotisation global est fixé pour chaque période de couverture sur base d'un bilan technique et de prévisions actuarielles établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

3 Au milieu de chaque période de couverture, l'Inspection générale de la sécurité sociale procède à une actualisation de son bilan technique et de prévisions actuarielles.

4 Si ce bilan actualisé montre que le taux de cotisation global fixé initialement ne permet pas de respecter les conditions de l'alinéa 1, le taux de cotisation global est refixé par loi spéciale pour une nouvelle période de couverture de dix ans.

5 Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est fixé à vingt-quatre pour cent.

---

1) ***L. 27.7.87,XVIII,11):***
L'article 232 de la présente loi ne s'applique qu'aux pensions d'invalidité dont les faits ayant entraîné l'invalidité se situent après la mise en vigueur de la présente loi (1.1.1988).
Les pensions d'invalidité dont les faits ayant entraîné l'invalidité se situent avant la mise en vigueur de la présente loi restent régies par la législation applicable au moment de la réalisation de ces faits.

Cotisations

1 **Art. 239.** L'État supporte un tiers des cotisations. L.13.5.08,2,14°

2 Il verse mensuellement des avances fixées à un douzième de la part de l'État, telle que prévue dans le budget annuel de la caisse pour l'exercice en cours.

Art. 240. [1] En dehors de l'intervention de l'État conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe: L. 28.7.00,27,30)

1) par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11); L. 17.12.10,1,51°
2) entièrement à charge de l'État pour les assurés visés à l'article 171, alinéa 1, point 12); L. 9.5.12,2,2.,a)
3) entièrement à charge des assurés pour autant qu'il s'agit de périodes visées aux articles 171, 2)[2], 173, 173bis et 174; L. 28.7.00,27,30)
4) par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause pour autant qu'il s'agit de périodes visées à l'article 171, alinéa 1, point 3); L. 23.7.15,II,13°
5) entièrement à charge des employeurs pour les périodes visées à l'article 171, 4) pour autant que les personnes y visées soient occupées dans un établissement appartenant à leur congrégation; L. 28.7.00,27,30)
6) aux assurés visés à l'article 171, 2) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 6)[2] du même article;
7) [3] à l'assurance dépendance dans la limite prévue à l'article 357[4] et pour autant qu'il s'agit de périodes au sens de l'article 171 sous 1) ou 13) pendant lesquelles l'assuré a assuré des aides et des soins à une personne dépendante;
8) [3] aux organismes agréés conformément à la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins et pour autant qu'il s'agit de périodes au sens de l'article 171 sous 14) pendant lesquelles l'assuré a assuré l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour;
9) [3] à l'État pour autant qu'il s'agit de périodes prévues à l'article 171, 15) jusqu'à concurrence du salaire social minimum;
10) [3] par parts égales à l'État et à l'assuré, pour autant qu'il s'agit de périodes visées à l'article 171, 16) jusqu'à concurrence de l'indemnité de congé parental; L. 3.11.16,II,1°
11) [3] par parts égales à l'État et aux assurés visés à l'article 171, alinéa 1, point 8) et à l'article173bis, alinéa 2. L. 9.5.12,2,2.,b)
12) par parts égales à l'État ou l'atelier protégé [5] et aux assurés visés à l'article 171, 17). L. 12.9.03,41,7°
13) à l'État pour autant qu'il s'agit de périodes prévues à l'article 171, 18) [6] jusqu'à concurrence du salaire social minimum. L. 3.8.05,22,5

---

1) ***L. 16.12.21, 6:*** *« Art. 3 septies. (5) (...)*
Par dérogation à l'article 240 du Code de la sécurité sociale, la charge des cotisations prévues aux alinéas 2 et 3 est supportée, en dehors de l'intervention de l'État définie à l'article 239 du Code de la sécurité sociale, à parts égales aux assurés et aux employeurs.
Par dérogation à l'article L. 224-3 du Code du travail, la part des cotisations incombant au salarié relative aux heures de non-rémunération requises pour atteindre les seuils prévus à l'alinéa 2, ou, s'il y a lieu, à l'alinéa 3, est déduite par l'employeur du salaire dû sur une période ne pouvant pas dépasser six mois à compter du premier jour du mois qui suit le mois pour lequel ces cotisations sont dues.
Par dérogation à l'article 241 du Code de la sécurité sociale, l'assiette de cotisation pour la détermination des cotisations prévues aux alinéas 2 et 3 est le salaire horaire moyen des trois mois qui précédent le mois pour lequel les cotisations pour l'assurance pension sont dues ou, s'il y a lieu, depuis le début du contrat de travail lorsque le salarié est engagé depuis moins de trois mois.
Les dispositions prévues aux alinéas 2 à 6 s'appliquent également aux agents publics tombant dans le champ d'application de la loi modifiée 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.»

2) *Voir L. 27.6.16, article 56 sous rubrique* « Lois - Divers » *du présent recueil.*

3) *Rénumérotation suite à l'abrogation du point 7) par L. 28.6.02, 1,13°.*
Ancien point 7) de l'article 240:
« A l'État pour autant qu'il s'agit de périodes visées à l'article 171, 7) jusqu'à concurrence des cotisations calculées sur la moyenne mensuelle des revenus cotisables portés en compte au titre de l'article 171 au cours des douze mois d'assurance précédant immédiatement celui de l'accouchement ou l'adoption, déduction faite des cotisations portées en compte au profit des intéressés à un autre titre; cette moyenne est adaptée à l'indice du coût de la vie conformément à l'article 224 et elle ne peut être inférieure au minimum cotisable mensuel. »

4) *Il y a lieu de lire « article 355 ».*

5) *Voir R. 7.10.04,28 et ss sous* « Règlements - Divers » *du présent recueil.*

6) ***L. 3.8.05****:*
Art. 14. *Des mesures d'appui particulières pour le sportif d'élite*
[…]
(6) Pour autant que les sportifs d'élite ne sont pas assurés à un autre titre, l'État prend à charge, sur la base de l'assiette du salaire social minimum, les cotisations de sécurité sociale. Pour les sportifs d'élite qui réduisent leur activité professionnelle de façon à ce que leurs revenus tombent en dessous du salaire social minimum, l'État rembourse les charges sociales calculées d'après leur revenu réel.
[…]

Assiette de cotisation L. 27.7.87

1 **Art. 241.** L'assiette de cotisation est constituée dans le cadre de l'assurance pension obligatoire par le revenu professionnel des assurés et dans le cadre de l'assurance pension continuée par un montant déterminé par règlement grand-ducal. R. 5.5.99

2 L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, sauf causes de réduction légalement prévues et sauf pour les activités non salariées exercées à titre accessoire par une personne affiliée à un régime de pension statutaire. Par dérogation à ce principe et à la demande de l'assuré, le minimum de l'assiette de cotisation mensuelle peut dans le cadre de l'assurance pension continuée ou facultative, pour une période maximale de cinq ans, être réduit à un tiers du salaire social minimum mensuel pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. L. 21.12.12,I,23°

3 Pour une activité exercée au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective. L. 6.4.99,II,14)

4 En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable défini à l'alinéa 2 est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois. Le minimum cotisable ne s'applique pas à la rente accident partielle, à moins que l'assiette cotisable ne comprenne un autre revenu. L. 12.5.10,3,8°

5 Pour les périodes correspondant à une activité salariée le revenu professionnel au sens de l'alinéa 1 est constitué par la rémunération brute gagnée, y compris tous les appointements et avantages même non exprimés en numéraire dont l'assuré jouit à raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion de la rémunération des heures supplémentaires. Les rémunérations en nature sont portées en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal. Le règlement grand-ducal peut exclure de l'assiette de cotisation certains éléments de la rémunération non soumis à l'impôt sur le revenu. L. 13.5.08,2,15°,a)

R. 16.12.08

6 Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. Les rémunérations non périodiques telles que les indemnités de congé non pris et les gratifications ne sont pas cotisables pour autant qu'elles sont payées après le début du droit à la pension et se rapportent à l'activité exercée avant l'échéance du risque. L. 27.7.87

7 En cas de substitution au revenu professionnel d'un revenu de remplacement au sens de l'article 171, 3), ce revenu est pris en considération pour l'assiette de cotisation. En cas d'indemnité d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

8 Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

9 Pour les périodes correspondant à une activité non salariée autre qu'agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10 numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. L. 24.4.91,I,28°

10 En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul. Toutefois, les cotisations provisoires mises en compte dans la pension ne sont recalculées qu'à la demande du bénéficiaire qui peut être présenté même lorsque que la décision d'attribution de la pension est devenue définitive. L. 19.6.98,IV,4)

11 Pour les périodes correspondant à une activité non salariée agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est fixé forfaitairement, suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions au revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel. L. 24.4.91,I,28°

R. 27.6.16

R. 27.6.16

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

R. 27.6.16

13 (alinéa abrogé) L. 13.5.08,2,15°,b)

1 **Art. 242.** Pour les travailleurs non salariés à l'exception de ceux exerçant une activité agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 de l'article 241 est divisé, le cas échéant, par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal le revenu ne peut dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal. L. 9.7.04,15,34°

2 (alinéa abrogé) L. 19.6.98,IV,5)

Art. 243.[1] Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due. L. 24.4.91,I,29°

1 **Art. 244.** Sur demande à présenter par l'assuré exerçant une activité non salariée autre qu'agricole et disposant de revenus professionnels inférieurs au salaire social minimum, l'assiette cotisable minimum prévue à l'article 241, alinéa 2 est réduite jusqu'à concurrence d'un tiers de ce salaire. Les modalités d'application du présent alinéa peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 28.7.00,27,31)

2 En cas d'arrêt de l'établissement ou de l'exploitation pour cause de maladie ou d'accident personnel du chef d'entreprise, l'assuré obligatoire visé à l'article 171, 2) et 6) peut être dispensé sur sa demande du paiement des cotisations pour la période où le paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendu dans la mesure où l'arrêt s'étend sur les mois de calendrier entiers. L. 27.7.87

3 La disposition de l'alinéa qui précède n'est pas applicable lorsque les actes de la profession sont exercés par un tiers pour le compte de l'assuré, si ce n'est que précairement à titre d'entraide professionnelle.

1 **Art. 245.** La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte-cotisation. L. 23.5.84,1,I,14)[2]

2 (alinéa abrogé) L. 24.4.91,I

Répartition du produit des cotisations

1 **Art. 246.** Les recettes en cotisations sont transférées mensuellement par le Centre commun de la sécurité sociale à la Caisse nationale d'assurance pension. La Caisse conserve un montant lui permettant de couvrir ses charges et de parfaire, le cas échéant, un fonds de roulement jusqu'à concurrence de vingt pour cent du montant des prestations annuelles de l'exercice précédent. L'excédent est transféré au Fonds de compensation. L. 21.12.12,I,24°

2 En cas d'insuffisance des recettes en cotisations à percevoir conformément à l'alinéa 1, il incombe au Fonds de compensation de mettre à la disposition de la Caisse les moyens nécessaires en les prélevant sur la réserve de compensation.

Administration du patrimoine

Art. 247. La gestion de la réserve de compensation incombe à un établissement public dénommé Fonds de compensation commun au régime général de pension, dénommé ci-après «le Fonds de compensation», constitué suivant l'article 260. L. 13.5.08,2,17°

Politique de placement

1 **Art. 248**. La réserve de compensation est placée dans le but de garantir la pérennité du régime général de pension. Afin d'assurer la sécurité des placements il est tenu compte de la totalité des actifs et des passifs, de la situation financière, ainsi que de la structure et de l'évolution prévisible du régime. Les placements doivent respecter les principes d'une diversification appropriée des risques. A cette fin, les disponibilités doivent être réparties entre différentes catégories de placement ainsi qu'entre plusieurs secteurs économiques et géographiques. L. 6.5.04,2

2 Les placements effectués par la Caisse nationale d'assurance pension sont limités à des placements à moyen terme en euros. L. 23.12.16,42

3 La Caisse nationale d'assurance pension et le Fonds de compensation ne peuvent effectuer des placements que dans la limite de leurs moyens de trésorerie. L. 13.5.08,2,18°,b)

Art. 249. Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,52°

---

1) Voir L. 24.7.01,40 sous rubrique « Lois - Divers » *du présent recueil.*

2) Par L. 27.7.87, I, 2), d), les articles 242, 243, 243bis, 243ter et 243quater sont devenus les articles 245, 246, 247, 248 et 249; la numérotation des articles et des références a été modifiée en conséquence.

Chapitre IV. - **Organisation de l'assurance** L. 13.5.08,2,19°

Gestion de l'assurance pension

1 **Art. 250.** La gestion de l'assurance pension incombe à la Caisse nationale d'assurance pension.[1)]

2 La Caisse nationale d'assurance pension est également compétente pour la mise en oeuvre des articles 171, alinéa 1, point 7), 172, 174, 178, alinéa 2, 213 et 213bis ainsi que de l'article 32 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. L. 13.12.17,3,15°

1 **Art. 251**. La Caisse nationale d'assurance pension est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration.[2)] L. 13.5.08,2,19°

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

3 Il lui appartient notamment: L. 9.8.18,1,26°,a)

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;
2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;
3) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
4) de statuer au sujet des prestations légales dans les limites des lois et règlements;
5) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses et sur le bilan;
6) de prendre les décisions concernant le personnel;
7) d'établir son règlement d'ordre intérieur;
8) d'établir un code de conduite.

4 Les décisions prévues aux points 3), 5) et 7 [3)]) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 13.5.08,2,19°

5 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 Caisse nationale d'assurance pension. L. 9.8.18,1,26°,c)

1 **Art. 252.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président [4)], fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement [5)]: L. 13.5.08,2,19°

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;

---

1) ***L. 13.5.08,15:***

[...]

Sans préjudice des dispositions relatives au Fonds de compensation, la Caisse nationale d'assurance pension est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, de la Caisse de pension des employés privés, de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels et de la Caisse de pension agricole. Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants.
Le patrimoine immobilier et les valeurs mobilières qui à la date du 31 décembre 2008 sont propriété de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, de la Caisse de pension des employés privés, de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels ou de la Caisse de pension agricole deviennent de plein droit la propriété du Fonds de compensation.
Les contrats de prêts accordés par les mêmes caisses de pension passent au Fonds de compensation.

[...]

2) **L. 13.5.08,20:**

(1) Aux fins de la constitution de la Chambre des salariés, des délégations du personnel et des organes des institutions de sécurité sociale ainsi que pour la désignation des assesseurs-employeurs et des assesseurs-assurés auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des assesseurs auprès des tribunaux du travail il sera procédé au courant de l'année 2008 aux élections et désignations d'après les dispositions de la présente loi.

[...]

En attendant la constitution du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension prévu par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par le conseil d'administration de la Caisse de pension des employés privés en fonction au 31 décembre 2008.

[...]

3) *Par L. 9.8.18,1,26°,b), les termes « aux points 1) à 3) » sont remplacés par les termes « aux points 3), 5) et 7) ».*

4) ***L. 13.5.08,17,1:***
Au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi les fonctions de président de la Caisse nationale d'assurance pension sont assumées par le président en fonction de la Caisse de pension des employés privés.

5) *Par L. 9.8.18,1,27°,a), les termes « nommé par le Grand-Duc » sont complétés par les termes « sur proposition du Gouvernement ».*

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

5) de quatre délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce;

6) d'un délégué des employeurs désigné par la Chambre des métiers.

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

3 [1)] 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.

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

1 **Art. 253.** Le 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.

2 Les modalités de la nomination sont déterminées par règlement d'ordre intérieur.

1 **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. L. 9.8.18,1,28°,a)

2 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 408*bis*. L. 9.8.18,1,28°,b)

Détermination de la pension.

1 **Art. 255.** La demande en obtention d'une pension est présentée, accompagnée des pièces justificatives, à la Caisse nationale d'assurance pension. L. 13.5.08,2,19°

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les formalités à remplir et les pièces à produire pour l'obtention des prestations.

3 Si la demande est admise, le montant et le point de départ de la pension, à l'exclusion de l'allocation de fin d'année, sont déterminés aussitôt par une décision notifiée au bénéficiaire à laquelle est joint le relevé des périodes d'assurance servant de base à ce calcul.

4 Aussi longtemps que la fixation définitive des pensions n'est pas possible, des avances sont accordées sur les pensions.

5 L'octroi, le rejet, le retrait ou la suspension d'une pension ne peut être prononcé que par une décision écrite et motivée qui indique le délai du recours et l'instance compétente pour en connaître.

Voies de recours

1 **Art. 256.** Les décisions prises par le conseil d'administration conformément à l'article 255 peuvent être attaquées par le demandeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

2 [2)] Une copie de la décision du Conseil arbitral est notifiée au demandeur et au conseil d'administration.

1 **Art. 257.** Si le Conseil arbitral juge la demande en obtention de la pension fondée, il détermine le point de départ de la pension.

2 Du moment que la décision adjugeant la demande en principe a acquis force de chose jugée, la Caisse nationale d'assurance pension détermine le montant de la pension.

1 **Art. 258.** Le Conseil arbitral statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. Un règlement grand-ducal fixe la valeur en capital pour laquelle les pensions demandées entrent en ligne de compte au point de vue de l'application du présent article.

2 L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale et a un effet suspensif.

3 Si, tout en admettant la demande en principe le Conseil arbitral ou le Conseil supérieur n'ont pas fixé le montant et le point de départ de la pension, la Caisse nationale

---

1) L'alinéa 3 est abrogé et alinéas renumérotés par L. 9.8.18,1,27°,b).

2) L'alinéa 2 est abrogé et alinéa renuméroté par L. 9.8.18,1,29°.

d'assurance pension accorde aussitôt, en cas de pourvoi en cassation, par une décision non susceptible de recours, une pension provisoire.

4 La Caisse nationale d'assurance pension ne procède pas à la répétition de la pension provisoire, mais l'impute, le cas échéant, sur la pension accordée à titre définitif.

1 **Art. 259.** En cas de rejet d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité au motif que les conditions prévues à l'article 187 du présent livre ne sont pas remplies, la reproduction de cette demande n'est pas recevable avant l'expiration d'une année depuis la notification de la décision définitive, à moins qu'il ne résulte à suffisance de droit d'un certificat joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

2 A défaut de ce certificat la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours.

Fonds de compensation [1)]

Art. 260. Il est créé un Fonds de compensation qui a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation conformément aux dispositions des articles 247 et 248.

1 **Art. 261.** Le Fonds de compensation est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration. Le conseil d'administration gère le Fonds de compensation dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

2 Il lui appartient notamment: L. 9.8.18,1,30°,a)

1) d'établir les directives concernant les principes et règles de gestion du patrimoine;
2) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08
3) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses et sur le bilan;
4) d'établir son règlement d'ordre intérieur;
5) d'établir un code de conduite.

3 Les décisions visées aux points 1) à 4) de l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 13.5.08,2,19° R. 9.12.08

4 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 du Fonds de compensation. L.9.8.18,1,30°,b)

1 **Art. 262.** Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose: L. 13.5.08,2,19°

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.

2 Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

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

4 La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du 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. L. 9.8.18,1,31°

5 Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante. L. 13.5.08,2,19°

1 **Art. 263.** Le conseil d'administration est assisté par un comité d'investissement.

2 Le comité d'investissement comprend en dehors du président du Fonds de compensation ou de son délégué, un délégué des assurés, un délégué des employeurs et trois membres externes désignés par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier.

---

1) ***L. 13.5.08,15:***

[...]

Sans préjudice des dispositions relatives au Fonds de compensation, la Caisse nationale d'assurance pension est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, de la Caisse de pension des employés privés, de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels et de la Caisse de pension agricole. Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants.
Le patrimoine immobilier et les valeurs mobilières qui à la date du 31 décembre 2008 sont propriété de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, de la Caisse de pension des empployés privés, de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels ou de la Caisse de pension agricole deviennent de plein droit la propriété du Fonds de compensation.
Les contrats de prêts accordés par les même caisses de pension passent au Fonds de compensation.

[...]

3 En matière d'investissement les décisions du conseil d'administration sont préparées par le comité d'investissement.

4 Les membres du comité d'investissement touchent une indemnité dont le montant est fixé par le règlement d'ordre intérieur [1].

5 Le conseil d'administration peut instituer des commissions et recourir au service d'experts.

1 **Art. 264**. Les membres des organes du Fonds de compensation sont tenus d'agir dans l'intérêt exclusif du Fonds de compensation. Un membre, qui dans l'exercice de ses fonctions est amené à se prononcer sur une affaire dans laquelle il peut avoir un intérêt personnel, direct ou indirect, de nature à compromettre son indépendance doit en informer l'organe auquel il appartient.

2 Les membres des organes du Fonds de compensation sont responsables conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Cette action en responsabilité est engagée pour le compte du Fonds de compensation par le conseil d'administration.

1 **Art. 265.** Dans l'accomplissement de sa mission le Fonds de compensation peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale d'assurance pension.

2 En dehors du personnel mis à sa disposition par la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'autorité de surveillance entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

3 Les frais de gestion de la réserve de compensation sont intégralement pris en charge par le Fonds de compensation à l'exception des frais exposés par la Caisse nationale d'assurance pension dans le cadre de l'alinéa 1.

1 **Art. 266.** Le Fonds de compensation est autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif, ci-après dénommés «OPC», régis par la loi du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés. Un règlement grand-ducal détermine les valeurs de la réserve investies à travers ces OPC. R. 22.7.09

2 Les membres effectifs du conseil d'administration visé à l'article 262 et les membres externes du comité d'investissement prévu à l'article 263 composent l'organe dirigeant du ou des organismes de placement collectif dont question à l'alinéa précédent. La responsabilité de ces membres se détermine conformément à l'alinéa 3 de l'article unique de la loi du 25 juillet 1990 concernant le statut des administrateurs représentant l'État ou une personne morale de droit public dans une société anonyme.

3 En dehors des placements par l'intermédiaire des OPC, le Fonds de compensation peut effectuer des investissements en prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et, moyennant autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, en prêts aux communes et aux entreprises, en acquisitions immobilières et en acquisitions de valeurs mobilières.

4 Sont considérées comme valeurs mobilières:

- les actions et autres valeurs assimilables à des actions,
- les obligations et les autres titres de créances, et
- toutes les autres valeurs négociables donnant le droit d'acquérir de telles valeurs mobilières par voie de souscription ou d'échange.

1 **Art. 267.** Les OPC créés en vertu de l'article 266 sont soumis au régime fiscal et comptable des organismes de placement collectif tel qu'il résulte de la législation concernant les organismes de placement collectif, à l'exception de la taxe d'abonnement qui n'est pas due.

2 L'application de l'article 150 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est étendue aux organismes de placement collectif ci-dessus visés.

3 Les actes passés au nom et en faveur des organismes de placement collectif créés par le Fonds de compensation sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession.

1 **Art. 268.** Le Fonds de compensation est placé sous la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale conformément à l'article 409, sans préjudice des compétences de la Commission de surveillance du secteur financier dans le cadre de la loi du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés.

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les modalités de la surveillance de la gestion de la réserve de compensation.

---

1) Par L. 9.8.18,1er,32°, les termes « les statuts » sont remplacés par les termes « le règlement d'ordre intérieur ».

LIVRE IV - PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Allocation familiale**	Art. 269 - 273
Chapitre II.	-	**Allocation spéciale supplémentaire**	Art. 274
Chapitre III.	-	**Allocation de rentrée scolaire**	Art. 275
Chapitre IV.	-	**Allocation de naissance**	Art. 276 - 305
		Allocation prénatale	*Art. 277*
		Allocation de naissance proprement dite	*Art. 278 - 279*
		Allocation postnatale	*Art. 280 - 305*
Chapitre V.	-	**Indemnité de congé parental**	Art. 306 - 308
		Bénéficiaires	*Art. 306*
		Montant, modalités et paiement de l'indemnité	*Art. 307*
		Demande de l'indemnité	*Art. 308*
Chapitre VI.	-	**Dispositions communes aux prestations**	Art. 309 - 318
		Demande en obtention des prestations	*Art. 309*
		Paiement des prestations	*Art. 311*
		Dispositions pénales	*Art. 312*
		Prescription	*Art. 313*
		Cession, mise en gage et saisie des prestations	*Art. 314 - 315*
		Contestations et recours	*Art. 316 - 318*
Chapitre VII.	-	**Financement**	Art. 319 - 329
Chapitre VIII.	-	**Organisation de la caisse**	Art. 330 - 346

Art. 269. (1) Il est introduit une allocation pour l'avenir des enfants, ci-après «allocation familiale».

Ouvre droit à l'allocation familiale:

a) chaque enfant, qui réside effectivement et de manière continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal;

b) les membres de famille tels que définis à l'article 270 de toute personne soumise à la législation luxembourgeoise et relevant du champ d'application des règlements européens ou d'un autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale et prévoyant le paiement des allocations familiales suivant la législation du pays d'emploi. Les membres de la famille doivent résider dans un pays visé par les règlements ou instruments en question.

(2) Est considérée comme ayant son domicile légal au Luxembourg toute personne qui est autorisée à y résider, y est légalement déclarée et y a établi sa résidence principale.

(3) La condition de la résidence effective et continue dans le chef de l'enfant est présumée remplie lorsque l'enfant réside temporairement à l'étranger avec le parent qui:

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles, ou bien
- y est détaché par son employeur et qui reste soumis à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien
- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant dans le cadre de la loi du 25 avril 1989 remplaçant la loi du 13 juillet 1982 relative à la coopération au développement, ou bien
- participe à une opération pour le maintien de la paix en exécution de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales, ou bien
- exerce une activité en qualité de volontaire au sens de la loi du 28 janvier 1999 sur le service volontaire.

(4) La Caisse pour l'avenir des enfants peut déroger, à titre exceptionnel et individuel, à l'une des conditions ci-avant.

Art. 270. Pour l'application de l'article 269, paragraphe 1er, point b), sont considérés comme membres de famille d'une personne et donnent droit à l'allocation familiale, les enfants nés dans le mariage, les enfants nés hors mariage et les enfants adoptifs de cette personne.

Art. 271. (1) L'allocation est due à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis.

a) Sauf pour le mois de la naissance, les conditions pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies au premier jour du mois. Si une des conditions d'octroi n'est pas remplie au premier du mois, l'allocation familiale est due à partir du premier du mois consécutif.

b) Pour les personnes définies à l'article 269, paragraphe 1er, point b), les conditions d'affiliation pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies de façon prépondérante pour chaque mois. On entend par façon prépondérante, la moitié plus un jour de chaque mois.

c) En cas d'arrivée de l'enfant sur le territoire luxembourgeois, les conditions d'octroi sont remplies à partir du premier du mois suivant celui au cours duquel l'enfant remplissant les conditions prévues à l'article 269 est légalement déclaré au Luxembourg.

d) Tout changement intervenu au cours d'un mois n'est pris en considération qu'au premier du mois suivant.

(2) Le droit à l'allocation familiale est maintenu jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans accomplis:

a) [1)] si l'enfant poursuit effectivement, sur place dans un établissement d'enseignement, à titre principal d'au moins vingt-quatre heures par semaine des études secondaires, secondaires techniques ou y assimilées;

b) si l'enfant poursuit effectivement, sur place et à titre principal des études ou une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service ou centre d'éducation différenciée, conformément à la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé par le ministre ayant la Famille dans ses attributions, ou dans un établissement équivalent sis à l'étranger;

c) si l'enfant poursuit un apprentissage dont l'indemnité est inférieure au salaire social minimum.

1) Arrêts de la Cour constitutionnelle n° 00155 du 10 juillet 2020 (JO, Mém. A 615 du 16 juillet 2020) et n° 00163 du 26 février 2021 (JO, Mém. A 169 du 4 mars 2021).

Sont assimilées à une période d'études:

a) les périodes de vacances annuelles, à condition que les études ouvrant droit au maintien de l'allocation familiale au-delà de dix-huit ans, soient reprises après les vacances scolaires;

b) les interruptions d'études pour des raisons de santé, dûment justifiées par certificat médical, à condition que l'enfant soit hors d'état de poursuivre ses études ou d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, le paiement de l'allocation familiale est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire entamée.

(3) Pour les élèves ayant dépassé l'âge de dix-huit ans, le paiement de l'allocation familiale est limité au 31 juillet de chaque année et n'est repris que sur demande à adresser à la Caisse pour l'avenir des enfants avec présentation d'une attestation de fréquentation à établir par l'établissement scolaire.

(4) En cas d'abandon des études au cours de l'année scolaire, le droit à l'allocation familiale vient à défaillir avec effet au premier du mois qui suit celui de l'abandon.

(5) L'exercice simultané, au cours des études, d'une activité professionnelle ou d'un stage rémunéré d'une durée de plus de quatre mois par année fait perdre le bénéfice à l'allocation familiale si le revenu brut mensuel de cette activité de l'élève est égal ou supérieur au salaire social minimum.

(6) Pour les apprentis qui suivent des cours où les périodes d'enseignement sont groupées, l'indemnité de référence correspond à la moyenne des indemnités calculées sur une période de douze mois correspondant à l'année scolaire.

(7) L'allocation cesse à partir du mois suivant le décès de l'enfant bénéficiaire.

(8) Elle cesse encore dans le même délai si l'une des conditions prévues par le présent chapitre n'est plus remplie.

1 **Art. 272.**[1)] Le montant de l'allocation familiale est fixé à 31,75 euros par enfant et par mois. Le montant ainsi fixé est majoré mensuellement de 2,40 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de six ans et de 5,99 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de douze ans. 17.12.21, 26, 1°

2 L'allocation familiale est payée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due tel que prévu à l'article 272 du Code de la sécurité sociale. L. 23.7.16

---

1) L.23.7.16, VI (modifiée par L.17.12.21, 27):

Pour un enfant qui ouvre déjà droit à l'allocation familiale avant l'entrée en vigueur de la présente loi, le montant de l'allocation familiale tel que prévu à l'article 272 du Code de la sécurité sociale se modifie comme suit :

Enfant faisant partie, avant l'entrée en vigueur de la loi, d'un groupe familial de …	***Allocation familiale de l'enfant à partir de l'entrée en vigueur de la loi***
2 enfants	*35,61*
3 enfants	*41,26*
4 enfants	*44,09*
5 enfants	*45,78*
6 enfants	*46,91*
7 enfants	*47,72*
8 enfants	*48,32*
9 enfants	*48,79*
10 enfants	*49,17*
11 enfants	*49,48*
12 enfants	*49,73*
13 enfants	*49,95*
14 enfants	*50,14*
15 enfants	*50,30*
16 enfants	*50,44*
17 enfants	*50,56*
18 enfants	*50,67*
19 enfants	*50,77*
20 enfants	*50,86*
21 enfants	*50,94*
22 enfants	*51,01*
23 enfants	*51,08*
24 enfants	*51,14*
25 enfants	*51,20*

En cas d'interruption du droit à l'allocation familiale après l'entrée en vigueur de la présente loi, l'enfant à nouveau bénéficiaire sera soumis aux conditions des dispositions de la présente loi et touchera le montant de l'allocation familiale prévu à l'article 272 ci-dessus, sans prise en compte du montant éventuellement touché par ce même enfant avant l'entrée en vigueur.

Les montants prévus au deuxième alinéa correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et ils sont adaptés aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État.

L.17.12.21, 48, 5°: *des articles 26 et 27, qui produisent leurs effets au 1er octobre 2021.*

3 Les montants prévus à l'alinéa 1er correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et ils sont adaptés aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État. 17.12.21, 26, 2°

Art. 273. (1) En cas de ménage commun des parents et de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale. L'attributaire étant défini comme la personne entre les mains de laquelle le paiement de l'allocation se fait conformément aux modalités prévues à l'article 311.

(2) A défaut de ménage commun des parents et de l'enfant, l'allocation familiale est payée à la personne physique ou morale auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

(3) En cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale.

(4) En cas de placement d'un enfant par décision judiciaire, l'allocation familiale est versée à la personne physique ou morale investie de la garde de l'enfant et auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

(5) À partir du mois de sa majorité, l'enfant peut demander le paiement de l'allocation familiale entre ses mains. Il en est de même pour l'enfant mineur émancipé.

(6) En cas de contestation, il appartient à la Caisse pour l'avenir des enfants de déterminer l'attributaire de l'allocation familiale dans l'intérêt de l'enfant sur base des informations dont la caisse dispose.

Chapitre II – **Allocation spéciale supplémentaire**

1 **Art. 274.** Tout enfant âgé de moins de dix-huit ans, bénéficiant de l'allocation familiale et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire. R. 27.7.16

2 Le montant de l'allocation spéciale supplémentaire est fixé à 200 euros par mois.

3 L'allocation spéciale supplémentaire est payée jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans accomplis.

4 Le paiement de l'allocation spéciale supplémentaire cesse à partir du mois suivant celui au cours duquel il est constaté médicalement que la diminution de la capacité de l'enfant, telle que définie ci-avant, est inférieure à cinquante pour cent.

Chapitre III – **Allocation de rentrée scolaire**

Art. 275. (1) Une allocation de rentrée scolaire est allouée pour les enfants âgés de plus de six ans. Elle est différenciée suivant l'âge.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire est fixé à:

- 115 euros pour l'enfant âgé de plus de six ans;
- 235 euros pour l'enfant âgé de plus de douze ans.

Les enfants admis au deuxième cycle de l'enseignement fondamental sans avoir atteint l'âge de six ans accomplis au moment de la rentrée scolaire, bénéficient de l'allocation de rentrée scolaire sur présentation d'un certificat d'inscription scolaire.

(2) L'allocation de rentrée scolaire est versée d'office aux enfants bénéficiaires de l'allocation familiale pour le mois d'août de chaque année. Elle cesse et n'est plus versée pendant l'année civile au cours de laquelle les études sont clôturées.

Chapitre IV – **Allocation de naissance**

Art. 276. (1) Il est institué une allocation de naissance qui se compose comme suit:

- l'allocation prénatale,
- l'allocation de naissance proprement dite,
- l'allocation postnatale.

(2) Le montant de l'allocation de naissance est fixé à 1.740,09 euros. Elle sera versée sur demande et en trois tranches de 580,03 euros chacune.

(3) Les frais des examens médicaux liés à l'octroi des trois tranches de l'allocation de naissance sont à charge de la caisse de maladie dont relèvent respectivement la femme enceinte et l'enfant en bas âge.

Les frais des examens des personnes non assurées sont à la charge de l'État suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

Allocation prénatale

Art. 277. (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation prénatale, la femme enceinte doit se soumettre au cours de sa grossesse à au moins cinq examens médicaux et à un examen dentaire.

Les examens médicaux sont à la fois obstétricaux et généraux et doivent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique pour ce qui concerne les examens obstétricaux et par un médecin spécialiste en médecine interne ou par un médecin généraliste pour ce qui concerne les examens généraux. L'examen dentaire doit être effectué par un médecin-dentiste.

Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal. Les consultations des sages-femmes seront prises en charge par l'État. R. 27.7.16

(2) Le médecin examinateur consigne ses observations dans le carnet de maternité dont toute femme enceinte est pourvue. Ce carnet est délivré à la future mère lors du premier examen médical. A cet effet, le ministre ayant dans ses attributions la santé met des carnets de maternité à la disposition des médecins.

(3) L'allocation prénatale n'est versée qu'à condition que la future mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment du dernier examen médical prévu au paragraphe précédent et rapporte la preuve des différents examens médicaux y prévus au moyen des certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

Allocation de naissance proprement dite

Art. 278. (1) La naissance de tout enfant viable ouvre droit à l'allocation de naissance proprement dite.

Est présumé viable au sens du présent chapitre l'enfant dont la gestation a duré, selon le certificat médical, plus de 22 semaines depuis la conception.

(2) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation de naissance proprement dite, la mère doit se soumettre à un examen postnatal permettant de vérifier si son état de santé a été modifié par la grossesse.

L'examen postnatal doit être effectué par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

(3) L'allocation de naissance proprement dite n'est versée qu'à condition que la mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment de la naissance de l'enfant, qu'elle rapporte la preuve de l'examen postnatal prévu au paragraphe précédent au moyen du certificat établi à cet effet par le médecin examinateur lors de la visite.

Art. 279. (1) Le bénéfice de l'allocation prénatale et de l'allocation de naissance proprement dite est strictement réservé aux femmes enceintes ou ayant accouchées.

(2) L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite peuvent être versées conjointement après la naissance de l'enfant.

(3) L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite sont versées à la mère.

(4) Les modalités des examens médicaux, dentaires ainsi que leur périodicité sont fixées par règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé. R. 27.7.16

Allocation postnatale

Art. 280. (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation postnatale, celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde doit soumettre l'enfant à deux examens périnatals et à quatre examens subséquents jusqu'à l'âge de deux ans.

(2) Ces examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie, soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un médecin établi en qualité de médecin généraliste.

(3) Le médecin examinateur consigne les résultats de l'examen auquel il a procédé dans le carnet de santé dont tout enfant est pourvu. Ce carnet est délivré lors de la déclaration de naissance de l'enfant à la mère ou à la personne qui a la garde de l'enfant par l'officier de l'état civil ou par l'administration de l'hôpital dans lequel l'accouchement a eu lieu.

(4) L'allocation postnatale n'est versée qu'à condition que:

a) l'enfant soit élevé de façon continue au Luxembourg depuis la naissance ou

b) que l'enfant soit membre de famille d'une personne définie à l'article 269 b) [1)].

(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.

---

1) Il y a lieu de lire « article 269, paragraphe 1er, alinéa 2, point b) ».

(7) L'allocation postnatale est versée à celui qui supporte les charges d'entretien de l'enfant au moment de l'échéance de la prestation.

(8) En cas de décès de l'enfant avant l'âge de deux ans accomplis, les conditions relatives aux six examens médicaux sont présumées remplies si les examens correspondant aux tranches d'âge antérieures au décès ont été effectués. L'allocation postnatale est alors versée intégralement.

Art. 281. Un règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé, détermine les modalités des examens médicaux, le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui doivent y être portées obligatoirement. R. 27.7.16

Art. 282. La circonstance que les conditions exigées pour l'obtention d'une ou de deux tranches de l'allocation de naissance ne sont pas remplies ne fait pas obstacle à l'obtention de l'autre ou des autres tranches.

Art. 283. La condition de la naissance au Luxembourg et celle exigeant que l'enfant soit élevé d'une façon continue au Luxembourg sont présumées remplies si le bénéficiaire de l'allocation de naissance réside temporairement à l'étranger avec sa famille dans les conditions visées à l'article 269, paragraphe 3.

Art. 284. à Art. 305. (articles abrogés)

Chapitre V – **Indemnité de congé parental**

Bénéficiaires L. 3.11.16,II,3°

Art. 306. (1) Pendant la durée du congé parental accordé en application des articles L. 234-43 à L. 234-48 du Code du travail, 29bis à 29sexies de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État et 30bis à 30sexies de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux, la perte de revenu professionnel est compensée par un revenu de remplacement, désigné ci-après par «indemnité», qui est versée mensuellement par la Caisse. L. 3.11.16,II,4°

(2) Le droit à l'indemnité est encore ouvert au travailleur non salarié pendant la durée du congé parental, accordé en raison de la naissance ou de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants qui n'ont pas atteint l'âge de six ans accomplis et de douze ans accomplis en cas d'adoption, à condition

a) qu'il soit affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise au moment de la naissance ou de l'accueil du ou des enfants à adopter et sans interruption pendant au moins douze mois continus précédant immédiatement le début du congé parental en application de l'article 1er, alinéa 1, sous 4), 5) ou 10);

b) qu'il n'exerce aucune activité professionnelle pendant la durée du congé parental à plein temps ou exerce pendant la durée du congé parental à temps partiel une ou plusieurs activités professionnelles à temps partiel sans que la durée mensuelle totale de travail effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée mensuelle normale de travail presté avant le congé parental ou réduit son ou ses activités professionnelles conformément aux réductions prévues à l'article L. 234-44, paragraphe 2, en cas de congé parental fractionné;

c) qu'il élève dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonne principalement à leur éducation pendant la durée du congé parental.

La condition d'affiliation continue pendant les douze mois précédant immédiatement le début du congé parental ne vient pas à défaillir par une ou plusieurs interruptions ne dépassant pas sept jours au total.

Est assimilée au congé d'accueil la période indemnisée au même titre par la Caisse nationale de santé pour les professions visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 4) et 5) du présent Code.

La durée et les modalités du congé parental alloué au travailleur non salarié sont déterminées par référence aux dispositions des articles L. 234-44 à L. 234-47 du Code du travail.

Montant, modalités et paiement de l'indemnité L. 3.11.16,II,5°

Art. 307. (1) L'indemnité est calculée sur la base du revenu professionnel défini au titre de l'assurance pension relatif aux affiliations en cours au début du congé parental. L. 3.11.16,II,6°

Le montant de l'indemnité correspond au revenu professionnel mensuel moyen réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant le début du congé parental. Les modifications de revenus intervenues après le début du congé parental impliqueront le recalcul de l'indemnité.

Les montants du revenu professionnel entrant dans le calcul de l'indemnité sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

(2) L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être inférieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.[1)]

L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être supérieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et d'un montant égal à cinq tiers du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.

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

Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont inférieures à cinq millièmes d'euros.

(3) L'indemnité est soumise aux charges fiscales et sociales, à l'instar du revenu sur base duquel elle est calculée, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire de maladie ainsi que des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales. La part patronale des cotisations sociales est à charge de la Caisse.

(4) Pendant la durée du congé parental à plein temps, le paiement de l'indemnité est continué en cas de survenance d'une maladie pour autant que les autres conditions restent remplies. Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie et, pour les salariés, également le droit à la continuation de la rémunération est suspendu.

Pour le parent bénéficiaire d'un congé parental à temps partiel, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou à la continuation de la rémunération est maintenu pour la durée de travail restante.

(5) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25.

(6) (paragraphe abrogé) L. 28.7.18,42

(7) Si la période indemnisée est inférieure à un mois, le parent bénéficiaire a droit à un prorata de l'indemnité pour la fraction du mois entamée. L. 3.11.16,II,6°

(8) L'indemnité est versée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due, à condition que la demande et les autres pièces justificatives aient été introduites dans le délai prescrit. En cas de présentation tardive de la demande ou des autres pièces justificatives requises, elle est versée dès que l'instruction du dossier par la Caisse est terminée.

(9) Les mensualités déjà versées donnent lieu à restitution intégrale en cas de violation des dispositions des articles L. 234-43, paragraphe 1er du Code du travail, 29bis, paragraphe 1er de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État et 30bis, paragraphe 1er de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux et en raison

a) de la résiliation volontaire du contrat de travail par le parent, lorsque la résiliation prend effet avant l'expiration du congé parental, ou

b) de l'interruption du congé non motivée par une cause extérieure au parent bénéficiaire et entièrement indépendante de sa volonté.

Les exceptions prévues au point b) ci-dessus ne sont prises en considération qu'à condition que l'interruption du congé et la cause de l'interruption aient été notifiées préalablement à la Caisse par le parent bénéficiaire. Lorsque la cause de l'interruption est extérieure au bénéficiaire, la notification doit être complétée d'une attestation émanant de l'employeur si la cause est inhérente à l'entreprise, sinon de l'autorité compétente pour constater la cause en question.

Toutefois, en cas de changement d'employeur pendant le congé parental, le parent bénéficiaire peut reprendre son travail avant l'expiration du congé, l'indemnité versée jusqu'à cette date restant acquise.

---

1) ***L. 3.11.16,VIII, point 4°:***
4° Tant que le montant du salaire social minimum horaire reste inférieur à 11,2159 euros, ce montant se substitue au salaire social minimum horaire au premier alinéa du paragraphe 2 de l'article 307 du Code de la sécurité sociale.

Demande de l'indemnité L. 3.11.16,II,7°

Art. 308. (1) Pour pouvoir prétendre au paiement de l'indemnité, le parent doit présenter une demande écrite à la Caisse accompagnée, le cas échéant, du plan de congé parental [1)]. L. 3.11.16,II,8°

(2) La demande présentée par le parent salarié doit être dûment certifiée par l'employeur et remise à la Caisse au plus tard dans la quinzaine de la notification de la demande à l'employeur pour ce qui est du congé consécutif au congé de maternité ou au congé d'accueil et dans la quinzaine de la notification de la décision de l'employeur, ou, à défaut, dans la quinzaine de l'expiration du délai de quatre semaines prévu en cas de report du congé pour ce qui est du congé demandé par l'autre parent.

Le parent qui exerce une activité indépendante certifie le début de son congé parental moyennant déclaration sur l'honneur jointe à sa demande, qui est à notifier à la Caisse deux mois avant le début de la période ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire de maternité en ce qui concerne le premier congé parental et au moins quatre mois avant le début du deuxième congé parental.

(3) La naissance dûment certifiée par l'officier de l'état civil doit être déclarée à la Caisse dans le même délai à compter de la déclaration prévue à l'article 55 du Code civil, ensemble avec les attestations nécessaires à la détermination du droit et de la période de paiement.

En cas d'allaitement, la prolongation du congé de maternité doit être communiquée à la Caisse avant la septième semaine suivant l'accouchement. Dans le cas contraire, le parent concerné en informe par écrit la Caisse dans le même délai.

En cas d'adoption d'un enfant de moins de douze ans, les adoptants doivent transmettre à la Caisse, ensemble avec la demande prévue au paragraphe 2, un certificat du tribunal attestant que la procédure en vue de l'adoption a été entamée.

(4) Dès que le début du congé parental peut être déterminé sur base des pièces justificatives fournies, la Caisse notifie aux parents la décision d'octroi de l'indemnité et la période pour laquelle celle-ci est accordée. En même temps, elle en informe utilement le ou les employeurs du parent salarié.

A partir de la notification de la décision d'octroi de l'indemnité pour la période déterminée, le choix du congé parental est définitif et le parent n'est plus recevable à renoncer au congé parental.

Les parents bénéficiaires sont tenus à notifier dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale à fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi de l'indemnité de congé parental.

(5) Les employeurs, les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle de l'indemnité de congé parental.

---

1) ***L. 3.11.16,VIII, points 2° et 3°:***
2° La présente loi ne s'applique qu'aux demandes de congé parental introduites auprès de la Caisse pour l'avenir des enfants après son entrée en vigueur. Des dispositions régissant le congé parental avant l'entrée en vigueur de la loi restent applicables aux demandes introduites avant cette date.
Par dérogation à l'alinéa qui précède, pour les demandes introduites à la Caisse pour l'avenir des enfants avant l'entrée en vigueur de la présente loi, mais dont le début du congé parental se situe après l'entrée en vigueur, les parents ayant choisi un congé parental de six mois à plein temps ou de douze mois à temps partiel, peuvent opter pour la nouvelle indemnisation par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de la Caisse pour l'avenir des enfants. Ce choix doit obligatoirement se situer avant le premier jour du congé parental.
Pour les demandes introduites à la Caisse pour l'avenir des enfants avant l'entrée en vigueur de la présente loi, mais dont le début du congé parental se situe après l'entrée en vigueur, les parents peuvent renoncer au congé parental et introduire une nouvelle demande en accord avec l'employeur. Dans ces cas, le respect des délais prévus aux articles L. 234-45, paragraphe 2, et L. 234-46, paragraphe 2, du Code du travail, 29quater, paragraphe 2, et 29quinquies, paragraphe 2, de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État, et aux articles 30quater, paragraphe 2, et 30quinquies, paragraphe 2, de la loi du 24 décembre 1985 fixant le statut des fonctionnaires communaux est présumé rempli. Si l'employeur refuse ce nouveau congé parental, l'ancienne demande est rétablie de plein droit. La nouvelle demande doit obligatoirement parvenir à la Caisse pour l'avenir des enfants avant le premier jour du congé parental.
3° Le parent ayant bénéficié pour un enfant d'un congé parental avant l'entrée en vigueur de la présente loi ne peut introduire une nouvelle demande pour ce même enfant. Ne pourront également pas prétendre aux dispositions de la présente loi, les parents ayant bénéficié pour le même enfant de l'allocation d'éducation abrogée depuis le 1er juin 2015 par l'article 2, alinéa 9 de la loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir première partie (2015) ou d'une prestation non luxembourgeoise de même nature.

Chapitre VI – **Dispositions communes aux prestations**

Demande en obtention des prestations

Art. 309. (1) Les prestations prévues au présent livre sont payées sur la déclaration écrite des personnes qui prétendent au droit au paiement, pour autant qu'il ne soit pas autrement disposé. La demande n'est admissible que si elle est complétée, signée et accompagnée des pièces requises. L. 23.7.16

(2) Les déclarants sont tenus de notifier dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale de fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi des prestations prévues par le présent livre.

(3) Les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle des prestations prévues par le présent Livre. La même obligation incombe aux employeurs concernés en ce qui concerne l'indemnité de congé parental.

Paiement des prestations

1 **Art. 311.**[1)] Le paiement des prestations se fait par virement bancaire ou postal sur le compte indiqué par la personne définie à l'article 273 et est réputé fait avec effet libératoire.

2 Les prestations familiales sont exemptes d'impôts et de cotisations d'assurance sociale.

3 Le paiement des compléments différentiels prévus par les règlements européens ou tout autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale se fait au moins une fois par année.

4 Lorsqu'un enfant domicilié et résidant effectivement au Luxembourg ouvre droit à la fois aux prestations familiales en vertu de la législation luxembourgeoise et à des prestations familiales en vertu d'un régime non luxembourgeois, les prestations familiales dues conformément à la législation luxembourgeoise sont suspendues jusqu'à concurrence des prestations familiales payées suivant le régime non luxembourgeois.

5 En cas de controverse sur la nature du droit éventuel résultant du régime non luxembourgeois, les prestations familiales ne sont prises en charge par le régime luxembourgeois qu'à condition que la personne qui y ouvre droit ait effectivement fait valoir ses droits auprès du régime non luxembourgeois.

6 Il n'est dû en toute hypothèse qu'une prestation de même nature par enfant.

Dispositions pénales

Art. 312. (1) Sont punis des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, indépendamment du remboursement des sommes indûment perçues, ceux qui ont frauduleusement amené la caisse à fournir une prestation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie.

Celui qui a indûment obtenu une prestation par défaut de la déclaration prescrite ou qui a frauduleusement amené la caisse à fournir une prestation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie, peut être puni d'une amende d'ordre jusqu'à concurrence des sommes indûment perçues sans préjudice de la répétition desdites sommes. Cette amende est fixée par le conseil d'administration de la caisse ou l'organe administratif qui en assure la gestion. Est considéré comme défaut de la déclaration prescrite au sens du présent article le défaut de déclarer le changement de résidence auprès de la ou des administrations communales compétentes.

(2) Quiconque s'est approprié un carnet de santé ou l'a ouvert à l'insu du titulaire ou de son représentant légal dans l'intention d'en violer le secret, est puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 euros à 1.250 euros, ou d'une de ces peines seulement.

(3) Est puni des mêmes peines quiconque fait de la production du carnet de santé une condition en vue de l'octroi d'une prestation quelconque ou de la conclusion d'un contrat quelconque.

Prescription

Art. 313. (1) Le droit à l'allocation familiale, à l'allocation spéciale supplémentaire et à l'allocation de rentrée scolaire ne se prescrivent pas.

(2) Les arrérages non payés de l'allocation familiale, de l'allocation spéciale supplémentaire et de l'allocation de rentrée scolaire se prescrivent par une année à partir de la fin du mois pour lequel ils sont dus.

---

1) La loi du 23.7.2016 contient une erreur matérielle dans la numérotation des articles. L'article 310 y fait défaut.

(3) L'allocation de naissance se prescrit par un an à partir de la naissance. Toutefois, la prescription de l'allocation postnatale ne prend cours qu'à la date à laquelle l'enfant pour lequel elle est due obtient l'âge de deux ans.

(4) La prescription n'est interrompue valablement que par une demande admissible au sens de l'article 309, alinéa 1.

(5) Le délai prévu à l'alinéa qui précède est interrompu si la demande pour une prestation a été adressée à une autorité ou une institution de sécurité sociale incompétente.

Cession, mise en gage et saisie des prestations

Art. 314. Toutes les prestations prévues au présent livre, à l'exception de l'allocation de naissance, peuvent être cédées, mises en gage ou saisies jusqu'à concurrence de la moitié du terme mensuel dû, pour couvrir:

a) les créances qui compètent aux communes, aux offices sociaux, aux établissements et administrations publiques en remboursement de secours alloués dans la mesure où ces secours concernent les enfants bénéficiaires ou pour rembourser des frais avancés pour l'entretien ou l'éducation des enfants bénéficiaires;

b) une dette de l'attributaire envers une institution de sécurité sociale;

c) les mensualités à verser à titre de remboursement d'un prêt consenti pour la construction ou l'acquisition d'un logement familial, à condition que les enfants bénéficiaires soient héritiers réservataires du débiteur concerné.

L'indemnité de congé parental prévue à l'article 306 ci-avant peut être cédée, mise en gage ou saisie dans les limites fixées par la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes. L. 3.11.16,II,9°

Art. 315. (1) Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. L. 23.7.16

(2) Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.

(3) Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu.

Toute demande de répétition d'un indu par la Caisse doit intervenir au plus tard au terme d'un délai de dix ans commençant à courir à compter de la date à laquelle la somme indue a été versée.

La Caisse peut recourir au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément au Code de procédure civile. Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

(4) Si l'attributaire ou le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution, des poursuites judiciaires peuvent être engagées.

(paragraphes 5 à 7 abrogés) [1)]

Contestations et recours L. 9.8.18,1,34°

1 **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.

2 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.

3 L'opposition visée à l'alinéa 1 vaut audition de l'intéressé.

4 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.

Art. 317 à Art. 318 (articles abrogés) L. 23.7.16

1) Par L. 9.8.18,1,33° les paragraphes 5 à 7 sont supprimés.

Chapitre VII – **Financement** [1)]

Financement de l'allocation familiale

1 **Art. 319**. Pour le paiement des prestations familiales et de l'indemnité de congé parental [2)], la Caisse applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Pour faire face aux charges globales, la Caisse pour l'avenir des enfants dispose des ressources suivantes:

a) des cotisations des employeurs visés à l'article 320;

b) une dotation étatique annuelle couvrant l'excédent des dépenses sur les recettes, fixée par la loi budgétaire; le crédit à inscrire dans la loi budgétaire est non limitatif et sans distinction d'exercice.

2 La participation de l'État est versée par avances mensuelles à la Caisse.

Art. 320. La charge des cotisations incombe à l'employeur pour les personnes occupées moyennant rémunération, autrement que de façon purement occasionnelle, par l'État, les institutions de sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles.

Art. 321. (1) Les cotisations à verser aux termes de l'article 320 sont fixées à 1,7 pour cent des traitements, salaires ou rémunérations.

(2) La détermination de l'assiette cotisable, la fixation des cotisations et leur perception s'opèrent suivant les dispositions légales applicables aux cotisations dues à l'assurance pension. Les cotisations sont recouvrées d'après les modalités et avec les garanties, privilèges et hypothèques applicables aux cotisations dues à l'assurance pension.

(3) La fixation de l'assiette des cotisations notamment pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires peut être précisée par règlement grand-ducal. R. 27.7.16

Art. 322 à Art. 329 (articles abrogés)

Chapitre VIII – **Organisation de la caisse**

1 **Art. 330.** La gestion et le paiement des prestations du présent livre incombent à la Caisse pour l'avenir des enfants, abrégée «CAE».

2 La gestion des demandes d'adhésion au dispositif du chèque-service accueil, introduites conformément aux dispositions de la loi modifiée du 4 juillet 2008 sur la jeunesse, par un requérant qui est travailleur ressortissant d'un État membre de l'Union européenne et qui est employé sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg au sens du règlement (UE) n°492/2011 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2011 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union, incombe à la Caisse pour l'avenir des enfants.

1 **Art. 331.** La Caisse pour l'avenir des enfants est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration.

2 Le conseil d'administration gère la Caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements.

3 Il lui appartient notamment: L. 9.8.18,1,37°,a)

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;

2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;

3) de statuer sur le budget annuel;

4) de statuer au sujet des cotisations et amendes d'ordre, sous réserve des dispositions du livre VI du présent code;

5) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses et sur le bilan;

6) de prendre les décisions concernant le personnel;

7) d'établir son règlement d'ordre intérieur;

8) d'établir un code de conduite.

4 Les décisions visées aux points 3), 5) et 7) [3)] ci-avant sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Famille sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. 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 Caisse pour l'avenir des enfants. L. 23.7.16 L. 9.8.18,1,37°,c)

1 **Art. 332.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président: L. 23.7.16

a) de quatre représentants des syndicats des salariés des secteurs public et privé les plus représentatifs sur le plan national,

---

1) Par L. 9.8.18,1,35°, les termes « des prestations familiales » sont supprimés. Le sous-titre « Financement de l'allocation familiale » est supprimé.

2) Par L. 9.8.18,1,36°, les termes « de l'allocation familiale » sont remplacés par les termes « des prestations familiales et de l'indemnité de congé parental ».

3) Par L. 9.8.18,1,37°,b), les termes « aux points a), b) et c) » sont remplacés par les termes « aux points 3), 5) et 7) ».

b) de trois représentants des chambres professionnelles patronales et

c) d'un représentant des professions libérales.

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

1 **Art. 333.** Le président est un fonctionnaire de l'État 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.

2 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.

3 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 408*bis*. L. 9.8.18,1,38°,a)

4 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. L. 9.8.18,1,38°,b)

Art. 334 à **Art. 346** (abrogés) L. 13.5.08,2,20°

LIVRE V - ASSURANCE DÉPENDANCE

SOMMAIRE

Chapitre I.	-	**Objet de l'assurance**	Art. 347 - 374
		Définition de la dépendance	*Art. 348 - 349*
		Détermination des prestations requises	*Art. 350 - 351*
		Cercle des bénéficiaires	*Art. 352*
		Prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile	*Art. 353 - 356*
		Prise en charge des prestations en milieu stationnaire	*Art. 357 - 361*
		Droit aux prestations	*Art. 362 - 365*
		Réévaluation des besoins de la personne dépendante	*Art. 366*
		Retrait des prestations	*Art. 367*
		Prescription des prestations	*Art. 368*
		Suspension et cessation des prestations	*Art. 369*
		Concours avec d'autres prestations et aides	*Art. 370 - 372*
		Concours de l'assurance et de l'assistance	*Art. 373*
		Concours avec la responsabilité de tiers	*Art. 374*
Chapitre II.	-	**Financement**	Art. 375 - 379
		Système de financement	*Art. 375*
		Contribution dépendance	*Art. 376 - 378*
		Administration du patrimoine	*Art. 379*
Chapitre III.	-	**Organisation**	Art. 380 - 388
		Organisme gestionnaire	*Art. 380 - 382*
		Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance	*Art. 383 - 386*
		Commission consultative	*Art. 387*
		Normes et indicateurs de qualité	*Art. 387bis*
		Action concertée de l'assurance dépendance	*Art. 388*
Chapitre IV.	-	**Relations avec les prestataires d'aides et de soins**	Art. 388bis - 395bis
		Conventions-cadre	*Art. 388bis*
		Prestataires du maintien à domicile	*Art. 389*
		Prestataires en milieu stationnaire	*Art. 390 - 391*
		Agrément	*Art. 392*
		Commission de surveillance	*Art. 393 - 393ter*
		Fournisseurs spécialisés d'aides techniques	*Art. 394*
		Valeurs monétaires	*Art. 395*
		Facteur d'ajustement	*Art. 395bis*

Chapitre I. - **Objet de l'assurance** L. 19.6.98

1 **Art. 347.** L'assurance dépendance a principalement pour objet, dans les limites fixées par le présent livre, la prise en charge par des prestations en nature, des aides et soins à la personne dépendante fournis intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement. L. 23.12.05,3

2 Pour la personne dépendante maintenue intégralement ou partiellement à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature.

Définition de la dépendance L. 29.8.17,1er,1°

1 **Art. 348.** Est considérée comme dépendance au sens du présent livre, l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

2 Les actes essentiels de la vie comprennent:

1) dans le domaine de l'hygiène corporelle: les aides et soins visant à la propreté du corps;
2) dans le domaine de l'élimination: les aides et soins visant à l'évacuation des déchets de l'organisme;
3) dans le domaine de la nutrition: les aides et soins visant à l'assistance pour l'absorption de l'alimentation, l'hydratation et la nutrition entérale;
4) dans le domaine de l'habillement: les aides et soins visant à s'habiller et à se déshabiller;
5) dans le domaine de la mobilité: les aides et soins visant aux changements de position, aux déplacements et aux accès et sorties du logement.

3 L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes.

1 **Art. 349.** Le bénéfice des prestations prévues par le présent livre est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie définis à l'article 348, pour une durée d'au moins trois heures et demie par semaine, telle que définie à l'article 350, paragraphe 2, et si, suivant toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse six mois ou est irréversible. L. 29.8.17,1er,2°

2 Toutefois, en cas de besoin important et régulier dûment constaté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, les adaptations du logement, les aides techniques et la formation y relative peuvent être allouées sans égard au seuil défini ci-dessus si, suivant toute probabilité, la maladie ou la déficience dépasse six mois ou est irréversible.

3 Les prestations à charge de l'assurance dépendance assurent des aides et soins à la personne dépendante prodigués conformément aux bonnes pratiques en la matière.

4 Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont accordées dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire.

5 Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.

Détermination des prestations requises L. 23.12.05,6

Art. 350. (1) Sont évalués, dans une approche multidisciplinaire, sur base d'un rapport médical du médecin traitant, d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, d'un référentiel des aides et soins et du relevé des aides techniques, les besoins du demandeur en: L. 29.8.17,1er,3°

- aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, tels que définis à l'article 348;
- aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance. Ces activités ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes;
- aides techniques.

(2) Suite à l'évaluation, les aides et soins et leur fréquence sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée forfaitaire pour les différentes prestations du référentiel visé au paragraphe 1er.

Pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les modalités de la détermination de la dépendance chez l'enfant sont fixées par règlement grand-ducal. R. 21.12.06

(3) Sur base de la détermination des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie faite par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu du paragraphe 2, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants:

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1.050 minutes.
- Niveau 7 de 1.051 à 1.190 minutes.
- Niveau 8 de 1.191 à 1.330 minutes.
- Niveau 9 de 1.331 à 1.470 minutes.
- Niveau 10 de 1.471 à 1.610 minutes.
- Niveau 11 de 1.611 à 1.750 minutes.
- Niveau 12 de 1.751 à 1.890 minutes.
- Niveau 13 de 1.891 à 2.030 minutes.
- Niveau 14 de 2.031 à 2.170 minutes.
- Niveau 15 supérieur ou égal à 2.171 minutes.

Pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins, les aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance sont pris en charge en vertu des articles 353, paragraphe 1er, alinéa 3 et 357, alinéa 3 suivant la détermination faite par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance conformément au paragraphe 2.

(4) Dans le cadre d'une prise en charge en milieu stationnaire, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2, le besoin en activités d'accompagnement. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin d'encadrement prolongé est retenu.

Ces activités d'accompagnement consistent en un encadrement durant la journée d'une personne ne pouvant rester seule de façon prolongée. Elles ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante et visent à éviter un isolement social nuisible.

(5) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2, les besoins en activités de gardes soit individuelles soit en groupe. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin constant de surveillance et d'encadrement est retenu.

Ces activités de garde ont pour objectif d'assurer la sécurité de la personne dépendante, d'éviter son isolement social nuisible et d'assurer le répit de l'aidant.

(6) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1er et détermine selon le paragraphe 2 les besoins du demandeur en:

- activités d'assistance à l'entretien du ménage, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins;
- matériel d'incontinence, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins;
- adaptations de son logement;
- formations pour les aides techniques.

(7) Dans le cadre d'un maintien à domicile, le demandeur déclare au moyen d'une fiche de renseignements la présence d'un aidant à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'aidant est une tierce personne qui fournit intégralement ou partiellement les aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors des prestataires visés aux articles 389 à 391.

L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue les capacités et les disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, ainsi que ses besoins d'encadrement et de formation. Cette évaluation se fait sur base de l'outil d'évaluation et de détermination et du référentiel visés au paragraphe 1er, d'une fiche de renseignements dûment complétée et signée par l'aidant et d'un entretien individuel avec l'aidant. L'évaluation permet d'apprécier les disponibilités de l'aidant compte tenu de sa situation professionnelle, de ses charges familiales, de la proximité géographique de son domicile par rapport à celui du demandeur, d'évaluer ses aptitudes psychiques et physiques, ainsi que les possibilités de répit dont il dispose en dehors de la prise en charge par l'assurance dépendance. Une tierce personne ne peut pas être retenue comme aidant si elle se voit attribuer un des niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins visés à l'article 350, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale à titre personnel.

(8) Suite à l'évaluation du demandeur et de l'aidant, le cas échéant, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une synthèse de prise en charge détaillant les prestations requises conformément aux paragraphes 1 à 6.

Si, dans le cadre du maintien à domicile, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance retient que les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont intégralement ou partiellement fournis par un aidant visé au paragraphe 7, elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires visés aux articles 389 et 391. Cette répartition reste valable jusqu'à une nouvelle synthèse établie suite à une réévaluation faite en vertu de l'article 366.

La répartition de l'exécution des prestations requises prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins requis constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Si cette indisponibilité de l'aidant est temporaire, les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux article 389 à 391, sans que la synthèse de prise en charge ne soit modifiée.

(9) Un règlement grand-ducal définit l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et établit un formulaire type pour la synthèse de prise en charge visée au paragraphe 8, la Commission consultative prévue à l'article 387 demandée en son avis. Le même règlement grand-ducal peut encore définir pour différentes pathologies et situations cliniques de manière forfaitaire le temps requis. R. 18.12.98

(10) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux prestations prévues par le présent livre, à l'exception des adaptations de son logement visées à l'article 356, paragraphe 2.

Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins. Les autres prestations auxquelles a droit la personne bénéficiaire de soins palliatifs sont prises en charge dans les limites prévues aux articles 353, 357 et 358. Le règlement grand-ducal visé à l'article 356, paragraphes 1er et 3[1)] définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques sont prises en charge pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs. R. 22.12.06

Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal. R. 28.4.09

1 **Art. 351.** Les décisions individuelles relatives aux prestations accordées, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces et celles portant refus d'une prestation, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur avis de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L. 23.12.05,7

2 En cas de rejet d'une demande de prise en charge des prestations prévues par le présent livre au motif que le seuil fixé à l'article 349, paragraphe 1er n'est pas atteint, une nouvelle demande n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. À défaut de ce rapport médical, la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours. L. 29.8.17,1er,4°

3 Les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. [2)] L. 16.3.09,10,10

Cercle des bénéficiaires L. 19.6.98

1 **Art. 352.** Le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du présent code.

2 Cependant, pour les personnes ayant contracté une assurance facultative en application de l'article 2 alinéa 2 du présent code le bénéfice n'est ouvert qu'après un stage d'assurance d'une année. L. 29.8.17,1er,5°,a)

3 L'article 18 du présent code est applicable. L. 29.8.17,1er,5°,b)

Prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile L. 29.8.17,1er,6°

Art. 353. (1) Les prestations en nature en cas de maintien à domicile dans les domaines des actes essentiels de la vie sont prises en charge intégralement suivant les besoins en aides et soins arrêtés dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. Le

---

1) Il y a lieu de lire « paragraphes 2 et 3 ».

*2) Dérogé par **15.4.2020,1er** : Par dérogation à l'article 351, alinéa final et l'article 419, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont, pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, prises par le seul organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. (JO, Mém. A 285 du 15 avril 2020)*

prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie apportés par les prestataires visés à l'article 389 correspond à un des forfaits suivants:

- Forfait 0 de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine.
- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

(2) L'activité de garde individuelle au domicile de la personne dépendante est prise en charge pour une durée maximale de sept heures par semaine pour garde de jour. Cette durée peut être portée à quatorze heures par semaine dans les cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, sans que la durée de la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance et de l'activité de garde individuelle ne puisse dépasser quatorze heures par semaine. L'activité peut être partiellement prestée en groupe en centre semi-stationnaire jusqu'à hauteur de 50 pour cent de la durée maximale annuelle non augmentée, le quart de la durée prestée en groupe étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale. L. 10.8.18,2,6°,a)

L'activité de garde en groupe en centre semi-stationnaire est prise en charge pour une durée maximale de quarante heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'activités d'appui à l'indépendance prestées par semaine. Cette durée peut être portée à cinquante-six heures par semaine dans le cas de besoin d'un encadrement spécifique et personnalisé de la personne dépendante nécessitant une surveillance soutenue. L'activité peut être partiellement prestée de façon individuelle au domicile jusqu'à hauteur de 50 pour cent de la durée maximale annuelle non augmentée ou en déplacement à l'extérieur jusqu'à hauteur de quatre heures par semaine, le quadruple de la durée prestée en individuel étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale. L. 29.8.17,1er,6° L. 10.8.18,2,6°,b)

Si la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 retient la prise en charge d'une activité de garde individuelle ou en groupe de jour, la personne dépendante peut demander en outre la prise en charge d'une activité de garde individuelle à son domicile de nuit, à raison de 10 nuits par an, en cas d'absence momentanée de l'aidant figurant dans la synthèse de prise en charge ou en cas de certificat médical attestant un changement fondamental de l'état de santé de la personne dépendante justifiant une telle garde de nuit. L. 29.8.17,1er,6°

(3) La formation à l'aidant vise à conseiller et à rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides et soins à fournir à la personne dépendante dans les domaines des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Cette formation peut être prise en charge à raison de maximum six heures par an.

(4) Les activités d'assistance à l'entretien du ménage de la personne dépendante visées à l'article 350, paragraphe 6, sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de trois heures par semaine.

1 **Art. 354.** Sur base de la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en vertu de l'article 350, paragraphe 8, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 peuvent être remplacées par une prestation en espèces correspondant à l'un des forfaits suivants: L. 29.8.17,1er,7°

- Forfait 1 de 12,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure moins de 61 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 37,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 61 et 120 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 62,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 121 et 180 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 87,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 181 et 240 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 112,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 241 et 300 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 137,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 301 et 360 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 162,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 361 et 420 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 187,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 421 et 480 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 212,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 481 et 540 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 262,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure 541 minutes par semaine ou plus.

2 Ce remplacement prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins selon la synthèse de prise en charge constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

3 Pour les enfants visés à l'article 350, paragraphe 2, alinéa 2 la durée des prestations réalisées par l'aidant est affectée en outre d'un coefficient d'adaptation tenant compte des besoins supplémentaires par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les coefficients d'adaptation et les modalités d'application de la présente disposition sont déterminés par règlement grand-ducal. R. 21.12.06

4 Les prestations en espèces ne sont pas soumises aux charges sociales et fiscales. L'article 441, à l'exclusion de l'alinéa 3, est applicable.

5 La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs.

1 **Art. 355.** À la demande de la personne dépendante, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension de l'aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7, ne bénéficiant pas d'une pension personnelle, permettant de couvrir ou de compléter les périodes pendant lesquelles l'aidant assure, d'après la synthèse de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile. L. 29.8.17,1er,8°

2 La prise en charge des cotisations pour l'assurance pension se fait au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Art. 356. (1) La personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile, sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, à la prise en charge: L. 29.8.17,1er,9°

- des adaptations de son logement ;
- des aides techniques et de la formation y relative ;
- du matériel d'incontinence.

(2) Des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement.

Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et selon les modalités et limites à fixer par règlement grand-ducal. Ce règlement peut également prévoir en lieu et place de l'adaptation du logement les modalités et les limites d'une prise en charge du coût R. 22.12.06

supplémentaire engendré par le déménagement dans un logement adapté à l'état de dépendance de l'ayant droit.

(3) Des aides techniques peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillage, des activités d'assistance à l'entretien du ménage et de la communication verbale ou écrite.

La prise en charge des aides techniques peut répondre également aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs.

La mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins.

Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont inscrites sur une liste proposée par la Commission consultative et arrêtée par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal détermine les limites, les conditions et les modalités de l'intervention de l'assurance dépendance. Il détermine en outre les termes pour le renouvellement périodique des aides techniques et la charge des frais d'entretien et de réparation des aides techniques. R. 22.12.06

Les aides techniques sont mises à disposition aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance sur base d'une location conformément aux conditions et modalités déterminées à l'article 394.

Si une location n'est pas possible ou indiquée, l'assurance dépendance accorde une subvention financière à la personne dépendante pour lui permettre l'acquisition des aides techniques répondant à ses besoins spécifiques.

Lorsque l'aide technique peut compenser le même besoin que l'adaptation du logement, le droit à l'aide technique est prioritaire.

La mise à disposition ou l'acquisition sont faites à la suite d'un avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance qui détermine le type d'aide technique ainsi que la formation s'y rapportant. Cette formation, destinée au bénéficiaire et à son aidant, selon l'article 350, paragraphe 7, peut être prise en charge à raison d'un total de deux heures par an.

(4) Un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois est accordé en cas d'utilisation du matériel d'incontinence fixé par règlement grand-ducal. Le montant correspondant au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Prise en charge des prestations en milieu stationnaire L. 29.8.17,1er,10°

1 **Art. 357.** Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants :

- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.

- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

2 Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

3 Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

4 L'activité d'accompagnement de la personne dépendante dans un établissement à séjour continu est prise en charge suivant un forfait correspondant à quatre heures par semaine. Ce forfait peut être porté à dix heures par semaine dans le cas de besoin d'un encadrement spécifique et personnalisé de la personne dépendante nécessitant une surveillance soutenue. L. 10.8.18,2,7°

5 Un règlement grand-ducal définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques et le matériel d'incontinence sont pris en charge pour les personnes dépendantes hébergées dans un établissement d'aides et de soins. L. 29.8.17,1er,10° R. 22.12.06

1 **Art. 358.** Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, elle a droit aux prestations visées à l'article 357 pour les périodes de séjour dans cet établissement et aux prestations visées aux articles 353 à 356 pour les périodes de séjour à domicile. L. 23.12.05,12

2 Lorsque la personne dépendante se trouve dans un établissement dont le financement incombe au budget de l'État, elle a toutefois droit, pour les périodes de séjour à domicile, aux prestations visées aux articles 353 à 356, sans préjudice des dispositions de l'article 371.

3 (alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,11°

Art. 359. Si à la suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8, les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15. L. 29.8.17,1er,12°

Art. 360. (article abrogé) L. 23.12.05,13

Art. 361. (article abrogé) L. 29.8.17,1er,13°

Droit aux prestations

1 **Art. 362.** Les prestations prévues par le présent livre sont dues au plus tôt à partir du jour de la présentation de la demande comprenant le formulaire de demande accompagné, le cas échéant, par la fiche de renseignements relatifs à l'aidant et le rapport du médecin traitant dûment remplis. L. 29.8.17,1er,14°

2 Les prestations peuvent être accordées pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

3 Pour la période précédant la date de la décision visée à l'article 351, les personnes dépendantes ayant eu recours aux services des réseaux d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 ou 391 ont droit aux prestations en nature au sens des articles 353, 357 ou 358 en fonction des prestations requises sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

4 En cas de décès de la personne protégée avant la date de la décision visée à l'article 351, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge en fonction des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

5 En cas de décès de la personne protégée avant que l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ait pu procéder à une évaluation, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge suivant un forfait de sept cent quatre-vingt minutes par semaine.

Art. 363. Les prestations en nature prévues par le présent livre sont accordées sous forme de prise en charge directe par l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, le prestataire n'ayant d'action contre la personne protégée que pour la partie dépassant la prise en charge de l'assurance. L. 19.6.98

Art. 364. Les prestations prévues par le présent livre sont dues par jour, chaque jour représentant un septième de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. L. 29.8.17,1er,15°

1 **Art. 365.** Les prestations en espèces sont payées après le terme échu. L. 29.8.17,1er,15°bis

2 Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie.

3 Le paiement de la prestation en espèces prend fin le jour de la décision de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance suite au constat de l'indisponibilité de l'aidant. Si cette indisponibilité constatée est temporaire, le paiement de la prestation en espèces est

suspendu pendant les périodes où les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391.

4 Le paiement se fait par virement postal ou bancaire sur le compte du bénéficiaire ou, en cas d'enfant mineur, d'une personne placée sous tutelle ou sous curatelle, sur le compte de la personne légalement autorisée. Les frais sont à charge du bénéficiaire.

Réévaluation des besoins de la personne dépendante L. 29.8.17,1er,16°

Art. 366. (1) À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante [1)] visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes:

1) lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge;
2) lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge;
3) lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission;
4) lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante;
5) lorsque l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

À la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visés à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

(2) La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance révise et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant.

Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge.

(3) La décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

(4) Sans préjudice des dispositions de l'article 367, la décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée.

Retrait des prestations L. 19.6.98

1 **Art. 367.** Toute prestation d'assurance dépendance est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

2 Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée. L. 23.12.05,18,1°

---

*1) **L. 29.8.17,7:***
Pour les bénéficiaires de l'assurance dépendance au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, le point de départ des délais visés à l'article 366, alinéa 1 correspond à la notification de la décision définitive de prise en charge en vertu de l'article 351 dont la date est antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

3 La restitution des prestations est obligatoire, si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après attribution. L. 19.6.98

4 La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé ait [1] été entendu soit verbalement, soit par écrit.

5 Les prestations en espèces sont retirées ou réduites s'il appert d'un avis [2] de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance qu'elles ne sont pas employées aux fins spécifiées à l'alinéa 1 de l'article 354 sans préjudice d'une augmentation correspondante des prestations en nature.

6 Pour toutes les décisions de retrait, de réduction ou de suppression des prestations de l'assurance dépendance, l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance doit être demandé.

Prescription des prestations

1 **Art. 368.** L'action des prestataires d'aides et de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus.

2 L'action des assurés à l'égard de l'assurance se prescrit dans le même délai à compter de l'ouverture du droit.

Suspension et cessation des prestations

1 **Art. 369.** Les prestations en nature sont suspendues pendant un séjour à l'hôpital au sens de l'article 60, alinéa 2. Le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédant l'hospitalisation est maintenu pendant les trois semaines qui suivent cette admission. Toutefois, en cas de séjours successifs, le maintien du droit aux prestations en espèces ne peut dépasser vingt et un jours par année. L. 23.12.05,19

2 Par dérogation à l'alinéa 1er, la personne dépendante prise en charge par un centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation au sens de l'article 1er, alinéa 1er, point b), de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers [3], peut bénéficier des prestations en nature nécessaires au maintien à domicile pour le temps passé en dehors de ce centre à charge de l'assurance dépendance. Les prestations sont accordées suite à un avis de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Concours avec d'autres prestations et aides

Art. 370. Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues au titre de l'assurance maladie. Cependant lorsqu'un droit à la prise en charge d'aides techniques [4] est ouvert au titre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire. L.19.6.98

Art. 371. Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues par l'assurance accident, la législation sur les dommages de guerre, la législation relative aux personnes handicapées et la législation relative à l'éducation différenciée. L. 23.12.05,21

Art. 372. Les aides prévues par l'article 13 de la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement [5] sont suspendues jusqu'à concurrence de la prise en charge des adaptations du logement prévue à l'article 356. L. 19.6.98

Concours de l'assurance et de l'assistance

1 **Art. 373.** Le présent livre ne modifie ni les obligations légales de l'État, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en vertu du présent livre ou de leurs survivants.

2 Toutefois, l'État, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance dépendance, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites des prestations prévues par le présent livre.

3 L'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance est tenu d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par le présent livre.

---

1) Par L. 29.8.17,1er,17° le terme « aura » est remplacé par le terme « ait ».

2) Le terme « motivé » *a été supprimé par L. 23.12.05,18,2°*

3) Abrogé par L. 8.3.18,58.

4) Le terme « appareils » *a été remplacé par les termes* « aides techniques » *par L. 23.12.05,20.*

5) Par L. 29.8.17,1er,18° les termes « l'article 13 de la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement » sont remplacés par les termes « l'article 13 de la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement ».

Concours avec la responsabilité de tiers

1 **Art. 374.** Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance dépendance.

2 L'alinéa 1er ne s'applique pas à la réparation de dommages causés par des faits dommageables survenus avant le 1er janvier 1999. L. 23.12.05,22

Chapitre II. - **Financement** L. 19.6.98

Système de financement

1 **Art. 375**. Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent[1)] du montant annuel des dépenses courantes.

2 En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées:

1) par une contribution de l'État [2)] à raison de quarante pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve; L. 16.12.11,37

2) par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe « électricité » imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à vingt-cinq mille kWh [3)], à charge du secteur de l'énergie électrique, qui est affectée au financement de l'assurance dépendance; [4)] L. 24.7.00,30

3) pour le restant par une contribution dépendance déterminée conformément aux dispositions des articles 377 et suivants. L. 19.6.98

3 En ce qui concerne la contribution visée à l'alinéa 2 sous 1), l'État verse mensuellement des avances.

Contribution dépendance

1 **Art. 376.** L'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que les revenus du patrimoine.

2 Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4 pour cent. L. 22.12.06,33,2°

1 **Art. 377.** La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, point 14. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'État pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 13) et 15) de l'article 1er, alinéa 1 dans les conditions prévues à l'article 32. L. 9.8.18,1,39° L. 9.5.12,2,3.

2 Pour les personnes assurées en vertu des numéros 1) à 3), 7) à 12), 16, 18) et 20) [5)] de l'article 1er, l'employeur ou l'institution débitrice effectue la retenue afférente sur la rémunération ou le revenu de remplacement. A défaut d'opérer la retenue, il en devient débiteur pur et simple du montant redu. L. 19.6.98

3 La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue à l'article 33 [6)], mais sans application du minimum et du maximum inscrit à l'article 39.

4 Pour les personnes visées à l'article 1er sous 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) [7)] l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Un règlement grand-ducal fixe les modalités particulières de l'abattement en cas de travail à temps partiel, d'occupation ne couvrant pas un mois de calendrier entier, d'occupations multiples, de concours de plusieurs pensions et de concours de pension avec une occupation professionnelle. R. 23.12.16

---

1) *Les termes* « ni supérieure à vingt pour cent » *ont été supprimés par L. 23.12.05,23.*

2) ***L. 16.12.11,38: Mesures en matière d'assurance dépendance: Fixation, en 2012, de la contribution de l'État***
Par dérogation à l'article 375, alinéa 2, point 1 du Code de la sécurité sociale la contribution de l'État est fixée pour l'exercice 2012 à trente-cinq pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve.

3) *Par L. 29.8.17,1er,19° les termes « 1 million de kWh » sont remplacés par les termes « vingt-cinq mille kWh »*

4) ***L. 22.12.06,10,(2):***
Le produit de la taxe « électricité *» à charge du secteur de l'énergie électrique affectée au financement de l'assurance dépendance en application de l'article 375 du Code des assurances sociales est imputé au budget des recettes et dépenses pour ordre.*

5) *Par L. 7.8.15,4,1° le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1er est remplacé par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er.*

6) *Par L. 7.8.15,4,1° le renvoi à l'article 38 est remplacé par un renvoi à l'article 33.*

7) *Par L. 7.8.15,4,1° le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1er est remplacé par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er.*

5 Elle est établie et perçue par le Centre commun de la sécurité sociale suivant les dispositions prévues aux articles 42 et 425 à 435, 445 et 447 [1].

1 **Art. 378.** La contribution dépendance sur les revenus du patrimoine à charge des contribuables résidents en vertu de l'article 2 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est déterminée à raison des revenus nets visés aux numéros 6 à 8 de l'article 10 de la même loi. Le revenu net pour chacune des catégories énumérées est à prendre en considération seulement lorsque son montant est positif.

2 L'établissement et la perception pour le compte de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine incombe à l'administration des contributions directes. Il en est de même de la contribution dépendance à prélever sur base du revenu net résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi prévisée à l'exception des prestations versées par un régime complémentaire de pension dans le cadre de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension et[2] des pensions personnelles ou de survie servies en vertu du livre III du présent code ou de la législation et de la réglementation sur les pensions d'un régime statutaire.

3 [3] Les contribuables résidents ne sont redevables de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine et sur les revenus nets résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, que s'ils relèvent du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance, tel que défini à l'article 352 du présent code. L. 21.12.01,4

4 [3] La contribution dépendance sur les revenus du patrimoine ne dépassant pas vingt-quatre virgule soixante-dix-neuf euros (24,79 €) par an est considérée comme nulle. L. 19.6.98

5 [3] La contribution dépendance n'est pas à considérer comme impôt sur le revenu et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales prévus dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

6 [3] Toutefois les voies de recours en matière d'impôts directs s'appliquent à l'encontre des bases d'imposition des bulletins d'impôt servant au calcul de la contribution dépendance au sens du présent article.

7 [3] La perception et le recouvrement de la contribution dépendance au sens du présent article s'opèrent et se poursuivent dans les mêmes formes et avec les mêmes privilège et hypothèque légale que ceux des contributions directes.

8 [3] Le produit de la contribution dépendance au sens du présent article ainsi que son affectation à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est imputé sur le budget des recettes et des dépenses pour ordre de l'État.

9 [3] Un règlement grand-ducal peut régler l'exécution pratique des dispositions du présent article.

Administration du patrimoine

1 **Art. 379.** La réserve visée à l'article 375 est placée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance à court et à moyen terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agrées à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 23.12.16,43

2 L'organisme gestionnaire ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. L. 19.6.98

---

1) Par L. 7.8.15,4,1° le renvoi aux articles 329 à 340 est remplacé par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.

2) Les mots « des prestations versées par un régime complémentaire de pension dans le cadre de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension et » *ont été ajoutés par L. 23.12.05,23.*

3) Alinéas renumérotés par L. 21.12.01,4.

Chapitre III. - **Organisation**

Organisme gestionnaire

Art. 380. La gestion de l'assurance dépendance incombe à [1] la Caisse nationale de santé.[2] L. 13.5.08,2,21°

1 **Art. 381.** L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. L. 9.8.18,1,41°,a)

2 Dans le cadre de l'assurance dépendance, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a pour mission: L. 9.8.18,1,41°,b)

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;

2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;

3) de statuer sur le budget annuel; R. 19.12.08

4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance dépendance; R. 19.12.08

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.

3 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. L. 9.8.18,1,41°,c)

4 [3] 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). L. 13.5.08,2,21°

5 [3] Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix.

6 [3] 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.

7 [3] Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix. R. 7.1.09

8 [3] Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. L. 29.8.17,1er,20°

9 Conformément à l'article 47, alinéa 5, 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*. L. 9.8.18,1,41°,d)

1 **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. L. 9.8.18,1,42°

2 Les demandes en obtention de prestations et les oppositions formées à la suite d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué sont régulièrement L. 13.5.08,2,21°

---

1) Par L. 9.8.18,1,40°, les termes « est assumée par » sont remplacés par les termes « incombe à ».

*2) **L. 23.12.16,44: Mesures en matière d'assurance dépendance: réforme de l'assurance dépendance***
L'État verse à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance visé à l'article 380 du Code de la sécurité sociale, pendant les années 2016 à 2018, un montant global maximal de trente millions d'euros que ledit organisme alloue aux prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale à titre de compensation exceptionnelle et transitoire de découverts de fonctionnement pour les exercices 2015 à 2018 résultant de la mise en œuvre des mesures contenues dans le paquet d'avenir. Les conditions et modalités d'application de cette mesure de compensation sont déterminées dans la convention-cadre visée à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale (Mém. A 305 du 28 décembre 2016, p. 6370) liant l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance au groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins.
L. 26.4.19,35: Mesures en matière d'assurance dépendance: compensation exceptionnelle de découverts
L'État verse à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance visé à l'article 380 du Code de la sécurité sociale au cours de l'année 2019 un montant maximal de 8 000 000 euros que ledit organisme alloue aux prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale à titre de compensation exceptionnelle de découverts de fonctionnement pour l'exercice 2017 résultant de nouvelles définitions des critères d'évaluation. Les conditions et modalités d'application de cette mesure de compensation sont déterminées dans la convention-cadre visée à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale liant l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance au groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins.

3) Alinéas renumérotés par L. 9.8.18,1,41°,c).

posées si elles émanent du demandeur lui-même, de son représentant légal, de son partenaire ou d'une des personnes énumérées à l'article 106 du Nouveau Code de procédure civile comme ayant qualité de représenter le demandeur à l'audience des justices de paix. Le représentant, s'il n'est avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

3 Les prérogatives visées à l'alinéa précédent peuvent être également exercées par les délégués des organisations professionnelles ou syndicales dûment mandatés, visés à l'article 2 de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat.

4 Les demandes en obtention de prestations sont encore régulièrement posées si sur le formulaire de demande dûment complété, le médecin traitant du demandeur certifie une incapacité d'agir de ce dernier et si le médecin certifie avoir procédé à la déclaration visée à l'article 491-1 du Code civil.

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

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

7 Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code. L. 29.8.17,1er,21°

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance L. 29.8.17,1er,22°

Art. 383. Il est créé une administration de l'État dénommée «Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance», placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et qui a, dans le cadre des prestations de l'assurance dépendance, des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil telles que précisées aux articles 384 à 384ter.

Art. 384. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance émet les avis prévus par le présent livre, détermine les aides et soins que requiert la personne dépendante et établit la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. L. 29.8.17,1er,23°

1 Art. 384bis. Tous les deux ans, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance: L. 29.8.17,1er,24°

- contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante;
- contrôle la qualité des prestations fournies à la personne dépendante compte tenu des indicateurs visés à l'article 387bis, au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante.

2 L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

1 **Art. 384ter.** L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance informe et conseille les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, y compris l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prise en charge des personnes dépendantes. L. 29.8.17,1er, 25°

2 Elle conseille l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et les départements ministériels chargés du financement et de l'agrément des services et les établissements d'aides et de soins en vue de l'adaptation des structures aux besoins de la population dépendante.

3 Elle fournit des expertises à la demande d'autres services publics.

Art. 385. Les avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance à portée individuelle s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance a été contredit par l'expert chargé par le Conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel. L. 29.8.17,1er,26°

1 [1)] **Art. 386.** L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance exerce ses missions en prenant des renseignements et en procédant à une évaluation au lieu de vie habituel des personnes demandant les prestations prévues à l'article 347, et de leur aidant le cas échéant. En tenant compte de l'état de la personne dépendante, l'évaluation peut avoir lieu dans les salles d'examen dont dispose l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L. 29.8.17.1er,27°,b)

---

1) Alinéas renumérotés par L. 29.8.17,1er,27°,a).

2 [1] Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut, dans l'exercice de ses missions et muni des pièces justificatives de ses fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité les aides et soins, les aides techniques et les adaptations du logement prévus par le présent livre ou à l'établissement qui les héberge, afin de procéder aux constatations nécessaires en vue de l'octroi, du maintien ou du retrait des prestations. Les visites à domicile ou dans l'établissement ne peuvent avoir lieu qu'entre six heures et demie et vingt heures. — L. 23.12.05,27,1°

3 [1] Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut se faire présenter par les prestataires d'aides et de soins la documentation d'aides et de soins relative aux personnes dépendantes. — L. 23.12.05,27,2°

4 [1] Le personnel de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ne peut profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en sa faveur par une personne pendant la période où elle a touché des prestations de l'assurance dépendance, sauf dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement. — L. 19.6.98

5 [1] Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations et organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir à l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'exercice des missions lui confiées [2].

6 [1] L' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions pour autant que ces services n'ont pas conclu un contrat d'aides et de soins avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance en vertu des articles 388bis à 391[3].

Commission consultative

1 **Art. 387.**[4] Il est institué une commission consultative qui se compose des membres suivants:

- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale; — L. 23.12.05,28,1°
- de deux membres représentant l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance; — L. 23.12.05,28,2°
- de deux membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille; — L. 19.6.98
- du président de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de son délégué;
- de deux membres désignés par et parmi les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4 [5];
- de deux membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391; — L. 29.8.17,1er,28°,b)
- de deux membres désignés respectivement par le conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées. — L. 19.6.98

2 Le délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale assure les fonctions de président de la commission. — L. 23.12.05,28,3°

3 [6] Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant. La commission peut s'adjoindre des experts. — L. 29.8.17,1er,28°,c)

4 [6] La Commission consultative peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions prévues aux articles 350, paragraphe 9, 356, paragraphe 3, alinéa 4 et 387bis. Elle peut être saisie également par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, ou encore le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391. — L. 29.8.17,1er,28°,d)

5 [6] Le fonctionnement et la désignation des membres et membres suppléants de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal qui peut prévoir l'institution de sous-commissions. — L. 23.12.05,28,5° — R. 25.6.98

6 [6] En cas de partage des votes au sein de la commission ou d'une sous-commission, la voix du président prévaut. — L. 23.12.05.28,6°

7 [6] Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'État. — L. 19.6.98

---

1) Alinéas renumérotés par L. 29.8.17,1er,27°,a).

2) Par L. 29.8.17,1er,27°,d) les termes « en vertu de l'article 385 » sont supprimés.

3) Les termes « 389 à 393 » *sont remplacés par les termes* « 388bis à 391 » *par L. 23.12.05,27,5° et 28,4°.*

*4) **L. 29.8.17,8:***
En attendant la constitution de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission consultative en fonction au 31 décembre 2017.

5) Par L. 29.8.17,1er,28°,a) la référence à l'article 48 est remplacée par une référence à l'article 46.

6) Alinéas renumérotés par L. 23.12.05,28,3°.

Normes et indicateurs de qualité L. 29.8.17,1er,29°

Art. 387bis. (1) Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 dans le respect des normes concernant la qualification et la dotation du personnel, et suivant des coefficients de qualification du personnel et d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal, la Commission consultative demandée en son avis. R. 13.12.17

Les normes concernant la qualification du personnel fixent les qualifications minimales requises par les professionnels pour la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont fixées en tenant compte des compétences professionnelles minimales nécessaires pour exécuter les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'accompagnement, les activités de gardes, les activités de formation de l'aidant, ainsi que les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Les normes de dotation du personnel fixent la combinaison des professionnels intervenant dans la réalisation des prestations à charge de l'assurance dépendance. Elles sont fixées pour chaque type de prestation énuméré à l'alinéa 2 et chaque catégorie de prestataire visé aux articles 389, 390 et 391. Elles tiennent compte des qualifications minimales requises et des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Les coefficients de qualification du personnel résultent des normes de dotation et sont fixées en tenant compte des revenus des professionnels suivant les compétences professionnelles nécessaires pour exécuter pour chaque type de prestation énuméré à l'alinéa 2.

Les coefficients d'encadrement du groupe déterminent pour les activités d'appui à l'indépendance et les activités de garde en groupe, l'encadrement moyen annuel du groupe nécessaire pour atteindre l'objectif de ces activités, en assurant la sécurité des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, et en tenant compte des dispositions de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

(2) Les dispositions organisant les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 sont fixées par règlement grand-ducal. La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives relatives à la personne dépendante prise en charge, les informations relatives aux soins et à la prise en charge thérapeutique, les indications concernant l'admission en établissement d'aides et de soins ou le début de la prise en charge par un réseau d'aides et de soins, ainsi que la documentation renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante.

La documentation par le prestataire d'aides et de soins comporte une semaine-type de prise en charge, qui se distingue de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. La documentation de la semaine-type, régulièrement tenue à jour, renseigne des aides et soins, de l'accompagnement et de l'encadrement réguliers et quotidiens de la personne dépendante. De la documentation de la semaine-type résulte la mise à jour régulière d'une fiche de transfert, comportant les données nécessaires pour assurer la sécurité, la continuité des aides et soins, ainsi que leur coordination. Le contenu de la semaine-type et de la fiche de transfert sont définis par règlement grand-ducal. R. 13.12.17

Toute personne consultant ou mettant à jour les données recueillies doit être identifiable à tout moment.

Ce règlement grand-ducal détermine par ailleurs les modalités du contrôle de la qualité des prestations fournies visé à l'article 384bis, paragraphe 1er, alinéa 1, 2ième tiret, ainsi que le contenu des indicateurs de qualité de la prise en charge. Les indicateurs permettent à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante et correspondent, auprès des prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391, à un recensement du nombre de personnes dépendantes présentant une escarre, des personnes dépendantes pour lesquelles l'évaluation de la douleur est réalisée, de la prévalence de chutes et de leur récidive chez les personnes dépendantes, du suivi nutritionnel des personnes dépendantes, du mécanisme formalisé de gestion des plaintes, et du contenu de la documentation.

Action concertée de l'assurance dépendance L. 19.6.98

Art. 388. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque périodiquement un comité qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, les organisations oeuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit. Ce comité a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes. A cet effet il peut réaliser ou faire réaliser des études. Des experts peuvent être adjoints à ce comité.

Chapitre IV. - **Relations avec les prestataires d'aides et de soins** L. 23.12.05,30

Conventions-cadre L. 29.8.17,1er,30°

1 **Art. 388bis.** Les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins visés aux articles ci-après, sont définis par des conventions-cadre.[1)]

2 Ces conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.[2)]

3 Les conventions déterminent obligatoirement:

1) l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité; L. 29.8.17,1er,30°,b)

2) les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel visées à l'article 387bis; L. 29.8.17,1er,30°,c)

3) l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année; L. 23.12.05,30

4) les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification; L. 29.8.17,1er,30°,d)

5) les conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante et le prestataire adhèrent au contrat de prise en charge et peuvent y mettre fin; L. 23.12.05,30

6) l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance; L. 19.12.08,40,(2)

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. L. 28.12.05,30

4 Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues à l'alinéa 1er, points 1 et 3, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge.

5 Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations pour leur renouvellement total ou partiel sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg à l'initiative de la Caisse nationale de santé. L. 29.8.17,1er,30°,e)

6 L'article 62 du présent code est applicable. L. 29.8.17,1er,30°,f)

7 Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Le contrat d'aides et de soins précise le cercle de personnes prises en charge par le prestataire, ainsi que, pour les prestataires visés à l'article 389, la délimitation géographique de ses activités, qui ne peut être inférieure à celle correspondant au territoire d'une circonscription électorale [3)]. L. 23.12.05,30

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

---

1) Convention-cadre du 29 avril 2020 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins (JO, Mém. A 674 du 10 août 2020), amendée le 11 novembre 2020 (JO, Mém. A 23 du 14 janvier 2021).

Ancienne convention-cadre abrogée par la convention-cadre du 29 avril 2020 : Convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l. ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins. (JO, Mém, A 1124 du 28 décembre 2017).

Ancienne convention-cadre abrogée par la convention-cadre du 15 décembre 2017: Convention-cadre du 8 janvier 2010 signée entre la Caisse nationale de santé et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins ayant pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins (Mém. A 42 du 17 mars 2010, p. 644), amendée le 24 novembre 2011 (Mém. A 253 du 14 décembre 2011, p. 4264), le 16 décembre 2016 (Mém. A 305 du 28 décembre 2016, p. 6370).

2) Par L. 29.8.17,1er,30°,a) la phrase « L'article 62, alinéa 2 du présent Code est applicable » est supprimée.

3) Par L. 29.8.17,1er,30°,g) les mots « d'une commune » sont remplacés par les mots « d'une circonscription électorale ».

Prestataires du maintien à domicile L. 29.8.17,1er,31°

Art. 389. (1) Est considéré comme réseau d'aides et de soins au sens du présent livre un ensemble valablement constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. L. 23.12.05,31

Tous les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins doivent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins.

Les réseaux d'aides et de soins peuvent recourir à des centres semi-stationnaires.

(2) Sont considérées comme centres semi-stationnaires au sens du présent livre, les institutions accueillant soit de jour, soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

(alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,31°

Prestataires en milieu stationnaire L. 29.8.17,1er,32°

1 **Art. 390.** Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour continu au sens du présent livre, les institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. L. 23.12.05,31

2 L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

1 **Art. 391.** Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, les institutions hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 272, alinéas 4 et 5. L. 13.5.08,2,21bis°

2 L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre. L. 23.12.05,31

3 (alinéa abrogé) L. 29.8.17,1er,33°

Agrément L. 29.8.17,1er,34°

1 **Art. 392.** Une même personne physique ou morale peut exercer son activité en tant que prestataire au sens des articles 389 à 391 à condition d'avoir conclu pour ces différentes activités des contrats d'aides et de soins différents et de tenir des comptabilités distinctes. L. 23.12.05,31

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour l'ensemble des prestataires. R. 13.12.17

Commission de surveillance L. 29.8.17,1er,35°

Art. 393. (1) La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur le montant[1)] de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. L. 17.12.10,1,58°

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le médecin-directeur [2)] de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles

---

1) Par L. 29.8.17,1er,35°,a) les termes « la facturation » sont remplacés par les termes « le montant ».

2) Par L. 29.8.17,1er,35°,b) les termes « chargé de direction » sont remplacés par les termes « médecin-directeur ».

auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;

2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance;

3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance;

4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;

5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque prestation d'aides et de soins, dès lors que l'assuré ne s'y est pas explicitement opposé; L. 29.8.17,1er,35°,c)

6) l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéas 3 et 4. L. 29.8.17,1er,35°,d)

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes: L. 17.12.10,1,58°

1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;

2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le médecin-directeur [1)] de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables.

1 **Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du médecin-directeur [2)] de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires. L. 17.12.10,1,59°

2 La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

3 Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

4 La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.

---

1) Par L. 29.8.17,1er,35°,e) les termes « chargé de direction » sont remplacés par les termes « médecin-directeur ».

2) Par L. 29.8.17,1er,36° les termes « chargé de direction » sont remplacés par les termes « médecin-directeur ».

1 **Art. 393ter.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du médecin-directeur [1)] de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable: L. 17.12.10,1,60°

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

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

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

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

Fournisseurs spécialisés d'aides techniques L. 29.8.17,1er,38°

Art. 394. Peuvent être chargés de la mise à disposition des aides techniques [2)] dans le cadre du présent livre les fournisseurs spécialisés qui ont conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat de prestations de services se rapportant à cet objet. Ce contrat contient obligatoirement l'engagement de la part des prestataires de respecter les conditions relatives aux points suivants: L. 19.6.98

- la détermination du cahier de charges;
- la détermination des prix de location;
- les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques [2)].

Valeurs monétaires L. 29.8.17,1er,39°

Art. 395. (1) Le montant des prestations à payer aux prestataires visés aux articles 389 à 391 est déterminé en multipliant les durées visées aux articles 350, paragraphe 10, 353, 357, 358 et 359, par une valeur monétaire fixée séparément pour:

- les réseaux d'aides et de soins;
- les centres semi-stationnaires;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu;
- les établissements à séjour intermittent.

1) Par L. 29.8.17,1er,37° les termes « chargé de direction » sont remplacés par les termes « médecin-directeur ».

2) Le terme « appareils » *a été remplacé par* « aides techniques » *par L.23.12.05,33.*

(2) Tous les deux ans, les valeurs monétaires sont négociées par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des prestataires visés aux articles 389 à 391[1) 2) 3)].

Les valeurs monétaires correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Les valeurs monétaires résultant des négociations sont arrêtées au moyen d'un protocole d'accord signé par le président de la Caisse nationale de santé et le représentant mandaté par l'organisme représentatif des prestataires d'aides et de soins au 31 décembre au plus tard.

Sont applicables pour autant que nécessaires les dispositions des articles 69, 70 [4)] et 84, alinéa 3.

(3) Les valeurs monétaires applicables à la période biennale sont pondérées en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe fixés par le règlement grand-ducal visé à l'article 387bis, paragraphe 1er.

(4) Les prestataires d'aides et de soins remettent à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance annuellement pour le 15 juillet au plus tard les documents suivants se rapportant aux deux exercices précédents:

- le compte d'exploitation;
- les rapports de la comptabilité analytique;
- le tableau relatif au personnel par carrière.

---

1) ***Protocole d'accord signé en exécution de l'article 395 du Code de la sécurité sociale.***
*Art. 1er. La valeur monétaire prévue à l'article 395 du Code de la sécurité sociale pour **les réseaux d'aides et de soins** au sens de l'article 389 du même Code est fixée pour les exercices 2021 et 2022 à **9,89427 €** au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. (JO, Mém A 1098 du 29 décembre 2020)*

Protocole d'accord signé en exécution de l'article 395 du Code de la sécurité sociale
*Art. 1er. La valeur monétaire prévue à l'article 395 du Code de la sécurité sociale pour **les centres semi-stationnaires** au sens de l'article 389 du même Code est fixée pour les exercices 2021 et 2022 à **9,59394 €** au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. (JO, Mém. A 1101 du 29 décembre 2020)*

Protocole d'accord signé en exécution de l'article 395 du Code de la sécurité sociale.
*Art. 1er. La valeur monétaire prévue à l'article 395 du Code de la sécurité sociale pour **les établissements d'aides et de soins à séjour continu** au sens de l'article 390 du même Code est fixée pour les exercices 2021 et 2022 à **7,42672 €** au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. (JO, Mém A 1100 du 29 décembre 2020)*

Protocole d'accord signé en exécution de l'article 395 du Code de la sécurité sociale.
*Art. 1er. La valeur monétaire prévue à l'article 395 du Code de la sécurité sociale pour **les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent** au sens de l'article 391 du même Code est fixée pour les exercices 2021 et 2022 à **8,19705 €** au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. (JO, Mém A 1099 du 29 décembre 2020)*

2) ***L. 21.12.12,35: Assurance dépendance: valeur monétaire des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale***
Par dérogation aux articles 395, alinéa 2, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale les valeurs monétaires des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2012 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

L. 20.12.13,29: Assurance dépendance: valeur monétaire des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale
Par dérogation aux articles 395, alinéa 2, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale les valeurs monétaires des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2013 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

L. 19.12.14,44: Assurance dépendance: valeur monétaire des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale
Par dérogation aux articles 395, alinéa 2, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale les valeurs monétaires des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2014 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

3) ***L. 18.12.15,40. Mesures en matière d'assurance dépendance: valeur monétaire des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale***
Par dérogation aux articles 395, alinéa 2, 69 et 70 du Code de la sécurité sociale les valeurs monétaires des prestataires visés à l'article 395, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont augmentées de 2,2 pour cents par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2015 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

4) *Par L. 9.8.18,1,43°, le renvoi à l'article 71 est supprimé.*

Facteur d'ajustement L. 29.8.17,1er,40°

1 **Art. 395bis**. Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1er octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.

2 Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.

3 L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre.

4 En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicilie visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaires visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires.

LIVRE VI - DISPOSITIONS COMMUNES

SOMMAIRE

TITRE Ier. - ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre Ier. - **Institutions de sécurité sociale** Art. 396 - 412
Situation juridique des institutions sociales *Art. 396 - 399*
Délégués *Art. 400 - 403*
Personnel *Art. 404*
Budgets et comptes *Art. 405 - 408*
Gestion *Art. 408bis*
Surveillance *Art. 409 - 410*
Obligation de secret *Art. 411*
Assistance administrative *Art. 412*

Chapitre II. - **Centre commun de la sécurité sociale** Art. 413 - 417

Chapitre III. - **Contrôle médical de la sécurité sociale** Art. 418 - 421

Chapitre IV. - **Inspection générale de la sécurité sociale** Art. 422 - 424

TITRE II. - FONCTIONNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre Ier. - **Affiliation et perception des cotisations** Art. 425 - 435

Chapitre II. - **Prestations** Art. 436 - 441
Caractère des indemnités *Art. 436 - 439*
Saisissabilité et cessibilité des droits *Art. 440 - 441*

Chapitre III. - **Obligations des employeurs et des assurés** Art. 442 - 452
Obligations des employeurs *Art. 442 - 446*
Obligations des assurés *Art. 447*
Produit des amendes d'ordre *Art. 448*
Dispositions pénales *Art. 449 - 452*

Chapitre IV. - **Recours** Art. 453 - 460
Mise en intervention des institutions de sécurité sociale *Art. 453*
Juridictions de la sécurité sociale *Art. 454 - 456*
Litiges entre institutions de sécurité sociale *Art. 457*
Notifications *Art. 458 - 459*
Gestion électronique des données *Art. 460*

Situation juridique des institutions de sécurité sociale

1 **Art. 396.** [1] La Caisse nationale de santé, les caisses de maladie visées à l'article 48, la Mutualité des employeurs, l'Association d'assurance accident, la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation, la Caisse pour l'avenir des enfants [2] et le Centre commun de la sécurité sociale, désignés ci-après comme «institutions de sécurité sociale», sont des établissements publics. Ils jouissent de la personnalité civile. R.18.2.09

2 Ils peuvent recevoir des dons et legs conformément à l'article 910 du Code civil.

3 Ils ne peuvent pareillement acquérir ou aliéner [3] des droits immobiliers dépassant la valeur de cinquante mille euros [3] sans l'autorisation du ministre de tutelle, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, et si de ces droits leur adviennent par donation ou legs, l'acte portant autorisation de les accepter disposera en même temps s'il y aura lieu de les garder ou de les aliéner, en fixant dans ce dernier cas, le délai dans lequel l'aliénation devra être faite.

4 Ils estent en justice, représentés par le président de l'organe directeur respectif. Ils peuvent se porter partie civile aux fins des articles 82, 118, 232 et 374 devant les juridictions répressives et être appelés en cause aux mêmes fins et devant les mêmes juridictions par les demandeurs et défendeurs au civil. L. 9.8.18,1,44°,b) L. 13.5.08,2,22°

1 **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. L. 9.8.18,1,45°,a) L. 13.5.08,2,22°

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

3 Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire de l'État ou fonctionnaire dirigeant y assimilé [4] de l'institution de sécurité sociale.

4 (alinéa abrogé) [5]

1 **Art. 398.** Les actes passés au nom ou en faveur des institutions de sécurité sociale sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession. L. 13.5.08,2,22°

2 Leurs valeurs mobilières et immobilières ainsi que les revenus en provenant sont affranchis de tous impôts de l'État et des communes y compris la taxe sur la valeur ajoutée.

3 Tous les actes dont la production est la suite du présent Code et, notamment les extraits de registres de l'état civil, les certificats, les actes de notoriété, d'autorisation ou de révocation, sont délivrés gratuitement avec exemption de tous droits.

1 **Art. 399.** L'avoir social de l'institution de sécurité sociale garantit seul ses obligations.

2 Aucune saisie ne peut être pratiquée à sa charge qu'après une communication écrite faite au Gouvernement.

---

1) ***L. 29.10.20, 13 :*** *À l'article 2 de la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales, est ajouté un point 10° nouveau, libellé comme suit : « 10° les institutions de sécurité sociale visées à l'alinéa premier de l'article 396, alinéa 1er, du Code de la sécurité sociale. ».*
*(**L. 23.9.20, 5 :** La présente loi entre en vigueur le 1er octobre 2020 et produit ses effets jusqu'au 31 décembre 2020 inclus.*
***L. 25.11.20, 1er, 2°:** L'article 5 est remplacé comme suit: Art. 5. La présente loi entre en vigueur le 1er octobre 2020 et reste applicable jusqu'au 30 juin 2021 inclus.)*
***L. 30.6.21,1, 3°:** à l'article 5, les termes « 30 juin » sont remplacés par les termes « 31 décembre ».*
***L. 17.12.21 :** À l'article 5 de la loi modifiée du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales, le nombre « 2021 » est remplacé par celui de « 2022 ».*

2) *Par L. 23.7.16,II,A) les termes « Caisse nationale des prestations familiales » sont remplacés par les termes « Caisse pour l'avenir des enfants ».*

3) *Par L. 9.8.18,1,44°,a), le terme « acquérir » est remplacé par les termes « acquérir ou aliéner » et les termes « quatre mille euros » sont remplacés par les termes « cinquante mille euros ».*

4) *Par L. 9.8.18,1,45°,b), les termes « un fonctionnaire ou employé dirigeant » sont remplacés par les termes « à un fonctionnaire de l'État ou fonctionnaire dirigeant y assimilé ».*

5) *Par L. 9.8.18,1,45°,c) l'alinéa 4 est abrogé.*

Délégués [1) 2) 3)]

1 **Art. 400.** Ne peuvent être désignées délégués des assurés et des employeurs faisant partie d'un organe d'une institution de sécurité sociale que les personnes qui sont âgées de dix-huit ans au moins au jour de la désignation. L. 13.5.08,2,22°

2 Les délégués sont désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. [4)]

3 En cas de démission d'un délégué, la chambre professionnelle ou l'autorité compétente pour sa désignation procède à son remplacement.

4 Les conditions et les modalités de la désignation et de la démission des délégués des différents organes sont déterminées par règlement grand-ducal. R. 9.12.08

5 Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du délégué viennent à être connus, le ministre de tutelle peut, sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications.

Art. 401. Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion.

Art. 402. (1) Les membres des organes des institutions de sécurité sociale remplissent leur mandat à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité. R. 18.2.09

---

1) ***Code du travail; Livre II, Titre III, Chapitre IV - Congés spéciaux Section 11. - Congé pour mandats sociaux (ajouté par L. 13.5.08,13°):***
Art. L. 234-71. *Les salariés remplissant le mandat de membre d'une chambre professionnelle, de membre d'un organe d'une institution de sécurité sociale, d'assesseur auprès du Tribunal du travail, d'assesseur-assuré et d'assesseur-employeur du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale ont droit à un congé spécial pour remplir leur mandat. Ils avisent leur employeur chaque fois qu'ils sont appelés à l'exercice de leur mandat.*
Un règlement grand-ducal peut fixer pour chacun de ces mandats et selon les modalités et critères qu'il détermine le nombre maximum de jours de travail ou parties de jours de travail qui sont considérés au titre du présent congé.
Pendant ce congé, les salariés qui exercent un de ces mandats ou une de ces fonctions peuvent s'absenter du lieu de leur travail avec maintien de leur rémunération normale pour remplir leurs mandats ou fonctions.
L'interruption du travail pendant le temps requis pour cet exercice n'autorise pas l'employeur à résilier le contrat avant terme.
Il est remboursé à l'employeur à charge de la chambre professionnelle, de l'institution de sécurité sociale ou de la juridiction un montant correspondant au salaire brut majoré des cotisations patronales versées aux institutions de sécurité sociale pendant la période pendant laquelle le salarié s'est absenté du travail pour remplir son mandat, aux conditions et modalités fixées par règlement grand-ducal.

2) ***L. 13.5.08,20:***
(1) Aux fins de la constitution de la Chambre des salariés, des délégations du personnel et des organes des institutions de sécurité sociale ainsi que pour la désignation des assesseurs-employeurs et des assesseurs-assurés auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des assesseurs auprès des tribunaux du travail il sera procédé au courant de l'année 2008 aux élections et désignations d'après les dispositions de la présente loi.
En attendant la constitution du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé prévu par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie en fonction au 31 décembre 2008.
En attendant la constitution du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension prévu par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par le conseil d'administration de la Caisse de pension des employés privés en fonction au 31 décembre 2008.
(2) En attendant la constitution de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, issue des élections pour cette chambre professionnelle en 2010, sont prorogés:
   1) le mandat du délégué au sein du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie qui fera partie du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 4) du Code de la sécurité sociale;
   2) les mandats des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
   3) les mandats des assesseurs auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale pour les affaires relevant de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
   4) les mandats des suppléants des délégués visés aux points 1) et 2) ci-avant.
Le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics désignera un délégué et un suppléant au titre de l'article 46, alinéa 1, sous 3) du Code de la sécurité sociale, dont le mandat prendra effet au 1er janvier 2009 et s'achèvera avec la désignation de leurs successeurs à la suite du renouvellement de la Chambre des fonctionnaires et employés communaux en 2010.

3) *Par L. 9.8.18,1,46° l'intitulé « Mandataires » est remplacé par l'intitulé « Délégués ».*

4) ***L. 7.5.18,IV:***
« Par dérogation aux articles 400 et 454 du Code de la sécurité sociale, les mandats des délégués salariés auprès des organismes et juridictions de sécurité sociale seront prolongés au-delà d'une durée de cinq ans jusqu'à l'entrée en fonction de leurs successeurs désignés suite aux élections sociales de février/mars 2019 ».

(2) Les membres des professions indépendantes qui font partie d'un organe d'une institution de sécurité sociale touchent en outre une indemnité pour pertes de revenu dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément.

(3) Un règlement grand-ducal détermine le tarif applicable au remboursement des débours et des indemnités prévus au paragraphe (1), ainsi que le montant de l'indemnité allouée aux membres des professions indépendantes en application du paragraphe (2). R. 19.12.08 R. 18.2.09

Art. 403. Des amendes d'ordre de vingt-cinq à deux cent cinquante euros peuvent être infligées par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué aux membres des organes des institutions de sécurité sociale qui, sans motif légitime, refusent le mandat leur confié ou n'assistent pas régulièrement aux séances ou manquent de toute autre manière à leurs devoirs. Le produit de l'amende revient à l'institution de sécurité sociale concernée.

Personnel [1) 2)]

1 **Art. 404** [3)]**.** Le personnel des institutions de sécurité sociale comprend des fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'État, des employés assimilés aux employés de l'État ainsi que des salariés assimilés aux salariés de l'État. Le statut du personnel des institutions de sécurité sociale est régi par les dispositions légales et réglementaires applicables aux fonctionnaires de l'État, aux employés de l'État et aux salariés de l'État, 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'État 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'État. Il détermine le cadre du personnel et fixe un nombre limite pour l'effectif affecté à chacune de ces institutions. L. 9.8.18,1,47°,a) R. 24.8.16

2 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. L. 9.8.18,1,47°,b)

3 Les fonctionnaires et employés publics des institutions de sécurité sociale prêtent avant d'entrer en fonction entre les mains du ministre de tutelle ou de son délégué le serment suivant: «Je jure fidélité au Grand-Duc, obéissance à la Constitution et aux lois de l'État. Je promets de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité.» L. 13.5.08,2,22°

Budgets et comptes

1 **Art. 405.** Chaque année, l'institution de sécurité sociale établit le budget pour l'exercice subséquent dans les formes et délais prescrits par l'autorité de surveillance.

2 Le budget arrêté par l'organe compétent est immédiatement soumis pour approbation au ministre de tutelle sur avis de l'autorité de surveillance.

3 L'approbation du budget se fait en fonction de sa conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, du caractère réaliste des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que de la croissance globale des frais d'administration. R. 19.12.08

---

*1) **L. 13.5.08,17:***
Au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi les fonctions de président de la Caisse nationale de santé sont assumées par le président en fonction de l'Union des caisses de maladie, celles de président de la Caisse nationale d'assurance pension par le président en fonction de la Caisse de pension des employés privés et celle de président de l'Association d'assurance accident et du Centre commun de la sécurité sociale par le président en fonction de l'Office des assurances sociales.
Nonobstant les dispositions de l'article 7 de la présente loi, les traitements des fonctionnaires visés à l'alinéa 1 du présent article restent régis par les dispositions en vigueur avant l'entrée en vigueur de la présente loi.
Par dérogation à l'article 404, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, tous les fonctionnaires de la carrière supérieure des institutions de sécurité sociale en fonction à la date d'entrée en vigueur de la présente loi continuent à bénéficier du statut de fonctionnaires de l'État.

*2) **L. 13.5.08,18:***
Par dépassement des limites fixées dans la loi budgétaire pour l'exercice 2008, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2008 à des engagements de personnel à occuper à titre permanent et à tâche complète, dont le nombre ne peut pas dépasser dix-sept unités, à savoir:
- *trois fonctionnaires de la carrière supérieure du chargé d'études et un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale;*
- *trois fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil, un fonctionnaire de la carrière supérieure du pharmacien-inspecteur, deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et cinq fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire administratif pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale;*
- *deux fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire administratif pour les besoins du Conseil arbitral de la sécurité sociale.*

3) A voir règlements grand-ducaux sur le statut du personnel des institutions (JO, Mém. A 178 du 2 septembre 2016); règlement grand-ducal du 6 octobre 2018 concernant le statut du personnel de la Caisse pour l'avenir des enfants (JO, Mém. A 947 du 15 octobre 2018).

4 L'exécution du budget est soumise au contrôle du ministre de tutelle qui peut autoriser le dépassement de crédits sur avis de l'autorité de surveillance.

1 **Art. 406.** Les institutions de sécurité sociale produisent les comptes annuels de l'exercice écoulé à l'autorité de surveillance dans les formes et délais que celle-ci prescrit.

2 Les comptes annuels peuvent être arrêtés par l'organe compétent au plus tôt six semaines après la transmission des documents à l'autorité de surveillance. R. 19.12.08

1 **Art. 407.** Les institutions de sécurité sociale appliquent un plan comptable uniforme arrêté par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 9.8.18,1,48°

2 Un règlement grand-ducal précise les règles applicables à la tenue de la comptabilité, à la procédure budgétaire et aux comptes annuels. R. 19.12.08

1 **Art. 408.** Les institutions de sécurité sociale supportent leurs propres frais d'administration.[1] L. 13.5.08,2,22°

2 Les frais d'administration communs à plusieurs institutions de sécurité sociale sont répartis entre elles suivant une clé à fixer par règlement grand-ducal qui peut également définir les frais concernés. R. 19.12.08

3 Les frais d'administration des caisses de maladie visées à l'article 48 sont assumés par la Caisse nationale de santé dans les conditions et limites déterminées par règlement grand-ducal. R. 19.12.08

4 La retenue pour pension due au titre de l'article 61 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois est perçue au bénéfice de l'institution de sécurité sociale si un droit à pension existe auprès de cette institution.

Gestion L. 9.8.18,1,49°

Art. 408*bis*. (1) En vue d'une amélioration continue de la gouvernance au niveau des institutions de sécurité sociale, celles-ci établissent conformément aux articles 45, 141, 251, 331, 381 et 415 une planification triennale définissant les objectifs stratégiques à atteindre par rapport à leurs attributions. Elles arrêtent les plans d'actions définissant les priorités et moyens à mettre en œuvre en vue de réaliser ces objectifs et de maîtriser les risques y associés. Ce document de planification est communiqué à l'Inspection générale de la sécurité sociale et adapté annuellement.[2]

(2) Les institutions de sécurité sociale déterminent conformément aux articles 45, 141, 251, 331, 381 et 415 les règles de gouvernance à appliquer dans l'exécution de leurs missions et envers les parties prenantes, dans lesquelles la politique de communication interne et externe, la politique de sécurité ainsi que la politique de lutte contre l'abus et la fraude jouent un rôle central.

(3) Les présidents des institutions de sécurité sociale mettent en place un service interne chargé d'évaluer dans un rapport annuel la mise en œuvre de la planification en mesurant au moyen d'indicateurs précis les résultats atteints au regard des objectifs fixés. Chaque année les présidents des institutions de sécurité sociale soumettent leur rapport annuel à l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui évalue la gestion des institutions de sécurité sociale. L'Inspection générale de la sécurité sociale détermine les modalités et le format du rapport annuel susvisé à établir par les institutions de sécurité sociale.

Surveillance

1 **Art. 409.** Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L. 13.5.08,2,22°

2 L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières.

3 À cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler les institutions de sécurité sociale. L. 9.8.18,1,50°

4 L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance. L. 13.5.08,2,22°

5 Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

6 Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension conformément à l'article 410.

---

1) Par L. 23.7.16,II,B) la phrase « Par dérogation à l'alinéa 1, les frais d'administration de la Caisse pour l'avenir des enfants sont entièrement à charge de l'État » est supprimée.

*2) **L. 9.8.18,5:***
La première période de référence prévue à l'article 408bis commencera, par dérogation à la durée de trois ans y prévue, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et se terminera le 31 décembre 2018.

1 **Art. 410.** Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation.

2 Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée.

3 Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

4 Si un recours est introduit par un assuré devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale contre une décision de l'institution de sécurité sociale, la procédure prévue aux alinéas 1 et 2 du présent article ne peut s'exercer.

Obligation de secret

1 **Art. 411.** Les mandataires et le personnel des institutions de sécurité sociale, des juridictions sociales ainsi que des autorités exerçant le contrôle, sont tenus de garder le secret sur les faits et installations qu'ils parviennent à connaître dans l'accomplissement de leur mission et de s'abstenir d'utiliser ou de révéler les secrets de fabrication ou les secrets d'affaires.

2 Les personnes chargées spécialement du contrôle prêtent avant d'entrer en fonction, devant le juge de paix de leur résidence, le serment suivant: «Je jure de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité. Je jure de garder le secret sur les faits et installations que je parviendrai à connaître dans l'accomplissement de ma mission et de m'abstenir d'utiliser ou de révéler les secrets d'affaires.»

3 En cas de contravention aux dispositions de l'alinéa 1, les personnes y désignées seront passibles des peines édictées par l'article 458 du Code pénal.

Assistance administrative

1 **Art. 412.** Les autorités publiques donnent suite aux demandes qui leur parviennent dans l'intérêt de l'exécution du présent Code de la part des comités directeurs, du Conseil arbitral de la sécurité sociale ou d'autres organes des institutions de sécurité sociale ou d'autres autorités publiques et adressent spontanément aux organes des institutions de sécurité sociale toutes les communications pouvant intéresser leur fonctionnement.

2 Le même devoir incombe aux organes des institutions de sécurité sociale dans leurs rapports réciproques.

3 Les institutions de sécurité sociale, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale et les juridictions arbitrales sont habilités à obtenir tous les renseignements individuels indispensables à l'exécution de leurs missions. L. 29.8.17,3,1°

4 Les frais résultant de l'exécution de ces devoirs sont remboursés par les institutions de sécurité sociale, comme faisant partie des frais d'administration, en tant qu'ils consistent en frais de voyage et de séjour, ainsi qu'en taxe aux témoins et aux experts ou en d'autres déboursés. L. 13.5.08,2,22°

Chapitre II – **Centre commun de la sécurité sociale**

1 **Art. 413.** L'institution de sécurité sociale dénommée « Centre commun de la sécurité sociale » a pour missions: L. 9.8.18,1,51°

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; R. 4.11.10 R. 17.12.10

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;

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.

2 L'organisation et le fonctionnement du Centre ainsi que ses relations avec les institutions de sécurité sociale sont précisés par règlement grand-ducal. R. 12.5.75

1 **Art. 414.** Le Centre est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration comprenant: L. 13.5.08,2,22° R. 9.12.08

1) les présidents de la Caisse nationale de santé, de la Caisse nationale d'assurance pension, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale des prestations familiales [1)] et du Fonds national de solidarité ou leurs délégués;

2) cinq délégués des assurés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés;

3) un délégué des assurés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics;

4) cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et la Chambre des métiers;

5) un délégué désigné par la Chambre d'agriculture.

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

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

4 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. L. 9.8.18,1,52°

1 **Art. 415.** Le conseil d'administration gère le Centre dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. L. 13.5.08,2,22°

2 Il lui appartient notamment: L. 9.8.18,1,53°,a) R. 19.12.08

1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis*, qui comprend également le schéma directeur informatique du Centre, et de statuer sur la mise à jour annuelle visée à l'article 408*bis*;

2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;

3) d'arrêter le budget annuel;

4) de statuer sur le bilan annuel;

5) de prendre les décisions concernant le personnel;

6) d'établir son règlement d'ordre intérieur;

7) d'établir un code de conduite.

3 Les décisions visées aux points 3), 4) et 6)[2)] ci-avant sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Le règlement d'ordre intérieur est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le code de conduite est publié sur le site internet du Centre commun de la sécurité sociale. L. 13.5.08,2,22° L. 9.8.18,1,53°,c)

1 **Art. 416.** Toutes les questions d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre peuvent faire l'objet d'une décision du président [3)] 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. L. 13.5.08,2,22° L. 9.8.18,1,54°,a)

2 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 L. 9.8.18,1,54°,b)

---

1) Il y a lieu de lire Caisse pour l'avenir des enfants.

2) Par L. 9.8.18,1,53°,b), les termes « aux points 1) à 4) » sont remplacés par les termes « aux points 3), 4) et 6) ».

*3) **L. 13.5.08,17,1:***
Au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi les fonctions de président du Centre commun de la sécurité sociale sont assumées par le président en fonction de l'Office des assurances sociales.

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*.

Art. 417. Les frais du Centre sont à charge des administrations et institutions de sécurité sociale d'après une clé de répartition déterminée par règlement grand-ducal. L. 13.5.08,2,22° R. 19.12.08

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

Art. 418. L'administration de l'État dénommée «Contrôle médical de la sécurité sociale», placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité. L. 7.8.15,1

1 **Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

2 Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

3 Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

4 Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

5 Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Art. 420. Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

1 **Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

2 Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1er de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

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

4 Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

5 Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

6 Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

Chapitre IV – **Inspection générale de la sécurité sociale**

Art. 422. Il est institué au sein de l'administration gouvernementale une Inspection générale de la sécurité sociale, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, désignée ci-après par les termes « Inspection générale ». L. 13.5.08,2,22°

Art. 423. L'Inspection générale a pour missions: L. 9.8.18,1,55°

1) de contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale;
2) d'assurer le contrôle des institutions de sécurité sociale qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement;
3) de participer à tout travail d'élaboration et d'exécution en rapport avec les règlements de l'Union européenne et les conventions multi- ou bilatérales en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale et en rapport avec les normes des institutions internationales œuvrant dans le domaine de la protection sociale;
4) de réaliser des analyses et des études à des fins d'évaluation et de planification des régimes de protection sociale et de recueillir à ces fins les données auxquelles l'Inspection générale a accès en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur, de les centraliser, de les traiter et de les gérer sous forme pseudonymisée. [1)]

1 **Art. 424.** Dans le cadre de ses missions, l'Inspection générale peut être chargée de toute question lui soumise par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement. L. 9.8.18,1,56°

2 L'Inspection générale peut faire au Gouvernement toute suggestion susceptible d'améliorer la législation de sécurité sociale ou l'organisation des institutions de sécurité sociale.

TITRE II – **Fonctionnement de la sécurité sociale**

Chapitre Ier – **Affiliation et perception des cotisations**

1 **Art. 425.**[2)] Toutes déclarations d'entrée ou de sortie ainsi que tout changement généralement quelconque ayant une influence sur les modalités de l'assurance sont adressés au Centre commun de la sécurité sociale dans un délai de huit jours. Ces déclarations sont faites par l'assuré, ou par l'employeur si l'assuré exerce pour le compte d'autrui une occupation donnant lieu à assurance. Pour les assurés visés à l'article 1er, alinéa 1, point 14 ces déclarations sont faites par les établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique, par l'Université du Luxembourg, par les établissements d'enseignement supérieur et centres de recherche établis et accrédités au Grand-Duché de Luxembourg. L. 13.5.08,2,22° L. 9.8.18,1,57°

2 Un règlement grand-ducal peut préciser les indications à fournir sur l'employeur, sur l'assuré et sur la relation de travail. L. 13.5.08,2,22°

1 **Art. 426.** Les employeurs sont tenus de déclarer tous les mois pour chaque salarié l'ensemble des informations relatives aux assiettes cotisables et au remboursement par la Mutualité ainsi que le nombre d'heures supplémentaires prestées.

---

1) ***L. 20.02.21,4,2°,5° et 6°:*** *2° À la suite du paragraphe 1er, il est inséré un nouveau paragraphe 1bis libellé comme suit : « (1bis) La Direction de la santé est responsable des traitements visés au paragraphe 1er, à l'exception de l'identification des catégories de personnes à inviter dans le cadre des programmes de dépistage à grande échelle et de vaccination qui relève de la responsabilité de l'Inspection générale de la sécurité sociale. »*

5° Il est inséré entre les paragraphes 3 et 4 un nouveau paragraphe 3bis libellé comme suit :

« (3bis) Sans préjudice du paragraphe 2, 2° bis et 3° c), l'Inspection générale de la sécurité sociale est destinataire des données traitées qu'elle pseudonymise pour les fins énoncées au paragraphe 6. ».

6° Au paragraphe 5, alinéa 1er, la première phrase est modifiée comme suit : « Sans préjudice du paragraphe 2, point 3° et des paragraphes 3bis et 5, de l'article 5, paragraphe 2bis, alinéa 3, paragraphe 3, point 2° et paragraphe 3bis, les données à caractère personnel traitées sont pseudonymisées au plus tard à l'issue d'une durée de six mois après leur collecte pour une période de trois ans à l'issue de laquelle elles sont anonymisées. »

2) ***L. 30.11.07,7:***

Le requérant qui demande un agrément d'assistant parental doit attester de son affiliation personnelle à la sécurité sociale et de sa souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle.

2 [1] Par dérogation à l'alinéa qui précède, les employeurs déclarent les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance. Un règlement grand-ducal peut prévoir que la rémunération déclarée est adaptée d'office à l'évolution de l'indice du coût de la vie et du salaire social minimum et sert d'assiette de cotisation, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale dans un délai déterminé une divergence avec la rémunération effectivement payée. R. 18.11.98

3 Pour les occupations visées à l'alinéa qui précède, le Centre commun procède à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations. L'impôt perçu est transmis chaque mois à l'État ensemble avec les données à caractère personnel [2] servant de base à cette perception.

4 Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique. L. 7.8.15,5,1°

5 [3] L'employeur est tenu de fournir mensuellement les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, y compris celles pour lesquelles ceux-ci bénéficient de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. L. 13.5.08,2,22°

6 Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique. L. 7.8.15,5,2°

1 **Art. 427.** Les données de base servant au calcul des cotisations sont à communiquer au Centre dans les formes et délais fixés par règlement grand-ducal. Les indications nécessaires pour la constatation et la fixation des activités non salariées même exercées à titre accessoire sont fournies par l'Administration des contributions directes, sans préjudice des dispositions de l'article 241, alinéas 11 et 12 relatives à la détermination du revenu de l'exploitation agricole. A défaut de ces données le Centre procède d'office aux estimations nécessaires à l'établissement de la cotisation. Il en est de même en cas de contestation relative à l'assiette cotisable, sous réserve de redressement éventuel. L. 13.5.08,2,22°

2 Les données à caractère personnel [4] nécessaires à la constatation des revenus professionnels agricoles servant d'assiette à la fixation des cotisations sont recueillies en tout ou en partie au moyen d'un recensement annuel par le ministre de l'Agriculture et de la viticulture ou les services placés sous son autorité. Elles sont transmises ensemble avec d'autres données intervenant dans la détermination de l'assiette cotisable, le cas échéant, sur support informatique au Centre commun de la sécurité sociale [4].

3 Le Centre est tenu de conserver les données ci-dessus visées pendant cinq ans au moins à compter de l'année au cours de laquelle elles ont été établies.

1 **Art. 428.** Les employeurs et assurés sont tenus de se libérer des cotisations, amendes et autres redevances leur réclamées par le Centre, dans les dix jours de l'émission des extraits de compte cotisations, nonobstant toute contestation relative à l'assiette cotisable.

2 Si l'assuré exerce pour le compte d'autrui une occupation ou s'il est bénéficiaire de pension ou de rente, l'employeur ou l'organisme luxembourgeois, débiteur de la pension ou de la rente, doit effectuer le versement et de la part de la cotisation incombant à l'assuré et de la part incombant, soit à l'employeur, soit à l'organisme. A cet effet, l'employeur ou l'organisme retient la part des cotisations qui est à supporter par les assurés sur la rémunération, la pension ou la rente. Si l'assuré est bénéficiaire d'une indemnité pécuniaire

---

1) ***L. 13.5.08,14,(1):***
Sans préjudice des articles 29 et 32 du Code de la sécurité sociale les assurés ouvriers supportent une surprime correspondant à 2,1 pour cent de l'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie. Ce taux se réduit à 1 pour cent à partir du 1er janvier 2012, à 0,5 pour cent à partir du 1er janvier 2013 et à 0 pour cent à partir du 1er janvier 2014.
La surprime est perçue par le Centre commun de la sécurité sociale au profit de la Mutualité des employeurs instituée par l'article 52 du Code de la sécurité sociale, sauf pour les employeurs exemptés en vertu de l'article 53, alinéa 1, sous 1) du même Code.
Sont considérés comme assurés ouvriers au sens de la présente disposition, les assurés qui ne bénéficient pas au 31 décembre 2008 de la continuation légale ou conventionnelle de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents, ainsi que les salariés autres que ceux qui accomplissent un travail d'une nature, sinon exclusivement, du moins principalement intellectuelle, engagés après cette date.
Le présent paragraphe ne s'applique pas aux employeurs visés par l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

2) *Par L. 13.12.17,4,1° les termes « données nominatives » sont remplacés par les termes « données à caractère personnel ».*

3) *Alinéa renuméroté par L. 7.8.15,5,1°.*

4) *Par L. 13.12.17,4,2° les termes « données nominatives » sont remplacés par les termes « données à caractère personnel » et le bout de phrase « ou à l'institution de sécurité sociale chargée de la perception des cotisations afférentes » est supprimé.*

de maladie, de maternité ou d'accident ou s'il est bénéficiaire d'une indemnité de chômage, le même devoir incombe aux organismes payeurs de ces indemnités.

3 La cotisation individuelle est comptée en euros à deux décimales près, les fractions de cents étant arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros et vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

4 Les cotisations non payées à l'échéance sont productives d'intérêts moratoires à percevoir avec les mêmes garanties que le principal; le taux d'intérêt et toutes les autres modalités d'application nécessaires sont fixés par règlement grand-ducal. [1)] R. 28.1.87 R. 18.12.98

5 Le Centre peut accorder des délais de paiement. Le règlement grand-ducal prévu à l'alinéa qui précède peut fixer les conditions dans lesquelles le respect des délais de paiement ouvre droit à l'application d'un taux d'intérêt réduit.

1 **Art. 429.** La perception des cotisations, des amendes d'ordre et d'autres redevances que les lois et règlements mettent à charge des assurés et des employeurs se fait par le Centre commun de la sécurité sociale et, pour autant que de besoin, par l'Administration des contributions directes. Elle s'opère et se poursuit dans les mêmes formes, avec les mêmes privilèges et hypothèque légale, dispensée d'inscription, que ceux des impôts directs, le droit de priorité de ces derniers étant réservé, sauf que la part de l'assuré aura une priorité absolue.

2 Le Centre peut toutefois lui-même procéder au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément au Code de procédure civile. Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

1 **Art. 430.** L'imputation des paiements s'effectue successivement sur les intérêts, les amendes et le principal de la dette de cotisation la plus ancienne.

2 La répartition du produit entre les différentes institutions créancières s'effectue proportionnellement aux redevances respectivement dues.

1 **Art. 431.** L'entrepreneur principal et les sous-entrepreneurs sont solidairement tenus au paiement des cotisations et autres prestations que la loi et les règlements mettent à leur charge.

2 Les personnes physiques et morales peuvent, au moment d'engager du personnel assujetti à la sécurité sociale, être tenues par le conseil d'administration du Centre commun de la sécurité sociale soit au dépôt d'un cautionnement soit à la présentation d'une garantie bancaire servant à garantir l'exécution de leurs obligations légales et réglementaires. Le montant de la garantie à fournir correspond à la somme présumée de six mensualités de cotisations sans toutefois être inférieur à deux mille cinq cents euros. Ce montant peut être adapté tous les six mois. Le dépôt du cautionnement s'opère dans les conditions de la loi du 29 avril 1999 sur les consignations auprès de l'État. L. 13.12.17,4,3°

3 La garantie bancaire exigible sur première demande du Centre doit être fournie par une banque agréée au Grand-Duché de Luxembourg. L. 13.5.08,2,22°

4 La libération soit des sommes consignées soit de la garantie bancaire s'effectue sur décision coulée en force à prendre par le conseil d'administration du Centre au moment de la cessation des activités de l'employeur et notamment en cas de liquidation de faillite ou de gestion contrôlée d'une entreprise. Le cautionnement y compris les intérêts est liquidé au profit du Centre jusqu'à concurrence de ses créances.

1 **Art. 432.** La prescription des cotisations, des amendes d'ordre et autres redevances connexes est régie par la législation relative au recouvrement des contributions directes, des droits d'accises et des cotisations de sécurité sociale. Cependant, lorsqu'il est prouvé par les livres de l'employeur, par des décomptes réguliers de salaires ou par une condamnation en vertu de l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 que les cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées dans les délais impartis, la prescription n'est acquise que trente ans après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la retenue a été opérée.

2 Le droit au remboursement des cotisations payées indûment se prescrit dans un délai de cinq ans à partir de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles ont été payées.

1 **Art. 433**. Les décisions du conseil d'administration du Centre, en matière d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre sont susceptibles d'un recours auprès du Conseil arbitral

---

*1) Dérogé par **R.3.04.20,3** : Par dérogation à l'article 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, les cotisations non payées à l'échéance ne produisent pas d'intérêts moratoires pendant les périodes se situant entre le 18 mars 2020, date de la constatation de l'état de crise par le Grand-Duc sur base de l'article 32, paragraphe 4 de la Constitution et la fin du mois calendrier au cours duquel prend fin cet état de crise. (JO, Mém. A 238 du 3 avril 2020).*

*Dérogé par **L. 20.6.20, 2 :** Par dérogation à l'article 428, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, les cotisations non payées à l'échéance ne produisent pas d'intérêts moratoires pendant les périodes se situant entre le premier jour du mois qui suit la déclaration de l'état de crise précitée et le 31 décembre 2020. (JO, Mém A 511 du 21 juin 2020).*

***L.29.1.21,3 :** Par dérogation à l'article 428, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, les cotisations non payées à l'échéance ne produisent pas d'intérêts moratoires pendant la période se situant entre le 1er janvier 2021 et le 30 juin 2021. (JO, Mém. A 83 du 31 janvier 2021)*

et du Conseil supérieur de la sécurité sociale qui statuent dans la composition prévue pour le régime de sécurité sociale concerné.

2 Au cas où le litige a trait à des dispositions légales, réglementaires ou statutaires concernant plusieurs régimes, l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension est applicable.

Art. 434. Le conseil d'administration ou son président et délégué peuvent à tout moment et en tout état de procédure ordonner l'exécution provisoire des décisions au sujet de l'affiliation et des cotisations.

Art. 435. Un règlement grand-ducal peut prévoir des dispositions dérogatoires pour les gens de mer en ce qui concerne les modalités administratives relatives à l'affiliation, la perception des cotisations et le service des prestations.

Chapitre II – **Prestations**

Caractère des indemnités

1 **Art. 436.** Les prestations allouées conformément au présent Code ne sont pas considérées comme secours de l'assistance publique.

2 Les capitaux alloués pour le rachat des rentes en vertu du présent Code donnent lieu à récompense au profit du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, bénéficiaire du rachat lors de la liquidation de la communauté de biens entre époux ou de la dissolution du partenariat lorsque le rachat a eu lieu au cours de cette communauté ou de ce partenariat. Les arrérages censés échus pendant le mariage ou le partenariat sont toutefois portés en déduction.

3 Les sommes représentatives des mensualités de rentes qui seraient venues à échéance après la dissolution de la communauté donnent lieu à récompense, dans les hypothèses de la disposition finale de l'alinéa 7 de l'article 102 et de l'alinéa final de l'article 113 et de l'alinéa 2 de l'article 205.

1 **Art. 437.**[1)] S'il est établi que le bénéficiaire d'une pension ou indemnité en espèces la détourne ou pourrait la détourner de son but naturel ou que les intérêts de ses ayants droit sont lésés, le juge de paix de sa résidence pourra désigner une tierce personne qui emploiera ladite pension ou indemnité aux fins auxquelles elle est destinée.

2 Il fixera la durée et les autres modalités de cette mission qui, le cas échéant, pourra être prorogée.

3 Le juge de paix est saisi par requête présentée:

- soit par le conjoint de l'assuré contre lequel il n'existe pas de jugement de séparation de corps coulé en force de chose jugée;
- soit par le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
- soit par les père ou mère de l'assuré;
- soit par le subrogé tuteur de l'assuré majeur incapable;
- soit par le président de l'office social de la commune où l'assuré a son domicile ou son délégué; L. 21.12.12,IV
- soit par l'institution de sécurité sociale concernée. L. 13.5.08,2,22°

4 L'instruction de la requête se fera en chambre du conseil. Le juge ordonnera toutes mesures d'investigation; à ces fins, il pourra requérir directement les agents de la force publique. L'assuré et le requérant seront entendus ou dûment convoqués. Il sera statué par ordonnance rendue en chambre du conseil. L'ordonnance sera notifiée à l'assuré et à l'organisme d'assurances sociales intéressé. Elle sortira ses effets dès la notification.

5 L'ordonnance ne sera pas susceptible d'opposition.

6 Si la valeur du litige dépasse trois cents euros en principal ou quinze euros de revenu, l'assuré pourra se pourvoir en appel devant le tribunal d'arrondissement. L'appel sera formé par requête à déposer au greffe du tribunal dans les quarante jours de la notification de l'ordonnance. Il n'aura pas d'effet suspensif. Il sera instruit et jugé en chambre du conseil, sur les conclusions du procureur d'État, l'assuré et le demandeur entendus ou dûment convoqués. Le jugement ne sera pas susceptible d'opposition.

7 Un règlement d'administration publique détermine la procédure à suivre devant le juge de paix et devant le tribunal d'arrondissement. Les actes de procédure sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. R. 31.3.62

Art. 438. A l'exclusion de celles accordées en vertu du livre III du présent Code, les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, sinon à ses successeurs légaux ou testamentaires à condition qu'ils aient vécu en communauté

---

1) D'après L. 18.4.84, II (Mém. A 51 du 7.6.84, p. 766) cet article est sans application lorsque le bénéficiaire de la prestation est un mineur. Dans ce cas la procédure à suivre est déterminée par R. 4.5.84 (Mém. A 51 du 7.6.84, p. 769).

domestique avec lui à l'époque du décès; dans les autres cas ces prestations sont payées jusqu'à concurrence des frais funéraires exposés. Il en est de même pour les remboursements dus pour les prestations en nature.

Art. 439. Les prestations en espèces sont productives d'intérêts moratoires au taux légal calculés pour les mois entiers de calendrier se situant entre leur échéance et leur paiement. Ces intérêts ne commencent toutefois à courir qu'à l'expiration d'une période de six mois de calendrier suivant l'introduction de la demande dûment remplie auprès de l'institution débitrice.

Saisissabilité et cessibilité des droits

1 **Art. 440.** A l'exception des rentes et pensions, les autres droits dérivant de la présente loi peuvent être engagés, cédés ou saisis sans limitation pour couvrir:

1) une avance qui a été faite à l'intéressé sur ses droits par son employeur, une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité;

2) les créances qui compètent aux communes, aux offices sociaux et au Fonds national de solidarité, en vertu des articles 127 et 235 [1];

3) les créances résultant des articles 203, 205, 206, 207, 212, 214, 230, 235, 359 et 385 [2] du Code civil.

2 Dans tous les autres cas les prestations autres que les rentes et pensions prévues par la présente loi ne peuvent être cédées ni saisies. Les montants des prestations indûment touchées ne peuvent être répétés ou compensés par [3] l'Association d'assurance accident que s'ils ont été obtenus, gardés ou consommés de mauvaise foi par les bénéficiaires.

1 **Art. 441.** Les créances réciproques entre une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité et un assuré se compensent d'après les règles du droit commun.

2 Lorsqu'une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité possède une créance contre un assuré et que celui-ci possède une créance envers une autre institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité, cette dernière créance passe jusqu'à concurrence de la première de l'assuré à l'institution de sécurité sociale créancier ou au Fonds national de solidarité.

3 Toutefois, la compensation et la cession prévues aux alinéas qui précèdent ne s'appliquent au terme mensuel courant d'une prestation périodique que dans la limite des parties saisissable et cessible déterminées d'après les dispositions de l'article 4, alinéas 1 et 2, de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des rentes et pensions.

Chapitre III – **Obligations des employeurs et des assurés**

Obligations des employeurs

Art. 442. Les organes et mandataires des organismes de sécurité sociale, ainsi que les autres autorités, fonctionnaires ou employés exerçant le contrôle sont autorisés à procéder à tous les examens, contrôles ou enquêtes jugés nécessaires pour s'assurer que les dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles relevant de leur champ de compétence sont effectivement observées et notamment:

a) à s'informer auprès de l'employeur sur la nature, l'établissement et l'activité de l'entreprise ainsi que sur l'identité, la résidence, l'activité, le lieu de travail, la durée d'occupation et le montant de la rémunération des personnes qu'elle occupe;

b) à demander à l'employeur la communication dans les meilleurs délais de tous documents et pièces relatifs aux renseignements prévus au point a);

c) à visiter, pendant les heures de travail, les locaux de l'entreprise et les lieux d'occupation du personnel et à prendre inspection de tous documents et pièces ayant trait aux renseignements prévus au point a).

Art. 443. Les frais de contrôle feront partie des frais d'administration. Les comités directeurs pourront, pour autant qu'ils consisteront en déboursés, les imposer au patron qui les aura occasionnés par l'inexécution des obligations.

Art. 444. L'entrepreneur principal est solidairement responsable avec le sous-entrepreneur de l'accomplissement de toutes les obligations imposées aux employeurs par les lois, règlements et statuts concernant la matière des assurances sociales.

Art. 445. Les chefs d'entreprise et autres employeurs qui n'exécutent pas ou qui exécutent tardivement les obligations leur imposées par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires, ceux qui fournissent tardivement ou d'une façon inexacte les renseignements auxquels ils sont tenus, ceux qui ne se conforment pas aux mesures de contrôle ainsi que ceux qui ne paient pas les cotisations à l'échéance peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser deux mille cinq cents euros.

---

1) Par L. 23.7.15,II,14° le renvoi aux articles 120 et 235 est remplacé par un renvoi aux articles 127 et 235.

2) Par L. 27.6.18,4,2) la référence aux « articles 203, 205, 206, 207, 212, 214, 268, 280, 301, 359 et 355 du Code civil » est remplacé par une référence aux « articles 203, 205, 206, 207, 214, 235, 239 et 385 du Code civil ».

3) Par L. 13.12.17,4,4° les termes « la Caisse nationale d'assurance pension ou » sont supprimés.

1 **Art. 446.** Les chefs d'entreprise ou autres employeurs pourront déléguer l'accomplissement des devoirs leur imposés conformément à l'article précédent, aux personnes chargées de la direction ou de la gérance d'une exploitation, à condition d'en indiquer les noms et le domicile au conseil d'administration compétent.

2 Dans ce cas, le délégué qui contreviendra à l'un de ces devoirs, de la manière prévue au même article, sera passible de l'amende édictée par cet article.

Obligations des assurés

1 **Art. 447.** Les assurés sont tenus de fournir tous renseignements, documents et pièces demandés sur les éléments énumérés à l'article 442, alinéa 1 sous a).

2 Les assurés qui n'exécutent pas ou qui exécutent tardivement les obligations leur imposées par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires, ceux qui fournissent tardivement ou d'une façon inexacte les renseignements auxquels ils sont tenus ou qui ne se conforment pas aux mesures de contrôle peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser sept cent cinquante euros.

Produit des amendes d'ordre

Art. 448. Les amendes d'ordre prononcées en vertu du présent Code profitent à l'institution de sécurité sociale concernée.

Dispositions pénales

1 **Art. 449.** Sont punis d'une amende de deux cent cinquante et un euros à six mille deux cent cinquante euros, à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale ou réglementaire:

1) le chef d'entreprise, le patron ou l'employé qui, sciemment, aura exclu, par des conventions ou des règlements de travail, l'application totale ou partielle des dispositions de la présente loi, au détriment des assurés, ou restreint la liberté de ceux-ci dans l'acceptation ou l'exercice d'une fonction honorifique leur conférée par la même loi;

2) le chef d'entreprise, le patron ou l'employé qui, sciemment, aura opéré, sur les salaires des assurés, des retenues non autorisées par la loi;

3) le chef d'entreprise ou le patron qui n'aura pas employé aux fins de l'assurance les retenues par lui opérées, en vertu de la présente loi, sur les salaires des personnes qu'il occupe.

2 Si, dans ce dernier cas, le coupable a agi dans une intention frauduleuse ou méchante, le juge pourra prononcer, en dehors de l'amende, une peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois.

3 Les conventions et règlements visés au point 1) seront nuls et de nul effet.

4 En outre, le tribunal peut exclure le chef d'entreprise de la participation aux marchés publics passés par l'État, les communes, les syndicats de communes et les établissements publics pour une durée de trois mois à trois ans.

Art. 450. Les dispositions de l'article précédent s'appliquent également aux représentants légaux de patrons incapables, aux membres de la direction d'une société commerciale ou d'une association.

1 **Art. 451.** Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de deux cent cinquante et un euros à quinze mille euros à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale, ceux qui ont frauduleusement amené les institutions de sécurité sociale à fournir des prestations, une pension, des secours ou d'autres avantages qui n'étaient pas dus ou n'étaient dus qu'en partie.

2 La tentative de ce délit sera punie d'un emprisonnement de huit jours à deux ans et d'une amende de deux cent cinquante et un euros à dix mille euros.

3 Les coupables pourront de plus être placés, pour un terme de deux à cinq ans, sous la surveillance spéciale de la police et condamnés à l'interdiction de tout ou partie des droits énumérés à l'article 31 du Code pénal, pour un terme de cinq à dix ans.

1 **Art. 452.** Dans les enquêtes instituées par une institution de sécurité sociale, les témoins peuvent être entendus sous la foi du serment.

2 Les personnes qui refuseraient de comparaître ou de déposer sont passibles des peines comminées par l'article 77 du Code d'instruction criminelle; le procès-verbal constatant le refus est transmis au procureur d'État.

3 La taxe des témoins est celle applicable devant la justice de paix, en matière civile.

Chapitre IV – **Recours** [1]

Mise en intervention des institutions de sécurité sociale

1 **Art. 453.** Les agents de la force publique et les officiers de police judiciaire chargés de l'instruction d'une infraction pouvant donner lieu à un recours des institutions de sécurité sociale en vertu des dispositions légales en vigueur, vérifieront si la victime de l'infraction a ou avait la qualité d'assuré social. Ils recherchent les institutions de sécurité sociale qui possèdent un droit légal à réparation.

2 Dans les affaires portées devant les juridictions répressives, les officiers du ministère public sont tenus d'informer en temps utile les institutions de sécurité sociale intéressées de l'ouverture de l'instruction, de les inviter à prendre inspection des dossiers dès la clôture de l'instruction et de leur notifier une copie de la citation à l'audience délivrée aux prévenus. En cas de constitution de partie civile, la victime ou ses ayants droit, ainsi que le tiers responsable peuvent, en tout état de cause, même en appel, appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun ou réciproquement. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en déclaration de jugement commun des institutions intéressées.

3 Dans les affaires portées devant les juridictions civiles ou commerciales, le demandeur doit appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun, sous peine d'irrecevabilité de la demande. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en déclaration de jugement commun de ces institutions. Il en est de même pour les affaires portées par citation directe devant les juridictions répressives.

4 Les droits de la victime assurée et de l'institution de sécurité sociale intéressée sont indivisibles. Les actes conservatoires accomplis par l'assuré sortent leurs effets à l'égard de l'institution de sécurité sociale intéressée et inversement.

Juridictions de la sécurité sociale

Art. 454.[2] (1) Sont compétents pour connaître des recours prévus par le présent Code, le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale sauf s'il en est autrement disposé.

Les recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale n'ont pas d'effet suspensif. Les recours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale ont un effet suspensif. L. 9.8.18,1,58°,a)

(2) Le siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale est à Luxembourg. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale peut fixer les audiences à Esch-sur-Alzette et à Diekirch. La compétence du Conseil arbitral de la sécurité sociale s'exerce sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg. L. 13.5.08,2,22°

(3) Le Conseil arbitral de la sécurité sociale se compose d'un président, et de deux assesseurs choisis par lui parmi ceux nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et relevant de la même caisse de maladie dont relève l'assuré ayant présenté le recours. S'il s'agit d'un salarié, le président désigne un assesseur-assuré et un assesseur-employeur. R. 9.12.08

Lorsque la détermination de la caisse de maladie compétente soulève une difficulté ou lorsqu'il s'agit d'un recours en application des articles 59, 316 [3], 382, 457 [4] du présent Code et de l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le président statue seul.

Le nombre des assesseurs-assurés siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral et au Conseil supérieur de la sécurité sociale est fixé respectivement:

1) à vingt-cinq et à dix pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé;
2) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
3) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

1) Suspension provisoire des délais pendant l'état de crise COVID 19 par le règlement grand-ducal du 22 avril 2020 portant suspension des délais en matière de recours non-contentieux et contentieux de la sécurité sociale. (JO, Mém. A 316 du 22 avril 2020)

2) Voir notes sous « Mandataires ».

3) Par L. 9.8.18,1,58°,b), le renvoi à l'article 318 est remplacé par un renvoi à l'article 316.

4) Par L.13.5.09,3,1° les références aux articles « 59, 382, 457 » ont été remplacées par les références aux articles « 59, 318, 382, 457 ».

Le nombre des assesseurs-employeurs siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral et au Conseil supérieur de la sécurité sociale est fixé respectivement:

1) à vingt-cinq et à dix pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé;
2) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
3) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale pour une durée de cinq ans sur base d'une liste de candidats présentée par les chambres professionnelles intéressées. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. [1)] L. 13.5.09,3,3°

Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal. L. 17.12.10,1,62° R. 9.12.08

(4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1er du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. L. 13.5.08,2,22°

(5) Le président, le vice-président et les juges qui se suppléent mutuellement sont des fonctionnaires de l'État nommés par le Grand-Duc. Ils doivent être détenteurs du diplôme de docteur en droit délivré par un jury luxembourgeois ou titulaire d'un grade étranger d'enseignement supérieur en droit homologué et transcrit conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur et avoir satisfait aux prescriptions légales sur le stage judiciaire. Avant d'entrer en fonction, ils prêtent serment devant le président du tribunal d'arrondissement de Luxembourg conformément aux articles 112 et 114 de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire. Les articles 155 à 169 et 174 à 180 de la même loi leur sont applicables. En cas d'empêchement temporaire ou de récusation du président et du vice-président, ils sont remplacés par des magistrats à désigner par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Justice.

(6) Le siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale est à Luxembourg. Sa compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(7) Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose d'un président et de deux assesseurs-magistrats. Le mode de délégation et la suppléance sont régis par l'article 39, paragraphe (8) de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire.[2)] L. 23.7.16,1

Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 73bis, 316 [3)], 382, 393ter et 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs, nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.

(8) Le magistrat appelé à remplacer le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale touche une indemnité spéciale, accordée par le Gouvernement en Conseil, sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et sur avis préalable du ministre ayant dans ses attributions la Fonction publique.

Les assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs auprès des juridictions de la sécurité sociale touchent des vacations ou indemnités, à fixer par règlement grand-ducal. R. 22.1.09

Les membres des professions indépendantes, siégeant aux juridictions de la sécurité sociale, touchent en outre une indemnité pour pertes de revenu, dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément par règlement grand-ducal. R. 19.12.08

---

1) ***L. 7.5.18,IV:***
« Par dérogation aux articles 400 et 454 du Code de la sécurité sociale, les mandats des délégués salariés auprès des organismes et juridictions de sécurité sociale seront prolongés au-delà d'une durée de cinq ans jusqu'à l'entrée en fonction de leurs successeurs désignés suite aux élections sociales de février/ mars 2019 ».

2) ***L. 23.7.16,2,3:***
La loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire est modifiée comme suit: [...] 3. A l'article 39, un paragraphe 8 nouveau est ajouté ayant la teneur suivante:
« (8) L'assemblée générale de la Cour supérieure de justice délègue, parmi ses membres, le président et les deux assesseurs-magistrats du Conseil supérieur de la sécurité sociale ainsi que leurs suppléants. ». *L. 1.8.19,3,7°*

3) *Par L. 9.8.18,1,58°,c), le renvoi à l'article 318 est remplacé par un renvoi à l'article 316*

1 **Art. 455.** Sans préjudice des dispositions ci-après, la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, les délais et frais de justice sont déterminés par règlement grand-ducal.[1)] L. 13.5.08,2,22° R. 24.12.1993

2 Avant d'entrer en fonction, les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs auprès des deux conseils prêtent entre les mains du président le serment prévu à l'article 110 de la Constitution, à moins qu'il ne s'agisse de fonctionnaires.

3 Sans préjudice des dispositions des articles 72bis, 73 et 257, le Conseil arbitral statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel lorsque la valeur du litige dépasse cette somme.

4 Les décisions rendues en dernier ressort par le Conseil arbitral ainsi que les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont susceptibles d'un recours en cassation. Le recours ne sera recevable que pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité. Le pourvoi sera introduit, instruit et jugé dans les formes prescrites pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale.

5 Les jugements et arrêts ainsi que tous les autres actes relatifs aux contestations dont s'agit, seront exempts des droits d'enregistrement, de timbre et de greffe et ne donneront lieu à d'autres salaires qu'à ceux des greffiers.

1 **Art. 456.** Les requêtes concernant des questions d'affiliation et de cotisation individuelles seront communiquées par la voie du greffe aux tiers intéressés pour intervention et déclaration de jugement commun. Il en est de même des recours visés à l'article 72bis.

2 Les institutions de sécurité sociale, le Fonds national de solidarité et les offices sociaux peuvent procéder par tierce opposition, s'ils n'ont pas été mis en cause, pour voir procéder conformément à ce qui précède.

Litiges entre institutions de sécurité sociale

1 **Art. 457.** Les contestations opposant, entre eux, les institutions de sécurité sociale, le Fonds national de solidarité et les offices sociaux sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, composé de son président et de deux assesseurs-magistrats.

2 Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 et suivants du présent Code.

3 Toute contrariété de décision entre les institutions ci-dessus sera considérée comme contestation au sens du présent article. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale statuera à la requête de la partie la plus diligente, toutes autres parties appelées en cause.

Notifications

1 **Art. 458.** Les notifications ayant pour objet de faire courir les délais des voies de recours ordinaires ou de cassation, seront faites par lettre recommandée à la poste.

2 Si le destinataire refuse l'acceptation de la lettre recommandée, le délai courra à dater du refus.

3 Les récépissés de la poste établiront, à l'expiration d'une année depuis leur délivrance, la présomption que la notification avait été effectuée dans le délai réglementaire, à partir de la remise de la lettre à la poste.

4 Les personnes ne résidant pas au Luxembourg doivent, à la demande du conseil d'administration compétent, y élire domicile, faute de quoi la notification est remplacée par

---

*1) **L. 23.7.16,3:***
L'article 2, paragraphe 1^er^ de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat prend la teneur suivante:
(1) Les avocats seuls peuvent assister ou représenter les parties, postuler et plaider pour elles devant les juridictions de quelque nature qu'elles soient, recevoir leurs pièces et titres afin de les représenter aux juges, faire et signer les actes nécessaires pour la régularité de la procédure et mettre l'affaire en état de recevoir jugement.
Les dispositions de l'alinéa précédent ne font pas obstacle à l'application de dispositions législatives spéciales et à la faculté:
a) des assurés sociaux de se faire représenter ou assister, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou le Conseil supérieur de la sécurité sociale, par un délégué de leur organisation professionnelle ou syndicale, leur conjoint ou partenaire au sens de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, leurs parents ou alliés en ligne directe ou leurs parents ou alliés en ligne collatérale jusqu'au troisième degré inclus; les représentants doivent justifier d'un pouvoir spécial;
b) de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, de la Mutualité des employeurs, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale d'assurance pension, du Fonds de compensation, de la Caisse pour l'avenir des enfants, du Centre commun de la sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, des offices sociaux et de tout autre administration ou service de l'État de se faire représenter ou assister par un de leurs agents, dûment mandaté par le ministre du ressort respectivement le président de l'organisme concerné, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou le Conseil supérieur de la sécurité sociale; [...]

un avis affiché pendant huit jours dans les locaux de l'organisme de sécurité sociale compétent, du bureau postal chargé de la notification et du secrétariat communal de la dernière résidence de l'intéressé.

5 La même procédure sera suivie, si le domicile actuel est inconnu.

6 Si l'intéressé n'a pas eu connaissance de la notification, ou s'il en a eu une connaissance tardive, sans qu'une faute lui soit imputable, il sera réintégré dans ses droits, pourvu qu'il ait formé sa demande dans les trente jours à partir de celui où il a eu connaissance de l'existence de la notification.

Art. 459. Les décisions prises en application des articles 9 à 16, 97, alinéa 2, sous 2° et 3°, 187 du présent Code ainsi que celles prises en application de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle sont communiquées en copies à l'employeur ou à l'assuré par simple lettre à la poste.

Gestion électronique des données

1 **Art. 460.** Les images électroniques archivées définitivement sur support numérique dans le cadre du système de gestion électronique de documents de l'institution de sécurité sociale conformément à la norme standard ont la même valeur probante que les documents papier dont elles sont issues par numérisation sans la moindre altération par rapport à l'original et dont elles sont présumées, sauf preuve contraire, être une copie fidèle.

2 La banque d'images, constituée de copies numérisées de documents papier et de copies directes de documents électroniques, a valeur d'archives légales de l'institution de sécurité sociale. Celle-ci est autorisée à détruire chaque document original six mois après l'archivage définitif de l'image correspondante tel que défini à l'alinéa qui précède. Les images visées ci-avant ou la copie imprimée sur papier de ces images sont recevables en justice à l'égal des documents originaux.

3 Un règlement grand-ducal peut préciser la norme standard.

LOIS

ASSURANCE MALADIE

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail

Protection en cas d'incapacité du travail

Congé pour raisons familiales

Emploi de personnes enceintes, accouchées et allaitantes

Emploi de salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail

SOMMAIRE

LIVRE I - RELATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DU TRAVAIL

TITRE II - **Contrat de travail**

Chapitre I	- *Le contrat de travail en général*	*Art. L. 121-6 - L. 121-8*
Section 4	- Protection en cas d'incapacité de travail du salarié	
Section 5	- Révision du contrat de travail	
Section 6	- Suspension du contrat de travail	
Chapitre V	- *Cessation du contrat de travail*	*Art. L. 125-2 - L. 125-4*
Section 2	- Cessation de plein droit du contrat de travail	

LIVRE II - RÉGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

TITRE I - **Durée de travail**

Chapitre I	- *Durée de travail en général*	*Art. L. 211-27*
Section 10	- Majorations de rémunération	

TITRE III - **Repos, congés et jours fériés légaux**

Chapitre IV	- *Congés spéciaux*	*Art. L. 234-50 - L. 234-58, Art. L. 234-65 - L. 234-71*
Section 7	- Congé pour raisons familiales	
Section 8	- Congé d'accueil	
Section 10	- Congé d'accompagnement	
Section 11	- Congé pour mandats sociaux	
Chapitre V	- *Compte épargne-temps*	
Section 1re	- Mise en place du compte épargne-temps	Art. L. 235-1 - L. 235-2
Section 2	- Alimentation du compte épargne-temps	Art. L. 235-3 - L. 235-5
Section 3	- Utilisation du compte épargne-temps	Art. L. 235-6
Section 4	- Protection du salarié	Art. L. 235-7
Section 5	- Liquidation du compte épargne-temps	Art. L. 235-8
Section 6	- Obligations de l'employeur	Art. L. 235-9

LIVRE III - PROTECTION, SÉCURITÉ ET SANTÉ DES SALARIÉS

TITRE II - **Services de santé au travail**

Chapitre VI	- *Examens médicaux*	*Art. L. 326-9*
Chapitre VII	- *Voies de recours et sanctions pénales*	*Art. L. 327-1 - L. 327-2*

TITRE III - **Emploi de personnes enceintes, accouchées et allaitantes**

Chapitre I	- *Champ d'application et définitions*	*Art. L. 331-1 - L. 331-2*
Chapitre II	- *Congé de maternité*	*Art. L. 332-1 - L. 332-4*
Chapitre III	- *Travail de nuit*	*Art. L. 333-1 - L. 333-4*
Chapitre IV	- *Exposition à des agents, procédés et conditions de travail*	*Art. L. 334-1 - L. 334-4*
Chapitre V	- *Contestations*	*Art. L. 335-1 - L. 335-3*
Chapitre VI	- *Durée de travail*	*Art. L. 336-1 - L. 336-3*
Chapitre VII	- *Interdiction de licenciement*	*Art. L. 337-1 - L. 337-6*
Chapitre VIII	- *Dispositions diverses*	*Art. L. 338-1 - L. 338-4*

LIVRE V - EMPLOI ET CHÔMAGE

TITRE V - **Emploi de salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail**

Chapitre I	- *Reclassement professionnel des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail*	*Art. L. 551-1 - L. 551-12*
Chapitre II	- *La Commission mixte*	*Art. L. 552-1 - L. 552-4*

[...]

TITRE II - **Contrat de travail**

Chapitre Premier - **Le contrat de travail en général**

[...]

Section 4. Protection en cas d'incapacité de travail du salarié

Art. L. 121-6. (1) Le salarié incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident est obligé, le jour même de l'empêchement, d'en avertir personnellement ou par personne interposée l'employeur ou le représentant de celui-ci.

L'avertissement visé à l'alinéa qui précède peut être effectué oralement ou par écrit.[1)]

(2) Le troisième jour de son absence au plus tard, le salarié est obligé de soumettre à l'employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail et sa durée prévisible.[2)]

(3) [3)] L'employeur averti conformément au paragraphe (1) ou en possession du certificat médical visé au paragraphe (2) n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2 pour une période de vingt-six semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.[4)] [5)]

---

1) ***L. 19.12.20, 1er et 4:***
Art. 1er. Par dérogation à l'article L. 121-6, paragraphe 1er, du Code du travail, le salarié incapable de travailler pour cause de mise en quarantaine ou en isolement est obligé, le jour même de l'empêchement, d'en avertir personnellement ou par personne interposée l'employeur ou le représentant de celui-ci. (JO, Mém. A 1039 du 21 décembre 2020)
Art.4. Cette dérogation reste applicable jusqu'au 31 décembre 2021.

2) ***L.19.12.20, 2 et 4:***
*Art.2. Par dérogation à l'article L. 121-6, paragraphe 2, du même code, le salarié incapable de travailler pour cause de mise en quarantaine ou en isolement est obligé de soumettre à l'employeur, au plus tard le huitième jour de son absence, une ordonnance officielle de mise en quarantaine ou de mise en isolement émanant de l'autorité nationale compétente et servant de certificat d'incapacité de travail. (JO, Mém. A 1039 du 21 décembre 2020)**
Art.4. Cette dérogation reste applicable jusqu'au 30 juin 2021.
* ***L. 30.6.21,1er et 2:***
Art. 1er. À l'article 4 de la loi du 19 décembre 2020 portant dérogation temporaire à l'article L. 121-6 du Code du travail, les termes « 30 juin » sont remplacés par ceux de « 31 décembre ».
Art. 2. La présente loi entre en vigueur le 1er juillet 2021.
***L. 16.12.21, 23 :** À l'article 4 de la loi modifiée du 19 décembre 2020 portant dérogation temporaire à l'article L. 121-6 du Code du travail, les termes « 31 décembre 2021 » sont remplacés par ceux de « 30 juin 2022 »*

3) *Dérogé par **R. 3.4.20,2** : Par dérogation aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et à l'article L.121-6, paragraphe 3, première et deuxième phrase de l'alinéa 2 du Code du travail, l'assurance maladie-maternité prend en charge l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale due aux salariés et aux non salariés pendant les périodes se situant entre le premier jour du mois qui suit la déclaration de l'état de crise par le Grand-Duc sur base de l'article 32, paragraphe 4 de la Constitution et la fin du mois calendrier au cours duquel prend fin cet état de crise. (JO, Mém. A 238 du 3 avril 2020)*
*Dérogé par **L. 20.6.20, 1er** : Par dérogation aux articles 11, alinéa 2, et 12, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale et à l'article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2, première et deuxième phrases, du Code du travail, l'assurance maladie-maternité prend en charge l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 9, alinéas 1er et 2 du Code de la sécurité sociale due aux salariés et aux non-salariés pendant la période se situant entre le premier jour du mois de calendrier qui suit le 18 mars 2020 et le dernier jour du mois de calendrier au cours duquel prend fin l'état de crise, tel que déclaré par le règlement grand-ducal modifié du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et prorogé par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19.*
La prise en charge par l'assurance maladie-maternité de l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'alinéa 1er s'applique sans préjudice de l'obligation pour l'employeur de veiller à ce que le salarié incapable de travailler soit indemnisé au niveau de l'intégralité du salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail 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 dix-huit mois de calendrier successifs. JO, Mém A 511 du 21 juin 2020)

4) ***R. 8.4.20, 1er :** Le délai des vingt-six semaines de protection contre le licenciement prévu au paragraphe 3 de l'article L. 121-6 du Code du travail est suspendu pendant la durée de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et confirmé par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise.*
Pendant la période de suspension, l'employeur averti conformément au paragraphe 1er de l'article L. 121-6 du Code du travail ou en possession du certificat médical visé au paragraphe 2 du même article, n'est pas autorisé, sauf pour motifs graves, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2 du Code du travail.
La fraction des vingt-six semaines restant à courir au début de la crise reprend son cours au lendemain de la fin de l'état de crise. (JO, Mém. A 266 du 8 avril 2020)

5) ***L. 19.12.20,3 et 4:***

Art.3. Par dérogation à l'article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 1er, du même code, l'employeur averti conformément à l'article L. 121-6, paragraphe 1er, du Code du travail, en possession du certificat médical visé à l'article L. 121-6, paragraphe 2, du Code du travail ou en possession d'une ordonnance officielle de mise en quarantaine ou de mise en isolement visée à l'article 2 n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2 du Code du travail pour une période de vingt-six semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail. (JO, Mém. A 1039 du 21 décembre 2020)

Art.4. Cette dérogation reste applicable jusqu'au 30 juin 2021.

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail 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 dix-huit [1) 2)] mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.[3)] Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.

L. 13.5.08,1,2°,a)

L. 7.8.15,6,1°

Pour le salarié tombé malade qui disposait de son horaire de travail au moins jusqu'à la fin du mois de calendrier couvrant l'incapacité de travail on entend par maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail au sens de l'alinéa qui précède le salaire de base du mois concerné augmenté de toutes les primes et suppléments courants ainsi que des majorations auxquelles le salarié aurait eu droit s'il avait travaillé conformément à son horaire de travail prévu pour la période d'incapacité de travail.

L. 8.4.18,I,1°

Pour le salarié tombé malade qui ne disposait pas de son horaire de travail au moins jusqu'à la fin du mois de calendrier couvrant l'incapacité de travail on entend par maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail au sens de l'alinéa qui précède le versement d'une indemnité journalière égale au salaire journalier moyen des six mois précédant immédiatement la survenance de la maladie.

Pour les salariés qui sont payés au rendement ou à la tâche ou dont le salaire est fixé en pourcentage, au chiffre d'affaires ou soumis à des variations prononcées, la moyenne du salaire des douze mois précédents sert de base au calcul de l'indemnité journalière à verser.

Si le salarié exerce son activité professionnelle auprès de cet employeur depuis moins de six respectivement douze mois, la période de référence pour établir la moyenne est réduite à la période d'occupation effective.

Au cas où les six respectivement douze mois précédant immédiatement la survenance de la maladie comprennent des périodes de congé, de congé maladie, de chômage partiel, de chômage dû aux intempéries, ou de chômage accidentel ou technique involontaire, celles-ci sont immunisées.

Le salaire journalier moyen est établi à partir du salaire mensuel brut du salarié.

Il est obtenu en multipliant le salaire horaire brut, qui est calculé en divisant le salaire mensuel brut par cent-soixante-treize heures respectivement par le nombre d'heures de travail mensuels normal résultant de la convention collective ou du contrat de travail applicable, par le nombre d'heures travaillées par jour.

Si pendant la période de référence prévue pour le calcul de l'indemnité de maladie ou pendant la durée de la maladie interviennent des majorations de salaire définitives résultant de la loi, de la convention collective ou du contrat individuel de travail, il doit, pour chaque mois, en être tenu compte pour le calcul de l'indemnité de maladie.

Pour le calcul de l'indemnité, il n'est pas tenu compte des avantages non périodiques, des gratifications et primes de bilan, des frais accessoires occasionnés par le travail ainsi que des heures supplémentaires.

Les dispositions des alinéas 1 et 2 cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si la présentation du certificat médical n'est pas effectuée avant l'expiration du troisième jour d'absence du salarié.

L. 31.7.06,annexe

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(4) Les dispositions du paragraphe (3) ne sont pas applicables:

si l'incapacité de travail constitue la conséquence d'un crime ou d'un délit auquel le salarié a participé volontairement;

si l'avertissement sinon la présentation du certificat d'incapacité de travail sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable, sauf en cas d'hospitalisation urgente du salarié, auquel cas la présentation du certificat d'incapacité de travail dans les huit jours de l'hospitalisation rend

---

1) Par L. 10.8.18, 1, le terme « douze » est remplacé par le terme « dix-huit ».

*2) **L. 10.8.18,3:** Entrée en vigueur: 1er janvier 2019.*

*3) **L. 13.5.08,11:***
Les délais prévus à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 nouveau du Code du travail sont computés à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi. En attendant que cette computation sorte ses effets, les anciennes dispositions restent applicables.
Le niveau des indemnités pécuniaires de maladie en cours au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi ne peut être réduit du fait de l'application des nouvelles dispositions.

nulle et sans effets la lettre de notification de la résiliation du contrat, ou, le cas échéant, la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(5) L'employeur peut résilier le contrat de travail du salarié après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2 [1].

L'employeur qui ne résilie pas le contrat de travail du salarié après la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er, est obligé de compléter l'indemnité pécuniaire de maladie ou l'allocation lui servie jusqu'à parfaire le montant de son salaire net au plus tard jusqu'à l'expiration des douze mois qui suivent celui de la survenance de l'incapacité de travail.

(6) Si le salarié peut réclamer à un tiers, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage résultant pour lui de la maladie ou de l'accident, ce droit, pour autant qu'il concerne l'indemnisation pour pertes de salaire subies pendant les périodes visées aux paragraphes (4) et (5), passe à l'employeur jusqu'à concurrence du salaire et des indemnités par lui payées.

Les dispositions de l'article 453 du Code de la sécurité sociale concernant l'intervention des institutions d'assurance dans l'action dirigée contre le tiers responsable sont applicables à l'égard de l'employeur. L. 13.5.08,1,2°,b)

Les procédures en cas de reclassement professionnel externe, au sens du livre V, titre V, chapitre Ier relatif à l'emploi des salariés incapables d'exercer leur dernier poste de travail, ne sauraient porter préjudice à l'application du présent article. L. 31.7.06,annexe

Section 5. Révision du contrat de travail

Art. L. 121-7. Toute modification en défaveur du salarié portant sur une clause essentielle du contrat de travail doit, sous peine de nullité, être notifiée au salarié dans les formes et délais visés aux articles L. 124-2 et L. 124-3 et indiquer la date à laquelle elle sort ses effets. Dans ce cas, le salarié peut demander à l'employeur les motifs de la modification et l'employeur est tenu d'énoncer ces motifs dans les formes et délais prévus à l'article L. 124-5.

La modification immédiate pour motif grave doit être notifiée au salarié, sous peine de nullité, dans les formes et délais prévus aux articles L. 124-2 et L. 124-10.

La résiliation du contrat de travail découlant du refus du salarié d'accepter la modification lui notifiée constitue un licenciement susceptible du recours judiciaire visé à l'article L. 124-11.

(alinéa abrogé) L. 23.7.15,I,1°

Section 6. Suspension du contrat de travail

Art. L. 121-8. Sans préjudice des dispositions des articles L. 125-1, paragraphe (1), et L. 125-2, l'employeur n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail pendant la période se situant entre le jour de la saisine de la commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale en application de l'article L. 552-2 et le jour de la notification de la décision de la commission mixte. En cas de recours introduit par le salarié contre la décision de reclassement professionnel interne conformément à l'article L. 552-3, le contrat de travail est suspendu jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé. L. 31.7.06,annexe

[...]

Chapitre V - **Cessation du contrat de travail**

[...]

Section 2. Cessation de plein droit du contrat de travail

Art. L. 125-2. Le contrat de travail cesse de plein droit le jour de la déclaration d'inaptitude du salarié à l'occupation envisagée lors de l'examen médical d'embauche, conformément aux dispositions de l'article L. 326-1.

Art. L. 125-3. Le contrat de travail cesse de plein droit le jour de l'attribution au salarié d'une pension de vieillesse et au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans à condition qu'il ait droit à une pension de vieillesse.

Art. L. 125-4. Le contrat de travail cesse de plein droit:

1. le jour de la décision portant attribution au salarié d'une pension d'invalidité; au cas où le salarié continue à exercer ou reprend une activité professionnelle en conformité avec les dispositions légales régissant la pension d'invalidité, un nouveau contrat de travail peut être conclu;
2. le jour de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie lui accordée conformément à l'article 9, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;
3. pour le salarié qui présente une incapacité d'exercer son dernier poste de travail, le jour de la notification de la décision de la commission mixte retenant un reclassement professionnel externe;

---

1) Par L. 7.8.15,6,2° les termes « après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er » sont remplacés par les termes « après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2 ».

4. le jour du retrait de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé à la personne handicapée;
5. le jour où la confirmation de la décision de réorientation vers le marché du travail ordinaire est notifiée au salarié handicapé par la Commission d'orientation ou par les juridictions compétentes.

[...]

LIVRE II - REGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

TITRE PREMIER - **Durée de travail**

Chapitre Premier - **Durée de travail en général**

[...]

Section 10. Majorations de rémunération

Art. L. 211-27. (1) Les heures supplémentaires sont soit compensées par du temps de repos rémunéré, à raison d'une heure majorée d'une demi-heure de temps libre rémunéré par heure supplémentaire travaillée soit comptabilisées au même taux sur un compte épargne temps dont les modalités peuvent être fixées par la convention collective applicable ou par tout autre accord entre partenaires sociaux conclu au niveau approprié. L. 13.5.08,1,10°

(2) Dans les entreprises qui appliquent une période de référence légale ou conventionnelle, les heures supplémentaires constatées en fin de période de référence sont compensées au courant de la période de référence suivante en application du taux de majoration ci-dessus ou comptabilisées au même taux sur un compte épargne temps tel que visé ci-dessus.

Pour les heures supplémentaires constatées en fin de période de référence, celles résultant du non-respect des délais de préavis fixés au paragraphe 3 de l'article L. 211-7 ou du dépassement des limites fixées au paragraphe 4 du même article le moment de la compensation est fixé en principe selon le désir du salarié, à moins que les besoins du service et les désirs justifiés d'autres salariés de l'entreprise ne s'y opposent. Dans ce cas, les heures supplémentaires non encore compensées à la fin de l'année de calendrier peuvent être reportées exceptionnellement jusqu'au 31 mars de l'année qui suit. L. 23.12.16,1er,5°

(3) Si pour des raisons inhérentes à l'organisation de l'entreprise, la récupération ne peut pas se faire selon les modalités définies sous (1) et (2) ou si le salarié quitte l'entreprise pour une raison quelconque avant d'avoir récupéré les heures supplémentaires prestées le salarié a droit, pour chaque heure supplémentaire, au paiement de son salaire horaire normal majoré de quarante pour cent. Ces cent quarante pour cent sont exempts d'impôts et de cotisations en matière de sécurité sociale, à l'exception des cotisations pour prestations en nature sur l'heure supplémentaire non majorée. L. 13.5.08,1,10°

Le salaire horaire est obtenu en divisant les salaires mensuels par le nombre forfaitaire de cent soixante-treize heures.

(4) Au cas où une convention collective est applicable, celle-ci fixe les modalités d'application des dispositions des paragraphes (1) à (3).

Lorsque la convention collective s'applique à un secteur, une branche ou plusieurs entreprises, elle peut prévoir les conditions auxquelles des accords subordonnés aux niveaux appropriés peuvent fixer les modalités d'application des paragraphes (1) à (3).

(5) Les conditions de rémunération des heures supplémentaires visées aux paragraphes (1) à (4) ci-dessus ne s'appliquent pas aux salariés ayant la qualité de cadres supérieurs.

Sont considérés comme cadres supérieurs au sens du présent chapitre, les salariés disposant d'une rémunération nettement plus élevée que celle des salariés couverts par la convention collective ou barémisés par un autre biais, tenant compte du temps nécessaire à l'accomplissement des fonctions, si ce salaire est la contrepartie de l'exercice d'un véritable pouvoir de direction effectif ou dont la nature des tâches comporte une autorité bien définie, une large indépendance dans l'organisation du travail et une large liberté des horaires de travail et notamment l'absence de contraintes dans les horaires.

La convention collective le cas échéant applicable ou l'accord subordonné mentionnent les catégories de personnel non couvertes au sens de la présente disposition. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-6, paragraphe 1, sont nulles toutes les clauses d'une convention collective et d'un contrat de travail individuel prétendant soustraire aux effets de la convention collective applicable des salariés qui ne remplissent pas l'ensemble des conditions fixées à l'alinéa qui précède.

Par ailleurs, l'ensemble de la législation en matière de durée de travail et d'heures supplémentaires est applicable aux salariés ne remplissant pas toutes les conditions fixées aux alinéas qui précèdent.

[...]

TITRE III - **Repos, congés et jours fériés légaux** L. 31.7.06,annexe

[...]

Chapitre IV - **Congés spéciaux**

[...]

L. 15.12.17,1er,7°

Section 7. Congé pour raisons familiales

Art. L. 234-50. 1) Sans préjudice de dispositions plus favorables prévues dans les conventions collectives, il est institué un congé spécial dit « congé pour raisons familiales ».

Art. L. 234-51. 2) 3) Peut prétendre au congé pour raisons familiales, le salarié ayant à charge un enfant, âgé de moins de 18 ans, nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents.

Il en est de même en cas de mise en quarantaine de l'enfant de moins de treize ans accomplis et de mesure d'isolement, d'éviction, d'éloignement, de mise à l'écart ou de maintien à domicile de l'enfant de moins de treize ans accomplis, pour des raisons impérieuses de santé publique, décidées ou recommandées par l'autorité nationale ou étrangère compétente, en vue de limiter la propagation d'une épidémie. L. 22.1.21,1er

---

1) ***L.15.12.20, 1er, 2 et 3 :***
Art. 1er.
Le Gouvernement est autorisé à participer au financement des mesures suivantes prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 :
1° le congé pour raisons familiales visé à l'article L. 234-50 du Code du travail tel que modifié pour lutter contre la propagation du coronavirus SARS-CoV-2 Covid-19 ;
(...)
Art. 2.
Les dépenses totales engagées au titre des mesures énumérées à l'article 1er à hauteur de 386 000 000 euros sont à charge du budget de l'État.
La participation de l'État à verser à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie-maternité est échelonnée comme suit :
1° exercice budgétaire 2020 : 200 000 000 euros ;
2° exercice budgétaire 2021 : 62 000 000 euros ;
3° exercice budgétaire 2022 : 62 000 000 euros ;
4° exercice budgétaire 2023 : 62 000 000 euros.
Art. 3.
Après l'article budgétaire 17.5.42.005 de la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020 est inséré l'article budgétaire 17.5.42.006 nouveau, libellé comme suit :
« – 17.5.42.006 – Participation de l'État au financement de l'assurance-maladie : dotation pour dépenses liées aux mesures Covid-19. Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice : 200.000.000 euros ».

2) *Dérogé par **L. 20.6.20, 1er** : Par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er, du Code du travail peut également prétendre au congé pour raisons familiales le salarié ou le travailleur indépendant ayant à charge :*
1° un enfant vulnérable au Covid-19 à condition de produire un certificat médical attestant cette vulnérabilité ;
2° un enfant né à partir du 1er septembre 2015 ;
3° un enfant scolarisé de moins de treize ans accomplis dont l'école est fermée ou dont les cours restent suspendus pour des raisons directement liées à la crise sanitaire ou qui ne peut être pris en charge par aucune école ou structure d'accueil en raison de la mise en œuvre d'un plan de prise en charge en alternance des élèves ou de l'application de mesures barrière imposées, à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse.
Pour les écoles et structures d'accueil situées en dehors du territoire luxembourgeois, un document officiel émanant de l'autorité compétente du pays concerné est à joindre à la demande par le bénéficiaire.
La limite d'âge de moins de treize ans accomplis ne s'applique pas aux enfants qui bénéficient de l'allocation spéciale supplémentaire au sens de l'article 274 du Code de la sécurité sociale.
*Dérogé par **L. 24.12.20,1er, 3 et 4** :*
Art. 1er. Par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er, du Code du travail, peut également prétendre au congé pour raisons familiales le salarié ou le travailleur indépendant ayant à charge :
1° un enfant vulnérable au Covid-19 à condition de produire un certificat médical attestant cette vulnérabilité et la contre-indication de fréquenter l'école ou une structure d'éducation et d'accueil ;
2° un enfant de moins de treize ans accomplis qui, pour des raisons liées à la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19, ne peut fréquenter l'école ou une structure d'éducation et d'accueil ou qui bénéficie d'un enseignement à distance à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse ;
3° un enfant né après le 1er septembre 2016.
Pour les écoles et structures d'accueil situées en dehors du territoire luxembourgeois, un document officiel émanant de l'autorité compétente du pays concerné est à joindre à la demande par le bénéficiaire.
La limite d'âge de moins de treize ans accomplis ne s'applique pas aux enfants qui bénéficient de l'allocation spéciale supplémentaire au sens de l'article 274 du Code de la sécurité sociale.
Art. 3. Les salariés en situation effective de chômage partiel prévu aux articles L. 511-1 à L. 511-15 et L. 512-7 à L. 512-10 du Code du travail ne sont pas éligibles à la dérogation prévue à l'article 1er.
Art. 4. La présente loi entre en vigueur le 28 décembre 2020 et reste applicable jusqu'au 20 janvier 2021 inclus.

L. 22.1.21, 4,7 et 8: Art. 4. *Par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er, du même code, peut également prétendre au congé pour raisons familiales le salarié ou le travailleur indépendant ayant à charge :*

1° un enfant vulnérable au Covid-19 à condition de produire un certificat médical attestant cette vulnérabilité et la contre-indication de fréquenter l'école ou une structure d'accueil pour enfants, à savoir un service d'éducation et d'accueil pour jeunes enfants, un service d'éducation et d'accueil pour enfants scolarisés, une mini-crèche ou un accueil auprès d'un assistant parental ;

2° un enfant né avant le 1er septembre 2017 et âgé de moins de treize ans accomplis ou n'ayant pas quitté l'enseignement fondamental, pendant la période pour laquelle, pour des raisons liées à la crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19, le ministre ayant l'Éducation nationale, l'Enfance et la Jeunesse dans ses attributions a décidé une fermeture partielle ou totale des écoles, avec ou sans enseignement à distance, ou des structures d'accueil pour enfants définies au point 1°, sous réserve qu'elles accueillent des enfants scolarisés, et à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse ;

3° un enfant né à partir du 1er septembre 2016, pendant la période pour laquelle, pour des raisons liées à la crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19, le ministre ayant l'Éducation nationale, l'Enfance et la Jeunesse dans ses attributions a décidé une fermeture partielle ou totale des structures d'accueil pour enfants définies au point 1°, sous réserve qu'elles accueillent des jeunes enfants, et à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse ;

4° un enfant de moins de treize ans accomplis fréquentant une école ou une structure d'accueil définie au point 1° qui, pour des raisons liées à la crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19, a dû être fermée de façon isolée par l'autorité publique compétente à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par l'autorité publique compétente.

En cas de fermeture totale ou partielle ou de façon isolée, avec ou sans enseignement à distance des écoles ou des structures d'accueil pour enfants situées en dehors du territoire luxembourgeois, pour des raisons liées à la crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19, un document officiel émanant de l'autorité compétente du pays concerné attestant la situation donnée est à joindre à la demande par le bénéficiaire.

La limite d'âge de moins de treize ans accomplis ne s'applique pas aux enfants qui bénéficient de l'allocation spéciale supplémentaire au sens de l'article 274 du Code de la sécurité sociale.

Art.7. *Les salariés en situation effective de chômage partiel prévu aux articles L. 511-1 à L. 511-15 et L. 512-7 à L. 512-10 du Code du travail ne sont pas éligibles à la dérogation prévue à l'article 4.*

Art. 8. *Les articles 4 à 7 produisent leurs effets au 21 janvier 2021 et restent applicables jusqu'au 2 avril 2021 inclus.*

(JO, Mém. A 45 du 22 janvier 2021)

L.2.4.21, 1er: *À l'article 8 de la loi du 22 janvier 2021 portant : 1° modification des articles L. 234-51, L 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2° dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail, les termes « jusqu'au 2 avril 2021 inclus » sont remplacés par les termes « jusqu'au 17 juillet 2021 inclus ». (JO, Mém. A 268 du 2 avril 2021)*

L. 15.7.21, 12 : *À l'article 8 de la loi modifiée du 22 janvier 2021 portant : 1° modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2° dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail, les termes « 17 juillet » sont remplacés par les termes « 14 septembre ». (JO, Mém. A 536 du 15 juillet 2021)*

L. 14.9.21, 10 : *À l'article 8 de la loi modifiée du 22 janvier 2021 portant : 1° modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2° dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail, les termes « 14 septembre » sont remplacés par les termes « 18 octobre ». (JO, Mém. A 669 du 14 septembre 2021)*

L. 18.10.21, 14 : *À l'article 8 de la loi modifiée du 22 janvier 2021 portant : 1° modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2° dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail, les termes « 18 octobre » sont remplacés par les termes « 18 décembre ». (JO, Mém. A 732 du 18 octobre 2021)*

L. 16.12.21, 27 : *À l'article 8 de la loi modifiée du 22 janvier 2021 portant : 1° modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; 2° dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail, les termes « 18 décembre 2021 » sont remplacés par les termes « 28 février 2022 ». (JO, Mém. A 875 du 16 décembre 2021)*

3) ***R. 27.03.20, 1er :*** *Par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er, du Code du travail, le salarié ayant à charge un enfant, âgé de moins de 18 ans, nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents, ne peut prétendre, pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, au congé pour raisons familiales qu'à condition que ni le salarié demandeur, ni l'autre parent, ni un autre membre du ménage en question ne tombe sous le régime du chômage partiel prévu aux articles L. 511-1 et suivants du même Code pendant la période pour laquelle le congé est sollicité et qu'aucun autre moyen de garde ne soit disponible. (Jo, Mém. A 203 du 27 mars 2020)*

R. 20.5.20, 1er : *Par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er du Code du travail peut également prétendre au congé pour raisons familiales le salarié ou le travailleur indépendant ayant à charge :*

1. un enfant vulnérable à condition de produire un certificat médical attestant cette vulnérabilité ;

2. un enfant né à partir du 1er septembre 2015 ;

3. un enfant scolarisé de moins de treize ans dont l'école est fermée ou dont les cours restent suspendus pour des raisons directement liées à la crise sanitaire ou qui ne peut être pris en charge par aucune école ou structure d'accueil en raison de la mise en œuvre d'un plan de prise en charge en alternance des élèves ou de l'application de mesures barrière imposées, à condition de produire un certificat attestant la situation donnée émis par le Ministère de l'Éducation nationale.

Pour les écoles et structures d'accueil situées en dehors du territoire luxembourgeois, le Ministère visé ci-dessus statue sur base d'un document officiel produit par le bénéficiaire et émanant de l'autorité compétente de son pays de résidence. (JO, Mém. 415 du 20 mai 2020)

Est considéré comme enfant à charge, l'enfant né dans le mariage, l'enfant né hors mariage et l'enfant adoptif qui au moment de la survenance de la maladie nécessite la présence physique d'un des parents. L. 15.12.17,1er,7°

La limite d'âge de dix-huit ans ne s'applique pas aux enfants qui bénéficient de l'allocation spéciale supplémentaire au sens de l'article 274 du Code de la sécurité sociale.

Art. L. 234-52.[1] 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 et la condition d'hospitalisation ne s'applique pas. [2] L. 25.5.20, 1er

Le congé pour raisons familiales peut être fractionné. L.15.12.17, 1er,7°

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

La durée du congé pour raisons familiales peut être prorogée, pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2, ainsi que [3] 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. [4] [5] R. 10.5.99

Art. L. 234-53. Pour les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 1er, l'absence du bénéficiaire lors d'un congé pour raisons familiales est justifiée moyennant un certificat médical [6] attestant la maladie, l'accident ou d'autres raisons impérieuses de santé de l'enfant, la nécessité de la présence du bénéficiaire et la durée de celle-ci. Pour les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2, l'absence du bénéficiaire est justifiée par un certificat de l'autorité nationale ou étrangère compétente attestant la décision ou la recommandation. L. 22.1.21,3

Le bénéficiaire est obligé, le jour même de son absence, d'en avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci. L.15.12.17,1er,7°

Art. L. 234-54. (1) La période du congé pour raisons familiales est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail restent applicables aux bénéficiaires.

(2) L'employeur averti conformément à l'article L.234-53 n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L.124-2.

Toutefois, les dispositions de l'alinéa qui précède cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat médical n'est pas présenté.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L.125-1 et de l'article L.121-5, paragraphe 2, quatrième alinéa.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

---

1) ***L. 15.12.17,2:***
Les jours de congé pour raisons familiales déjà pris au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi sur base des anciennes dispositions légales dans la tranche d'âge concernée sont portés en déduction du nombre maximal de jours de congé familial pouvant être attribués dans la tranche d'âge en question.

2) *Entrée en vigueur : 6 mars 2020.*

3) ***L. 22.1.21, 2 :*** *Les termes « , sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, » sont supprimés et les termes « pour tous les cas visés à l'article L. 234-51, alinéa 2, ainsi que » sont insérés entre les termes « prorogée » et les termes « pour les enfants ».*

4) *Par **R. 25.3.2020** les termes « et la condition d'hospitalisation ne s'applique pas » ont été ajoutés pour la durée de l'état de crise fixé par L. 23.03.20. (JO, Mém. A. 191 du 25 mars 2020)*

5) ***L.22.1.21, 5:*** *Par dérogation à l'article L. 234-52, alinéa 5, du même code, la durée du congé pour raisons familiales peut également être prorogée dans les cas visés à l'article 4. (JO, Mém. A 45 du 22 janvier 2021)*

6) ***L.22.1.21, 6:*** *Par dérogation à l'article L. 234-53 du même code, l'absence du salarié bénéficiaire d'un congé pour raisons familiales pris par dérogation à l'article L. 234-51, alinéa 1er, du Code du travail est justifiée par un certificat médical pour les cas visés à l'article 4, point 1°, et par un certificat émanant du Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse ou de l'autorité publique compétente, ou bien par un document officiel émanant de l'autorité compétente du pays concerné dans les cas visés à l'article 4, points 2° à 4°.*
Dans tous ces cas le bénéficiaire du congé pour raisons familiales est considéré comme couvert par un certificat médical tel que prévu à l'article L. 121-6, paragraphe 2, du Code du travail à l'égard de l'employeur et de la Caisse nationale de santé. (JO, Mém. A 45 du 22 janvier 2021)

(3) Les dispositions du paragraphe 2 ne sont pas applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat médical visé à l'article L.234-53, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(4) L'article L.121-6, paragraphe 3, deuxième alinéa n'est pas applicable au congé pour raisons familiales pour autant qu'il prévoit au profit du salarié le maintien intégral de son traitement pour la fraction du mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents.

Art. L. 234-55. Toute contestation relative au congé pour raisons familiales relevant d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence des tribunaux du travail.

Section 8. Congé d'accueil

Art. L. 234-56. (1) En cas d'adoption par deux conjoints d'un enfant âgé n'ayant pas atteint l'âge de douze ans accomplis, le parent occupé dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou [1] d'un contrat de louage de services par un employeur du secteur privé a droit à un congé dit « congé d'accueil », d'une durée de douze semaines, sur présentation d'une attestation délivrée par le tribunal selon laquelle la procédure d'adoption est introduite. L. 15.12.17,1er,8°

Si les deux parents sont occupés dans le cadre d'un contrat de louage de services par un employeur du secteur privé, ils désignent d'un commun accord celui qui sollicite le congé d'accueil. L. 3.11.16,1er,8°

Il en est de même si l'un des parents exerce une activité professionnelle non salariée.

Lorsque le congé d'accueil a été sollicité et accordé à un parent conformément aux dispositions du présent paragraphe, il ne peut plus être sollicité par l'autre parent.

(alinéa abrogé) [2]

(2) S'il n'y a qu'un seul adoptant salarié, celui-ci peut seul bénéficier du congé d'accueil, à moins que l'enfant n'ayant pas atteint l'âge de douze ans accomplis ne vive déjà en communauté domestique avec l'adoptant ou qu'il s'agisse de l'enfant de son conjoint ou partenaire au sens de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats. L. 3.11.16,1er,8°

Art. L. 234-57. Les dispositions prévues par les articles L. 332-3, L. 332-4 et L. 337-1 à L. 338 1 du Code du travail sont applicables aux salariés bénéficiaires du congé d'accueil visé à l'article L.234-56, sauf adaptation de terminologie s'il y a lieu. L. 13.5.08,9

Art. L. 234-58. Les infractions aux dispositions des articles L. 234-56 et L. 234-57 sont punies d'une peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement. L. 31.7.06,annexe

[...]

Section 10. Congé d'accompagnement [3] L. 16.3.09,9

Art. L. 234-65. Il est institué un congé spécial pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, désigné ci-après par «congé d'accompagnement», qui peut être demandé par tout travailleur salarié dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, 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 souffre d'une maladie grave en phase terminale.

Art. L. 234-66. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

Le congé d'accompagnement peut être fractionné. Le salarié peut convenir avec son employeur d'un congé d'accompagnement à temps partiel; dans ce cas la durée du congé est augmentée proportionnellement.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès de la personne en fin de vie.

Art. L. 234-67. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à une seule personne sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs personnes se partagent l'accompagnement de la personne en fin de vie, elles peuvent bénéficier chacune d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

Art. L. 234-68. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale de la personne en fin de vie et la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé.

---

1) Par L. 12.7.19,2 les termes « d'un contrat d'apprentissage ou » sont insérés entre ceux de « dans le cadre » et « d'un contrat de louage de services ».

2) Par L. 1.8.18,10 l'alinéa 5 est supprimé.

3) Le même congé a été introduit dans le statut général des fonctionnaires de l'État et dans celui des fonctionnaires communaux. Articles 11 et 12 de la loi du 16.3.09 relative aux soins palliatifs.

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci au plus tard le premier jour de son absence.

A la demande de son employeur ou de la caisse de maladie, le salarié doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.

Art. L. 234-69. (1) La période du congé d'accompagnement est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail restent applicables aux bénéficiaires.

(2) L'employeur averti conformément à l'article L. 234-68 n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2.

Les dispositions de l'alinéa qui précède cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat médical n'est pas présenté.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L. 125-1 et de l'article L. 121-5 du Code du travail.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(3) Les dispositions du paragraphe 2 ne sont pas applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat médical visé à l'article L. 234-69, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

Art. L. 234-70. Toute contestation relative au congé d'accompagnement survenue dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence des juridictions de travail.

Section 11. Congé pour mandats sociaux

Art. L. 234-71. Les salariés remplissant le mandat de membre d'une chambre professionnelle, de membre d'un organe d'une institution de sécurité sociale, d'assesseur auprès du Tribunal du travail, d'assesseur-assuré et d'assesseur-employeur du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale ont droit à un congé spécial pour remplir leur mandat. Ils avisent leur employeur chaque fois qu'ils sont appelés à l'exercice de leur mandat. L. 13.5.08,1,13°

Un règlement grand-ducal peut fixer pour chacun de ces mandats et selon les modalités et critères qu'il détermine le nombre maximum de jours de travail ou parties de jours de travail qui sont considérés au titre du présent congé.

Pendant ce congé, les salariés qui exercent un de ces mandats ou une de ces fonctions peuvent s'absenter du lieu de leur travail avec maintien de leur rémunération normale pour remplir leurs mandats ou fonctions.

L'interruption du travail pendant le temps requis pour cet exercice n'autorise pas l'employeur à résilier le contrat avant terme.

Il est remboursé à l'employeur à charge de la chambre professionnelle, de l'institution de sécurité sociale ou de la juridiction un montant correspondant au salaire brut majoré des cotisations patronales versées aux institutions de sécurité sociale pendant la période pendant laquelle le salarié s'est absenté du travail pour remplir son mandat, aux conditions et modalités fixées par règlement grand-ducal. R.19.12.08

Chapitre V. - Compte épargne-temps L. 12.4.19,1er,2°

Section 1re. - Mise en place du compte épargne-temps [1)]

Art. L.235-1. Un compte épargne-temps peut être mis en place par une entreprise au profit de ses salariés. Par salarié, on entend toute personne liée à l'entreprise par un contrat de travail défini conformément à l'article L. 121-1 et bénéficiant d'une ancienneté de deux ans.

Aucun salarié ne peut être obligé d'alimenter le compte épargne-temps contre sa volonté.

Art. L.235-2. (1) Un compte épargne-temps peut être mis en place par une convention collective de travail établie conformément à l'article L.161-1 et suivants, ou un accord sectoriel ou national en matière de dialogue social interprofessionnel conformément à l'article L.165-1.

(2) Les accords en matière de dialogue social interprofessionnels visés au paragraphe 1er fixent un cadre général national ou sectoriel afin de permettre l'instauration d'un système de compte

1) *L'article 4 de la loi du 12 avril 2019 portant introduction d'un compte épargne-temps et modifiant 1° le Code du travail; 2° le Code civil; 3° la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu prévoit que « Dans les entreprises dont la convention collective de travail conclue avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi prévoit un compte épargne-temps les règles y relatives restent applicables pendant toute la durée de validité de la convention en question. »*

épargne-temps dans les entreprises non couvertes par une convention collective et accordent à ces entreprises la possibilité d'installer un système de compte épargne-temps.

(3) La mise en place d'un compte épargne-temps telle que prévue au paragraphe 2 doit résulter d'un commun accord entre l'employeur et sa délégation du personnel dans le respect des modalités arrêtées dans le cadre de l'accord interprofessionnel.

(4) Les comptes épargne-temps instaurés conformément au paragraphe 3 sont notifiés au ministre ayant le Travail dans ses attributions qui, après consultation des parties signataires des accords prévus au paragraphe 2, procède à l'homologation de l'accord.

Section 2. - Alimentation du compte épargne-temps

Art. L.235-3. Le compte épargne-temps individuel est tenu en heures.

Art. L.235-4. Sur demande écrite du salarié peuvent être mis sur le compte épargne-temps :

1° les jours de congé supplémentaires accordés sur base de l'article L.211-6, paragraphe 2, alinéas 8 à 10 ;

2° les soldes excédentaires de la période de référence ou de l'horaire mobile définis comme tels conformément à l'article L.211-8 ;

3° les heures supplémentaires définies comme telles conformément à l'article L.211-22 ;

4° le repos compensatoire prévu à l'article L.231-7 ;

5° le repos compensatoire prévu à l'article L.232-3 ;

6° les jours de congé supplémentaires au-delà du minimum légal prévu à l'article L.233-4 dans la mesure où les jours de congé correspondants n'ont pas encore été pris dans l'année en cours et ont été accordés conformément à un contrat de travail ou une convention collective ;

7° un maximum de cinq jours de congé payé de récréation n'ayant pu être pris au cours de l'année de calendrier pour des raisons de maladie du salarié, pour des raisons de congé de maternité ou de congé parental en vue de pouvoir en profiter au-delà du 31 mars de l'année qui suit et qui est tombé en désuétude conformément à l'alinéa 1er de l'article L.233-10.

Art. L.235-5. Le solde horaire du compte épargne-temps est limité à mille huit cents heures.

Section 3. - Utilisation du compte épargne-temps

Art. L.235-6. Le compte épargne-temps est utilisé en heures.

Sur demande écrite du salarié l'utilisation des heures du compte épargne-temps empiétant sur le temps de présence obligatoire au travail est accordée par l'employeur. Cette utilisation des heures du compte épargne-temps est fixée en principe selon les désirs du salarié à moins que les besoins du service ou les désirs justifiés d'autres salariés de l'entreprise ne s'y opposent. Dans tous les cas, si le salarié demande l'utilisation des heures du compte épargne-temps le congé doit être fixé au moins un mois à l'avance.

L'accord entre partenaires sociaux pourra prévoir un délai différent en fonction de la durée d'absence sollicitée.

Pendant la durée de la relation de travail le compte épargne-temps peut être utilisé par du congé rémunéré au salaire horaire de base à temps plein ou à temps partiel sans que dans ce dernier cas la durée de travail hebdomadaire moyenne ne puisse être inférieure à dix heures.

Si le salarié tombe malade pendant qu'il utilise les droits accumulés sur le compte épargne-temps, les journées de maladie reconnues comme telles par certificat médical ne sont pas à considérer comme jours de congés consommés au titre du compte épargne-temps et y sont recréditées. Si le salarié se trouve au pays, le certificat médical est à adresser à l'employeur dans les trois jours ouvrables. S'il se trouve à l'étranger, l'employeur doit être informé aussi rapidement que possible.

Si un congé extraordinaire au sens de l'article L.232-2 se produit au cours de la période où le salarié est en congé au titre de l'utilisation de ses droits acquis au compte épargne-temps, ledit congé est interrompu et les jours de congé couverts par le congé extraordinaire sont recrédités sur le compte épargne-temps.

Section 4. - Protection du salarié

Art. L.235-7. Le congé pris par l'utilisation des droits accumulés sur le compte épargne-temps est assimilé à du temps de travail effectif pour la détermination du congé annuel du salarié ainsi que pour les droits et obligations qui découlent de l'ancienneté du salarié y compris le cas échéant les droits en relation avec un régime de pension complémentaire.

Pendant la période d'utilisation de ses droits acquis sur le compte épargne-temps le salarié est considéré en congé payé et l'employeur est tenu de conserver au salarié absent son emploi ou en cas d'impossibilité un emploi similaire correspondant à ses qualifications et assorti d'un salaire au moins équivalent.

Section 5. - Liquidation du compte épargne-temps

Art. L.235-8. Dans les cas suivants la liquidation du solde des jours de congé figurant sur le compte épargne-temps du salarié se fait par le paiement de la part de l'employeur d'une indemnité compensatoire correspondant à la conversion monétaire de l'ensemble des droits que le salarié a acquis en les multipliant par le taux horaire en vigueur au moment du paiement :

a) en cas de résiliation avec effet immédiat du contrat de travail conformément aux articles L.125-1 paragraphe 1er, L.125-3 et L.125-4 ;
b) en cas de cessation du contrat de travail à l'initiative de l'une des parties ou d'un commun accord ;
c) en cas de décès du salarié où l'indemnité compensatoire est versée aux ayants droit.

Section 6. - Obligations de l'employeur

Art. L.235-9. L'employeur doit mettre en place un système assurant la tenue exacte et détaillée du compte épargne-temps.

L'employeur doit assurer que la consultation individuelle par le salarié soit à tout moment garantie et que le salarié puisse sur base d'un relevé mensuel vérifier que l'approvisionnement correspond à ses désirs initiaux.

L'employeur ayant mis en place un compte épargne-temps conformément aux dispositions du présent chapitre doit provisionner au passif et à l'actif du bilan la contrepartie financière, augmentée des charges patronales et l'adapter, le cas échéant, à l'évolution du coût de la vie.

l'emploi. Il en est de même pour le salarié en période d'utilisation des droits acquis résultant d'un compte épargne-temps pour lequel le montant de l'indemnité de chômage complet est déterminé sur base du salaire brut effectivement touché au cours des trois mois ayant précédé la période visée.

LIVRE III - PROTECTION, SECURITÉ ET SANTE DES SALARIÉS

L. 31.7.06,annexe

[...]

TITRE II - **Services de santé au travail**

[...]

Chapitre VI - **Examens médicaux**

[...]

Art. L. 326-9. (1) Lorsque le médecin du travail, après avoir procédé à un examen médical, constate l'inaptitude du salarié à occuper un poste de travail, il doit en informer le salarié et l'employeur par lettre recommandée, indiquant les voie et délai de recours.

L. 24.7.20,1er,1°

(2) Sauf dans les cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celles de tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail et, le cas échéant, un réexamen du salarié après deux semaines. L'étude du poste comporte une visite du poste faite en présence du salarié et de l'employeur si l'étude des conditions de travail l'exige.

L. 31.7.06,annexe

L'étude du poste doit porter sur les possibilités de mutation et de transformation du poste, justifiées par des considérations relatives notamment à la résistance physique ou à l'état de santé des salariés et comporte des propositions pour l'adaptation du poste que l'employeur devra prendre en considération, le tout dans la mesure du possible.

(3) L'employeur ne peut continuer à employer un salarié à un poste pour lequel il a été déclaré inapte par le médecin du travail.

(4) Sans préjudice des dispositions qui précèdent, l'employeur doit dans la mesure du possible affecter le salarié déclaré inapte pour un poste à un autre poste de travail.

(5) Si l'employeur occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total d'au moins vingt-cinq travailleurs et si après avoir respecté les dispositions des paragraphes 1er et 2 le médecin du travail compétent déclare le salarié inapte à son dernier poste de travail et aux tâches y relatives ou régime de travail, il saisit la Commission mixte si le salarié est en possession d'un certificat d'aptitude au poste de travail, établi par le médecin du travail compétent lors de l'embauche à ce dernier poste de travail ou s'il présente une ancienneté d'au moins trois ans.

L. 24.7.20,1er,2°

Le médecin du travail compétent établit un avis motivé constatant, le cas échéant, l'inaptitude du salarié pour le poste occupé. Dans son avis, le médecin du travail compétent se prononce sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle conformément à l'article L.551-1, paragraphe 3, alinéas 2 et 3, sur les possibilités de mutation et d'adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif

de l'inaptitude et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L.551-6, paragraphe 4.

Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail compétent peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans, à moins que les restrictions aient un caractère définitif.

Le médecin du travail compétent saisit la Commission mixte en lui transmettant son avis, accompagné des pièces justificatives établies en application des paragraphes 1er et 2. La Commission mixte décide soit le reclassement professionnel interne, soit le reclassement professionnel externe conformément à l'article L.552-1, paragraphe 1er.

Le médecin du travail compétent en informe l'employeur et le salarié concerné en leur faisant parvenir une copie du document portant saisine.

(6) Si l'employeur occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total de moins de vingt-cinq travailleurs et que le salarié est en possession d'un certificat d'aptitude au poste de travail, établi par le médecin de travail compétent lors de l'embauche à ce dernier poste de travail ou s'il présente une ancienneté d'au moins trois ans, le médecin du travail compétent peut, en accord avec le salarié, saisir la Commission mixte conformément au paragraphe 5, alinéas 2 à 5. L'accord du salarié doit être transmis par le médecin du travail compétent à la Commission mixte au moment de la saisine. La Commission mixte décide le reclassement professionnel interne ou externe conformément à l'article L.552-1, paragraphe 1er. Un reclassement professionnel interne ne peut être décidé que sur accord de l'employeur. L. 24.7.20,1er,3°

En cas de reclassement professionnel externe l'employeur est tenu de payer à son salarié, une indemnité forfaitaire qui varie en fonction de l'ancienneté de service du salarié comme suit :

1° un mois de salaire après une ancienneté de service continus de cinq ans au moins ;

2° deux mois de salaire après une ancienneté de service continus de dix ans au moins ;

3° trois mois de salaire après une ancienneté de service continus de quinze ans au moins ;

4° quatre mois de salaire après une ancienneté de service continus de vingt ans et plus.

L'ancienneté de service est appréciée à la date de la notification de la décision de reclassement professionnel externe.

L'indemnité est calculée sur base des salaires bruts effectivement versés au salarié pour les douze derniers mois qui précèdent immédiatement celui de la notification de la décision de reclassement professionnel externe. Sont compris dans les salaires servant au calcul de l'indemnité forfaitaire les indemnités pécuniaires de maladie ainsi que les primes et suppléments courants, à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

Cette indemnité ainsi versée au salarié est remboursée à l'employeur par le Fonds pour l'emploi sur demande écrite avec pièces à l'appui. La demande est à présenter, sous peine de forclusion, dans un délai de six mois à compter du jour de la notification de la décision de la Commission mixte.

Si l'employeur occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total d'au moins vingt-cinq travailleurs, la procédure prévue à l'article L.551-2, paragraphe 1er s'applique.

(7) Les salariés de nuit souffrant de problèmes de santé reconnus, liés au fait que ces salariés accomplissent un travail de nuit, sont réaffectés, dans la mesure du possible, à un travail de jour pour lequel ils sont aptes. L. 31.7.06,annexe

[...]

Chapitre VII - **Voies de recours et sanctions pénales**

Art. L. 327-1. Les constats, visés à l'article L. 326-9, à l'exception des paragraphes 5 et 6, peuvent faire l'objet, tant par le salarié que par l'employeur, d'une demande en réexamen auprès du médecin-chef de division de la santé au travail de la Direction de la santé, ou de tout autre médecin de cette division qu'il délègue à cet effet, qui décide et qui en informe le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou son remplaçant. L. 23.7.15,I,4°

(alinéa abrogé) L. 23.7.15,I,5°,a)

1) La demande en réexamen doit être introduite sous peine de forclusion avant l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de la notification du constat. Le médecin chef de division décidera également si la décision du médecin du travail du service compétent est suspensive de travail et s'il existe un danger immédiat pour la santé du salarié. L. 31.7.06,annexe

1) Contre la décision du médecin chef de division de la direction de la santé un recours est ouvert devant le Conseil arbitral des assurances sociales.

1) L'appel contre le jugement du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

2) Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 et suivants du Code de la sécurité sociale 3).

---

1) Alinéas renumérotés par L. 23.7.15,I,5°,a).

2) Alinéas renumérotés par L. 23.7.15,I,5°,a).

[1)] Les règles de procédure, de délai et de composition des juridictions sont celles applicables en matière d'assurance accidents. Ni le recours devant le Conseil arbitral, ni l'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale n'ont d'effet suspensif.

[1)] Les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont susceptibles d'un recours en cassation conformément à l'alinéa 4 de l'article 455 du Code de la sécurité sociale [1)]. Un règlement grand-ducal peut adapter la procédure aux particularités de la matière. Les conclusions des examens d'embauchage ne sont pas sujettes à recours.

Art. L. 327-2. Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement:

1. tout employeur qui occupe un salarié qui ne s'est pas soumis à un des examens médicaux prévus aux articles L. 326-1 à L. 326-9 ou aux règlements grand-ducaux pris en leur exécution;
2. tout employeur qui occupe un salarié visé sous l'article L. 326-9 malgré l'interdiction qui lui en est faite en vertu de cet article;
3. tout employeur dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L. 322-1, et notamment tout employeur qui, bien qu'étant dans les conditions prévues au dit article, n'organise pas un service;
4. tout employeur, membre d'une association d'entreprises, dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L. 322-1;
5. tout employeur qui refuse ou fait refuser au médecin du travail l'exécution des mesures inscrites à l'article L. 325-3;
6. tout employeur ou tout médecin du travail qui contrevient à l'article L. 326-3, dernier alinéa.

En cas de récidive dans les deux ans, ces peines peuvent être portées au double du maximum.

TITRE III - **Emploi de personnes enceintes, accouchées et allaitantes** [2)]

Chapitre Premier - **Champ d'application et définitions**

Art. L. 331-1. Le présent titre s'applique à toutes les femmes, sans distinction d'âge ou de nationalité, mariées ou non, qui sont liées par un contrat de travail ou d'apprentissage ou qui sont occupées en tant qu'élèves ou étudiantes pendant les vacances scolaires, pour autant qu'elles ne bénéficient pas d'autres dispositions légales ou conventionnelles plus favorables. [3)]

Art. L. 331-2. Aux fins du présent titre, le terme 1. «femme salariée» désigne toute femme tombant sous le champ d'application du présent titre;

2. « femme enceinte » désigne toute femme salariée en état de grossesse, qui a informé l'employeur de son état par certificat médical envoyé par lettre recommandée à la poste;

3. « femme allaitante » désigne toute femme salariée allaitant son enfant au-delà de la période de douze semaines suivant l'accouchement et qui en informe son employeur par certificat médical envoyé par lettre recommandée à la poste. Ce certificat médical doit être reproduit à la demande de l'employeur en vue de la continuation de l'application des dispositions des chapitres III, IV, V et VI du présent titre ainsi que des articles L.336-2 et L.336-3, sans que des demandes successives à cet effet ne puissent être faites à intervalles trop rapprochés; L. 15.12.17,1er,9°

4. « accouchement prématuré » désigne l'accouchement avant l'achèvement de la trente-septième semaine de grossesse. L. 31.7.06,annexe

(alinéa abrogé) L. 15.12.17,1er,10°

(alinéa abrogé)

Chapitre II - **Congé de maternité**

Art. L. 332-1. La femme enceinte ne peut être occupée pendant les huit semaines précédant la date présumée de l'accouchement. Cette période, dite congé prénatal, est attestée par un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement. L. 31.7.06, annexe

Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal tel que défini à l'article L. 332-2.

---

3) Par L. 23.7.15,I,5°,b) la référence aux articles 293 et suivants du Code de la sécurité sociale est remplacée par une référence aux articles 454 et suivants du Code de la sécurité sociale.

1) Par L. 23.7.15,I,5°,c) la référence à l'alinéa 5 de l'article 294 du Code de la sécurité sociale est remplacée par une référence à l'alinéa 4 de l'article 455 du Code de la sécurité sociale.

2) L. 13.5.08,3 (Mém. A 70 du 26.5.08, p. 965):
(1) Les dispositions relatives à la protection de la grossesse et de la maternité ne constituent pas une discrimination, mais une condition pour la réalisation de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes.
(2) Le principe de l'égalité de traitement n'empêche pas le maintien ou l'adoption de mesures spécifiques destinées à prévenir ou à compenser des désavantages liés au motif visé à l'article 1er, paragraphe (1) pour assurer la pleine égalité dans la pratique.

3) Arrêt n° 00142 de la Cour constitutionnelle du 14 décembre 2018.

Si l'accouchement a lieu après la date présumée, l'interdiction d'occuper la femme enceinte est prolongée jusqu'à l'accouchement sans que la durée du congé postnatal puisse être réduite.

Art. L. 332-2. La femme accouchée ne peut être occupée pendant les douze semaines qui suivent l'accouchement. Cette période, dite congé postnatal, est attestée par un certificat médical indiquant la date de l'accouchement. L. 15.12.17,1er,11°

Art. L. 332-3. (1) Pendant la durée du congé de maternité, l'employeur est tenu de conserver à la femme salariée absente son emploi ou, en cas d'impossibilité, un emploi similaire correspondant à ses qualifications et assorti d'un salaire au moins équivalente. L. 31.7.06,annexe

(2) La période du congé de maternité est prise en compte pour la détermination des droits liés à l'ancienneté. La femme salariée conserve en outre le bénéfice de tous les avantages qu'elle avait acquis avant le début du congé de maternité et elle bénéficie de toute amélioration des conditions de travail à laquelle elle aurait eu droit durant son absence. L. 13.5.08,8,4° 1)

(3) La période du congé de maternité est assimilée à une période de travail effectif donnant droit au congé annuel de récréation. Le congé annuel non encore pris au début du congé de maternité est reporté dans les délais légaux. L. 31.7.06,annexe

Art. L. 332-4. A l'expiration du congé de maternité, la femme salariée peut, en vue d'élever son enfant, s'abstenir, sans délai de préavis, et sans avoir de ce fait à payer une indemnité de rupture, de reprendre son emploi.

En pareil cas, elle peut, dans l'année suivant ce terme, solliciter son réembauchage. L'employeur est alors tenu, pendant un an, de l'embaucher par priorité, dans les emplois auxquels sa qualification lui permet de prétendre et de lui accorder, en cas de réemploi, le bénéfice de tous les avantages qu'elle avait au moment de son départ. La demande de réembauchage de la femme ainsi que l'offre consécutive faite par l'employeur et enfin le refus de cette offre par la femme doivent être faits par lettre recommandée avec avis de réception.

Chapitre III - **Travail de nuit**

Art. L. 333-1. La femme enceinte ne peut être tenue de travailler entre dix heures du soir et six heures du matin, lorsque, de l'avis du médecin du travail compétent, cela est nécessaire du point de vue de sa sécurité ou de sa santé.

Il en est de même pour la femme allaitante jusqu'à la date du premier anniversaire de l'enfant.

Art. L. 333-2. (1) Lorsqu'une femme enceinte ou allaitante désire bénéficier de l'application des dispositions figurant à l'article précédent, elle doit envoyer à son employeur, par lettre recommandée à la poste, une demande en ce sens.

Toutefois, la signature apposée par l'employeur sur le double de la demande vaut accusé de réception.

(2) Dans les huit jours à dater de la réception de la lettre, le cachet de la poste faisant foi, l'employeur doit saisir le médecin du travail compétent afin que celui-ci émette son avis.

(3) Dans les quinze jours à dater de la saisine par l'employeur, le médecin du travail notifie son avis à la femme salariée concernée et à l'employeur.

Art. L. 333-3. Lorsque les conditions énoncées à l'article L. 333-1 sont remplies, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est tenu de transférer la femme salariée à un poste de travail de jour, avec maintien de son salaire antérieur, pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

L'employeur est tenu d'avancer, pour compte de l'assurance maladie-maternité, la différence de revenu résultant du transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour.

Art. L. 333-4. Si un transfert à un poste de travail de jour n'est pas techniquement et/ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est obligé de dispenser la femme salariée de travailler pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

Chapitre IV - **Exposition à des agents, procédés et conditions de travail**

Art. L. 334-1. L'employeur a l'obligation de communiquer à toute femme occupée dans son entreprise, à la délégation du personnel et au délégué à l'égalité, s'il en existe, la liste des travaux auxquels les femmes enceintes ou allaitantes ne peuvent être tenues, conformément aux dispositions qui suivent, ainsi que la détermination des mesures prises pour l'élimination de tout risque pour la sécurité et la santé de ces femmes et pour l'élimination de toute répercussion possible sur la grossesse ou l'allaitement. L. 23.7.15,3,24° 2)

Art. L. 334-2. Pour toute activité susceptible de présenter un risque spécifique d'exposition des femmes enceintes ou allaitantes aux agents, procédés ou conditions de travail dont une liste figure à l'annexe 1 du présent code, l'employeur est tenu d'évaluer la nature, le degré et la durée d'exposition afin de pouvoir: L. 31.7.06,annexe

---

1) Mém. A 70 du 26.5.08 p.965.

2) D'après L. 23.7.15,5 l'entrée en vigueur de cette disposition intervient après les prochaines élections sociales, au plus tard lors des élections 2018.

apprécier tout risque pour la sécurité ou la santé des femmes enceintes ou allaitantes ainsi que toute répercussion sur la grossesse ou l'allaitement;

déterminer les mesures à prendre.

Pour effectuer l'évaluation susvisée, l'employeur s'assure la collaboration du médecin du travail compétent.

Art. L. 334-3. (1) Si les résultats de l'évaluation visée à l'article précédent révèlent un risque pour la sécurité ou la santé ainsi qu'une répercussion sur la grossesse ou l'allaitement d'une femme enceinte ou allaitante, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est tenu de prendre les mesures nécessaires pour que, par un aménagement provisoire des conditions de travail ou du temps de travail de la femme concernée, l'exposition de cette femme à ce risque soit évitée pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

(2) Si un tel aménagement n'est pas techniquement ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est tenu de donner à la femme concernée, pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail, une autre affectation avec maintien du salaire antérieur.

(3) Si le changement d'affectation n'est pas techniquement ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est obligé de dispenser la femme salariée de travailler pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

Art. L. 334-4. (1) L'employeur est obligé de déterminer les activités dans son entreprise qui comportent un risque d'exposition aux agents ou conditions de travail visés à l'annexe 2 du présent code, qui mettent en péril la sécurité ou la santé des femmes enceintes ou allaitantes. A cet effet, l'employeur s'assure la collaboration du médecin du travail compétent.

(2) La femme enceinte ne peut en aucun cas être tenue d'accomplir des activités qui comportent un risque d'exposition aux agents ou conditions de travail visés à la section A de l'annexe 2.

(3) La femme allaitante ne peut en aucun cas être tenue d'accomplir des activités qui comportent un risque d'exposition aux agents ou conditions de travail visés à la section B de l'annexe 2.

(4) S'il s'avère que les activités accomplies par une femme enceinte, respectivement allaitante, comportent un risque d'exposition aux agents ou conditions de travail visés respectivement à la section A et à la section B, de l'annexe 2, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est tenu de donner à la femme concernée une autre affectation avec maintien du salaire antérieur pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

(5) Si le changement d'affectation n'est pas techniquement ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur, sur avis conforme du médecin du travail, est obligé de dispenser la femme salariée de travailler pendant toute la période nécessaire pour la protection de sa sécurité ou de sa santé telle que cette période est fixée par le médecin du travail.

Chapitre V - **Contestations**

Art. L. 335-1. Les avis du médecin du travail visés aux articles L. 333-1 à L. 333-4, L. 334-2 et L. 334-3 sont susceptibles d'une demande en réexamen par lettre recommandée, tant de la part de l'employeur que de la part de la femme salariée, dans un délai de quinze jours à dater de la notification de l'avis, auprès de la Direction de la santé, division de la santé au travail. Le médecin-chef de division de santé au travail ou son délégué décide dans les quinze jours qui suivent sa saisine, après avoir informé le directeur de l'Inspection du travail et des mines. La demande en réexamen n'a pas d'effet suspensif.

Art. L. 335-2. (1) Contre la décision du médecin-chef de division de santé au travail ou de son délégué, un recours peut être formé devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans les quinze jours à dater de la notification de la décision. Le président du Conseil arbitral statue seul dans les quinze jours qui suivent le dépôt du recours.

(2) Dans les quinze jours à dater de la notification du jugement, un appel peut être interjeté contre le jugement du Conseil arbitral devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, composé de son président et de deux assesseurs magistrats. Le prononcé a lieu dans les quinze jours qui suivent l'introduction du recours.

(3) Ni le recours devant le Conseil arbitral ni l'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale n'ont d'effet suspensif.

(4) La procédure à suivre devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale et les frais de justice sont déterminés conformément au règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 455 du Code de la sécurité sociale [1)].

---

1) Ancien article 294 du Code des assurances sociales.

Art. L. 335-3. Les litiges autres que ceux ayant trait aux avis visés aux articles L. 333-1 à L. 333-4, L. 334-2 et L. 334-3 sont de la compétence de la juridiction du travail.

Chapitre VI - **Durée de travail**

Art. L. 336-1. La femme enceinte et la femme allaitante ne peuvent pas être tenues de prester des heures supplémentaires.

Est considéré comme travail supplémentaire tout travail effectué au-delà des limites journalières et hebdomadaires de la durée normale de travail déterminées par le présent code, la loi ou les parties.

Art. L. 336-2. La femme enceinte bénéficie d'une dispense de travail, sans perte de salaire, pour se rendre aux examens prénataux, tels que prévus par l'article 277 du Code de la sécurité sociale [1)], dans le cas où ces examens doivent avoir lieu pendant le temps de travail.

Art. L. 336-3. A sa demande, il doit être accordé au cours d'une journée normale de travail à la femme allaitante un temps d'allaitement réparti en deux périodes de quarante-cinq minutes chacune, se plaçant respectivement au début et à la fin de son horaire journalier normal de travail. Si la journée de travail n'est interrompue que par une pause d'une heure, les deux périodes peuvent être ramenées à un seul temps d'allaitement d'au moins quatre-vingt-dix minutes. La même disposition est applicable en cas d'impossibilité de la femme d'allaiter son enfant au voisinage du lieu de travail.

Le temps d'allaitement est compté comme temps de travail et donne droit au salaire normal.

Chapitre VII - **Interdiction de licenciement**

Art. L. 337-1. (1) Il est interdit à l'employeur de notifier la rupture de la relation de travail ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable d'une femme salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté et pendant une période de douze semaines suivant l'accouchement. [2)]

En cas de notification de la rupture avant la constatation médicale de la grossesse, la femme salariée peut, dans un délai de huit jours à compter de la notification du congé, justifier de son état par la production d'un certificat par lettre recommandée.

Tout licenciement notifié en violation de l'interdiction de licenciement telle que visée dans les deux alinéas précédents, et, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable, sont nuls et sans effet.

Dans les quinze jours qui suivent la résiliation du contrat, la femme salariée peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail, qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de constater la nullité du licenciement et d'ordonner son maintien, le cas échéant, sa réintégration conformément aux dispositions de l'article L. 124-12, paragraphe (4).

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision. Elle est susceptible d'appel qui est porté par simple requête dans les quarante jours à partir de la notification par la voie du greffe devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les appels en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

(2) Toutefois, en cas de faute grave, l'employeur a la faculté de prononcer la mise à pied immédiate de la femme salariée en attendant la décision définitive de la juridiction du travail sur sa demande en résiliation du contrat de travail.

Lorsque la juridiction du travail refuse de faire droit à cette demande, la mise à pied est annulée et ses effets sont supprimés de plein droit.

(3) Dans les quinze jours de la notification de la mise à pied ou du licenciement irréguliers, la femme salariée peut saisir par simple requête le président de la juridiction du travail, qui, statuant comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, se prononce sur le maintien ou la suspension du salaire en attendant la solution définitive du litige. L'ordonnance du président de la juridiction du travail est susceptible d'appel dans les mêmes conditions que les jugements rendus par la juridiction du travail; elle est exécutoire par provision, au besoin sur minute et avant l'enregistrement.

En cas de licenciement irrégulier non accompagné d'une mise à pied intervenue dans les conditions prévues au paragraphe (2), le président ordonne la réintégration de la femme salariée dans l'entreprise.

Art. L. 337-2. Les dispositions relatives à l'interdiction de licenciement ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée.

Art. L. 337-3. Lorsqu'une femme salariée est liée par un contrat à durée indéterminée comportant une clause d'essai, cette dernière est suspendue à partir du jour de la remise à l'employeur du certificat médical attestant la grossesse jusqu'au début du congé de maternité. La fraction de la période d'essai restant à courir reprend son cours à la fin de la période d'interdiction de licenciement.

---

1) Ancien article 1er de la loi modifiée du 20 juin 1977. Voir article 10 de la loi du 13.5.08.

2) Arrêt n° 00142 de la Cour constitutionnelle du 14 décembre 2018.

Art. L. 337-4. La femme salariée, sous réserve d'observer le délai de préavis, conserve son droit de résiliation du contrat de travail.

Art. L. 337-5. Est nulle de plein droit toute clause qui prévoit la résiliation du contrat de travail de la femme salariée en raison de son mariage.

Art. L. 337-6. La femme salariée qui a été licenciée en raison de son mariage peut invoquer la nullité de son licenciement et demander la continuation des relations de travail par lettre recommandée adressée à son employeur dans les deux mois qui suivent la notification dudit licenciement. Dans ce cas, le contrat de travail subsiste et la travailleuse continue à avoir droit au versement intégral de son salaire.

Si la femme salariée n'a pas invoqué la nullité de son licenciement et demandé la continuation des relations de travail dans le délai fixé ci-dessus, elle a droit aux indemnités visées au paragraphe (1) de l'article L. 124-7. Elle peut en outre exercer l'action judiciaire en réparation de la résiliation abusive du contrat de travail sur la base des articles L. 124-11 et L. 124-12.

Chapitre VIII - **Dispositions diverses**

Art. L. 338-1. Est nulle de plein droit toute disposition conventionnelle contraire aux dispositions du présent titre.

Art. L. 338-2. Les dispositions des articles L. 332-1 et L. 332-2 ne préjudicient pas aux dispositions légales ou réglementaires applicables en cas de maladie résultant de la grossesse.

Art. L. 338-3. L'Inspection du travail et des mines et la Direction de la santé, agissant dans le cadre de leurs compétences légales respectives, sont chargées de surveiller l'application du présent titre et de ses règlements d'exécution.

Art. L. 338-4. Les infractions aux dispositions des chapitres II, III, VI et de l'article L. 337-1 sont punies d'une peine d'emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement.

[...]

LIVRE V - EMPLOI ET CHOMAGE

[...]

TITRE V - **Emploi de salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail**

Chapitre Premier - **Reclassement professionnel des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail**

Art. L. 551-1. (1) Le salarié qui n'est pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du Code de la sécurité sociale, mais qui par suite de maladie ou d'infirmité présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, peut bénéficier, dans les conditions prévues au présent Titre, d'un reclassement professionnel interne ou d'un reclassement professionnel externe, ainsi que du statut de personne en reclassement professionnel. L. 23.7.15,I,7°

Les salariés qui occupent leur dernier poste de travail depuis moins de trois ans ne sont éligibles pour le reclassement professionnel que sous condition qu'ils soient en possession d'un certificat d'aptitude au poste de travail, établi par le médecin du travail compétent lors de l'embauche à ce dernier poste de travail. Le médecin du travail compétent en informe la Commission mixte lors de la saisine.[1)]

(2) Toutefois, les conditions d'ancienneté et d'exigence du certificat d'aptitude prévues au paragraphe 1er ne sont pas exigées pour : L. 24.7.20,3,1°,a)

1. Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité auquel cette dernière a été accordée immédiatement à la suite de l'exercice d'une activité salariée auquel celle-ci a été retirée en vertu de l'article 193 du Code de la sécurité sociale au motif qu'il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187 du même Code, mais qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail; L. 23.7.15,I,8°
2. le salarié qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant au dernier poste de travail imputable principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnus en vertu des dispositions du Code de la sécurité sociale, survenus pendant l'affiliation, ouvrant droit à une rente partielle ou une rente professionnelle d'attente. L. 24.7.20,3,1°,b)
3. le bénéficiaire d'une rente complète résultant d'une activité salariée allouée en vertu de l'article 102 du Code de la sécurité sociale auquel celle-ci est retirée en application de l'article 123, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale au motif qu'il n'est plus frappé d'une incapacité de travail totale, mais qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. L. 23.7.15,I,10°

---

1) A voir arrêt de la Cour constitutionnelle du 24 novembre 2017 (JO, Mém. A 1009 du 30 novembre 2017).

(3) Le reclassement professionnel interne consiste, en ce qui concerne le secteur privé, dans un reclassement professionnel au sein de l'entreprise et, en ce qui concerne le secteur public, dans un reclassement professionnel au sein de l'administration ou du service public d'origine de l'agent, éventuellement à un autre poste ou sous un autre régime de travail adaptés à ses capacités résiduelles. L'aptitude à ce nouveau poste doit être constatée par le médecin du travail compétent. Ce constat d'aptitude au nouveau poste de travail par le médecin du travail compétent est à considérer comme preuve que l'employeur a satisfait à son obligation de reclassement professionnel au sens de l'article L. 551-3, paragraphe 2. L. 23.7.15,I,11°

Sur avis motivé du médecin du travail compétent le reclassement professionnel interne peut comporter une réduction du temps de travail qui ne peut être supérieure à vingt pour cent du temps de travail fixé au contrat de travail en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel. La Commission mixte décide la réduction du temps de travail. Elle peut s'adjoindre l'avis du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi sur la réduction du temps de travail proposée par le médecin du travail compétent. L. 24.7.20,3,2°

Toutefois, à titre exceptionnel, la réduction peut être portée jusqu'à soixante-quinze pour cent du temps de travail initial avec un minimum de dix heures de travail par semaine, par décision de la Commission mixte prévue à l'article L.552-1, sur avis du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi ou d'un médecin chargé à cet effet en application de l'article L.623-2 [1].

L'employeur ou le salarié doit à cet effet introduire une demande motivée auprès de la Commission mixte à la suite de l'émission de l'avis du médecin du travail compétent en vertu de l'article L. 552-2, paragraphe 3. La partie demanderesse doit, sous peine d'irrecevabilité, joindre à sa demande la preuve que le salarié, respectivement l'employeur, a été dûment informé de l'introduction de la demande. Tout changement relatif au temps ou régime de travail doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Commission mixte.

Un règlement grand-ducal, à prendre sur avis du Conseil d'État, peut déterminer les modalités du reclassement professionnel interne. L. 31.7.06,annexe

(4) Le reclassement professionnel externe consiste dans un reclassement professionnel sur le marché du travail.

Art. L. 551-2. (1) L'employeur qui occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif d'au moins vingt-cinq travailleurs et qui n'occupe pas le nombre de salariés bénéficiaires d'un reclassement professionnel interne ou externe dans les limites des taux prévus à l'article L.562-3 a l'obligation de reclasser le salarié visé à l'article L.551-1. Aux fins du respect de cette obligation, les salariés bénéficiaires d'un reclassement professionnel interne ou externe sont assimilés aux salariés handicapés au sens du titre VI du présent livre. L. 24.7.20,4,1°

Il appartient à l'employeur de fournir la preuve du respect de son obligation ou qu'il occupe moins de vingt-cinq travailleurs. Pour les entreprises à établissements multiples, cette obligation de reclassement s'applique pour chaque établissement pris isolément.

(2) Sans préjudice des dispositions des articles L. 125-1, paragraphe 1er et L. 125-4, est à considérer comme nul et sans effet le licenciement notifié par l'employeur ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable avec le salarié, à partir du jour de la saisine de la Commission mixte prévue à l'article L. 552-1 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suit la notification à l'employeur de la décision de procéder obligatoirement au reclassement professionnel interne. L. 23.7.15,I,15°

Dans les quinze jours qui suivent la résiliation du contrat de travail, le salarié en procédure de reclassement professionnel et le salarié bénéficiant d'une mesure de reclassement professionnel peuvent demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de constater la nullité du licenciement et d'ordonner son maintien, ou, les cas échéant, sa réintégration conformément aux dispositions de l'article L.124-12, paragraphe 4. L. 24.7.20,4,2°

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision; elle est susceptible d'appel qui est porté par simple requête, dans les quarante jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les appels en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées. L. 31.7.06, annexe

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

(3) Au cas où le reclassement professionnel comporte une diminution de la rémunération, le salarié sous contrat de travail a droit à une indemnité compensatoire représentant la différence entre le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel et le nouveau revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension sans que cette indemnité compensatoire ne puisse être réduite suite à des augmentations ponctuelles ou linéaires L. 24.7.20,4,3°,a)

---

1) ***L.24.7.20,16*** *: (1) Les articles L.551-2 et L.551-5 du Code du travail s'appliquent à tous les bénéficiaires de l'indemnité compensatoire sans qu'une perte financière ne puisse en résulter pour les bénéficiaires qui se sont vus attribuer une indemnité compensatoire avant l'entrée en vigueur de la présente loi.*
(2) À partir du mois qui suit celui de l'entrée en vigueur de la présente loi, les augmentations de salaire résultant de la revalorisation de carrière suite à une convention collective de travail existante et applicable à ce moment ne sont plus portées en déduction de l'indemnité compensatoire versée par le Fonds pour l'emploi.

légales, réglementaires ou conventionnelles du nouveau revenu mensuel et ce dans le respect des limites prévues au paragraphe 5. La demande en obtention d'une indemnité compensatoire doit être introduite auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, sous peine de forclusion, dans un délai de six mois à compter de la date du début d'exécution de l'avenant au contrat de travail.

Le revenu perçu avant le reclassement professionnel est défini en se basant sur le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel constitué de la rémunération brute gagnée, y compris toutes les primes et suppléments courants, les gratifications, les avantages en nature exprimés en numéraire dont l'assuré a jouit à raison de son occupation soumise à l'assurance pension, à l'exclusion de la rémunération des heures supplémentaires et toutes indemnités pour frais accessoires exposés. L. 24.7.20,4,3°,b)

Toutefois, si la période de référence visée à l'alinéa qui précède n'est pas entièrement couverte par l'occupation au service du dernier employeur, l'ancien revenu professionnel est obtenu en multipliant par douze la moyenne de l'assiette cotisable se rapportant aux mois de calendrier entièrement couverts. A défaut d'un mois entièrement couvert au cours de la période de douze mois, le revenu des assurés exerçant une activité pour compte d'autrui est déterminé sur base de la rémunération et, pour autant que de besoin, de l'horaire normal convenu dans le contrat de travail. L. 23.7.15,I,16°

En cas de retrait d'une pension d'invalidité, respectivement d'une rente complète, l'indemnité compensatoire représente la différence entre l'ancien revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la mise en invalidité, respectivement précédant l'attribution d'une rente complète, et le montant du nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

Le revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, est adapté aux variations du coût de la vie conformément à l'article 11, paragraphe 1er, de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète est revalorisé au niveau de vie en le divisant par le facteur de revalorisation visé à l'article 220 du Code de la sécurité sociale de l'avant-dernière année précédant la décision de reclassement professionnel et en le multipliant ensuite par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début de l'indemnité compensatoire. Ce revenu cotisable ainsi revalorisé est ensuite réajusté en le multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début de l'indemnité compensatoire, mais au plus tôt à partir de l'année 2015, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3 du Code de la sécurité sociale. L'indemnité compensatoire reste acquise en cas de transfert d'entreprise conformément au chapitre VII du Titre II du Livre 1er.

Le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète est adapté en cas de changement ultérieur rétroactif des salaires et rémunérations déclarés auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L. 24.7.20,4,3°,c)

alinéa supprimé [1)]

alinéa supprimé [1)]

alinéa supprimé [1)]

alinéa supprimé [1)]

(4) En cas de réduction du temps de travail décidée par la Commission mixte, l'indemnité compensatoire est fixée en calculant la perte entre le revenu mensuel moyen cotisable tel que défini au paragraphe 3, alinéas 2 à 6 et le nouveau salaire payé par l'employeur, réduit proportionnellement et fixé par avenant au contrat de travail. L'employeur n'est pas autorisé à réduire le salaire plus que proportionnellement par rapport à la réduction du temps de travail. L. 24.7.20,4,4°

En cas de changement de poste, l'indemnité compensatoire est fixée en calculant la perte entre le revenu mensuel moyen cotisable tel que défini au paragraphe 3, alinéas 2 à 6 et le nouveau salaire payé par l'employeur et fixé par avenant au contrat de travail en tenant compte de l'ancienneté de service du salarié et le cas échéant, des grilles de salaire définies par la convention collective de travail.

L'indemnité compensatoire est adaptée en cas de nouvelle décision de la Commission mixte prise en application de l'article L.551-6, paragraphe 4 en tenant compte du nouveau salaire payé par l'employeur et fixé par nouvel avenant au contrat de travail.

(5) L'Agence pour le développement de l'emploi procède au moins une fois par an à un contrôle consistant à vérifier le nouveau revenu moyen cotisable annuel payé par l'employeur et perçu par la personne en reclassement professionnel ainsi que la rémunération des heures supplémentaires et primes pour travail de nuit ou travail posté. L. 24.7.20,4,5°

Si l'Agence pour le développement de l'emploi constate que le nouveau revenu moyen cotisable touché par la personne en reclassement professionnel dépasse le montant de

1) Alinéas supprimés par L.24.7.20,4,3°,d)

l'ancien revenu annuel cotisable tel que défini au paragraphe 3, alinéas 2 et 5, elle diminuera le montant de l'indemnité compensatoire fixé conformément au paragraphe 4 en conséquence.

Si elle constate que le nouveau revenu moyen cotisable, indemnité compensatoire comprise, perçu par la personne en reclassement professionnel dépasse le quintuple du salaire social minimum pour salarié non qualifié, elle diminuera le montant de l'indemnité compensatoire fixé conformément au paragraphe 4 en conséquence.

Dans ce cas, les montants excédant les seuils visés ci-dessus sont soit à rembourser soit à compenser lors d'un prochain paiement.

Si elle constate qu'une rémunération pour heures supplémentaires et primes pour travail de nuit ou travail posté ont été payées, elle en informe le président de la Commission mixte, qui décide de l'opportunité d'une réévaluation médicale en application de l'article L.551-6, paragraphe 4, alinéa 1er.

Dans le cas où le médecin du travail compétent s'est prononcé en faveur d'une réduction du temps de travail ou contre un travail de nuit ou un travail posté, le montant des rémunérations pour heures supplémentaires et primes pour travail de nuit ou travail posté est soit à rembourser soit à compenser lors d'un prochain paiement.

(6) L'indemnité compensatoire est prise en considération pour le calcul des indemnités de chômage, pour la détermination du montant de l'indemnité de préretraite prévue à l'article L.584-1 et pour le calcul du montant de l'indemnité du congé parental.

Le paiement de l'indemnité compensatoire est suspendu pendant la durée du congé parental à temps complet. Le montant de l'indemnité compensatoire est réduit proportionnellement en cas de congé parental à mi-temps ou de congé parental fractionné.

Le paiement de l'indemnité compensatoire est suspendu pendant la durée du congé sans solde du salarié en reclassement professionnel, en cas de décision de refus émise par le président de la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et en cas d'attribution de la rente partielle prévue à l'article 107 du Code de la sécurité sociale.

L'employeur et le salarié sont tenus de signaler tout congé sans solde et toute décision de refus émise par le président de la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Le paiement de l'indemnité compensatoire prend fin au moment de l'ouverture du droit à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée, à la pension de vieillesse et à la fin du contrat de travail.

L'indemnité compensatoire est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires.

L'indemnité compensatoire est adaptée aux variations du coût de la vie conformément à l'article 11, paragraphe 1er de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État et est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi, à charge du Fonds pour l'emploi.

(7) L'indemnité compensatoire reste acquise en cas de transfert d'entreprise conformément au livre 1er,titre II, chapitre VII.

(8) Le salarié bénéficiaire d'un reclassement professionnel est tenu de signaler au préalable toute activité professionnelle accessoire rémunérée à la Commission mixte afin qu'elle puisse décider de l'opportunité d'une réévaluation médicale en application de l'article L.551-6, paragraphe 4, alinéa 1er. Le constat de tout exercice d'une activité professionnelle accessoire rémunérée qui n'a pas préalablement été signalé à la Commission mixte donnera lieu à un retrait immédiat de l'indemnité compensatoire par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi.

(9) Tout montant indûment touché donne lieu à compensation lors d'un prochain paiement ou à restitution de l'indû.

Art. L. 551-3. (1) Sans préjudice des dispositions de l'article L. 551-2, paragraphe (1), la commission mixte prévue à l'article L. 552-1 peut dispenser du reclassement professionnel interne l'employeur ayant introduit à cet effet un dossier motivé, s'il rapporte la preuve qu'un tel reclassement professionnel lui causerait des préjudices graves. L. 31.7.06,annexe

En cas de dispense accordée par la Commission mixte, celle-ci décide un reclassement professionnel externe. Dans ce cas, dès la notification de la décision de reclassement professionnel externe, l'employeur est tenu de payer à son salarié, une indemnité forfaitaire qui varie en fonction de l'ancienneté de service du salarié comme suit : L. 24.7.20,5

1° un mois de salaire après une ancienneté de service continus de cinq ans au moins ;

2° deux mois de salaire après une ancienneté de service continus de dix ans au moins ;

3° trois mois de salaire après une ancienneté de service continus de quinze ans au moins ;

4° quatre mois de salaire après une ancienneté de service continus de vingt ans et plus.

L'ancienneté de service est appréciée à la date de la notification de la décision de reclassement professionnel externe.

L'indemnité est calculée sur base des salaires bruts effectivement versés au salarié pour les douze derniers mois qui précèdent immédiatement celui de la notification de la décision de reclassement professionnel externe. Sont compris dans les salaires servant au calcul de l'indemnité forfaitaire les indemnités pécuniaires de maladie ainsi que les primes et

suppléments courants, à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

(2) L'employeur qui refuse d'opérer le reclassement professionnel interne décidé par la Commission mixte, est tenu de verser une taxe de compensation équivalant au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne, pendant une durée maximale de vingt-quatre mois au Fonds pour l'emploi. Le paiement de la taxe ne décharge pas l'employeur de ses obligations prévues par le Titre II du Livre Ier, relatif au contrat de travail. L. 23.7.15,I,17°,tiret 1

Le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne est constaté par la Commission mixte sur rapport d'un agent de l'Agence pour le développement de l'emploi, délégué à cet effet par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en application de l'article L. 623-2.

(3) Après avoir constaté le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, la Commission mixte arrête le montant et décide la durée du paiement de la taxe de compensation. L. 23.7.15,I,17°,tiret 2

La notification de l'injonction de payer une taxe de compensation émise par la Commission mixte s'effectue moyennant lettre recommandée.

En cas de désaccord, l'employeur doit former opposition par écrit motivé endéans un délai de quinze jours à compter de la date de notification de l'injonction de payer la taxe de compensation moyennant notification, par lettre recommandée à la Commission mixte.

En cas d'opposition, la Commission mixte prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire, qui est à son tour notifiée tel que disposé à l'alinéa 2 du présent paragraphe.

A défaut d'opposition régulièrement notifiée, la taxe devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition. L'Administration de l'enregistrement est chargée de l'encaissement de la taxe de compensation.

En cas de non-paiement suivant le mode de règlement prescrit, le recouvrement se fait comme en matière de droits d'enregistrement.

(4) En cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe. L. 23.7.15,I,18°

Art. L. 551-4. Si un employeur, qui ne relève pas de l'obligation de reclassement professionnel prévue à l'article L. 551-2, paragraphe (1), procède au reclassement professionnel interne d'un salarié visé à l'article L. 551-1, l'indemnité compensatoire est due d'après les modalités prévues par l'article L. 551-2, paragraphe (3). L. 31.7.06,annexe

Art. L. 551-5. [1] (1) Lorsque la Commission mixte prévue à l'article L.552-1 estime qu'un reclassement professionnel interne est impossible, elle décide le reclassement professionnel externe et le salarié ayant le statut de personne en reclassement professionnel externe est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi à partir du jour suivant la notification de la ,décision de reclassement professionnel externe, conformément aux dispositions du titre II du présent livre. L. 24.7.20,6,1°,a)

En cas de conclusion d'un nouveau contrat de travail, l'indemnité compensatoire n'est due que si la personne reclassée a été assignée par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi, qu'elle a été déclarée apte au nouveau poste de travail lors de l'examen médical d'embauchage visé à l'article L. 326-1 et que le nouvel emploi comporte un temps de travail au moins égal à quatre-vingt pour cent du temps de travail fixé dans le dernier contrat en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel. Au cas où le reclassement professionnel externe d'un salarié se rapporte à plusieurs relations de travail antérieures, le temps de travail cumulé de ces emplois antérieurs est pris en compte pour la détermination du nouveau temps de travail requis en vue de l'ouverture du droit à l'indemnité compensatoire. Le temps de travail requis peut être atteint par le cumul de plusieurs emplois. Toutefois, à titre exceptionnel, la réduction peut être portée jusqu'à soixante-quinze pour cent du temps de travail initial avec un minimum de dix heures de travail par semaine, par décision de la Commission mixte prévue à l'article L.552-1, sur avis du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi ou d'un médecin chargé à cet effet en application de l'article L.623-2. L. 24.7.20,6,1°,b)

La demande en obtention d'une indemnité compensatoire doit être introduite auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, sous peine de forclusion, dans un délai de six mois à compter de la date de l'exécution du nouveau contrat de travail. L. 24.7.20,6,1°,c)

L'indemnité compensatoire est fixée en calculant la perte entre le revenu mensuel moyen cotisable tel que défini à l'article L. 551-2, paragraphe 3, alinéas 2 à 6 et le nouveau salaire payé par l'employeur, fixé au nouveau contrat de travail. Les indemnités de chômage éventuellement L. 24.7.20,6,1°,d)

1) ***L.24.7.20,16*** *: (1) Les articles L.551-2 et L.551-5 du Code du travail s'appliquent à tous les bénéficiaires de l'indemnité compensatoire sans qu'une perte financière ne puisse en résulter pour les bénéficiaires qui se sont vus attribuer une indemnité compensatoire avant l'entrée en vigueur de la présente loi.*
(2) À partir du mois qui suit celui de l'entrée en vigueur de la présente loi, les augmentations de salaire résultant de la revalorisation de carrière suite à une convention collective de travail existante et applicable à ce moment ne sont plus portées en déduction de l'indemnité compensatoire versée par le Fonds pour l'emploi.

versées avant le reclassement professionnel externe ne sont pas prises en considération pour le calcul de l'ancien salaire.

L'indemnité compensatoire est due selon les modalités fixées àl'article L.551-2,paragraphes 4 à 9.

(2) Si, au terme de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage, y compris la durée de prolongation, le salarié sous statut de personne en reclassement professionnel pouvant se prévaloir d'une aptitude d'au moins cinq ans au dernier poste de travail, constatée par le médecin du travail compétent, ou d'une ancienneté de service d'au moins cinq ans, n'a pu être reclassé sur le marché du travail, il bénéficie, sur décision du directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi d'une indemnité professionnelle d'attente dont le montant correspond à quatre-vingt pour cent du revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel, ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, sans que ce montant ne puisse dépasser le plafond visé à l'article L.521-14, paragraphe 1er, alinéa 5. L'indemnité professionnelle d'attente est adaptée aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions de l'article 11, paragraphe 1er de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État. L. 24.7.20,6,2°,a)

La demande en obtention d'une indemnité professionnelle d'attente doit être introduite auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, sous peine de forclusion, dans un délai de six mois à compter de la fin de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage complet, y compris la durée de prolongation. L. 24.7.20,6,2°,b)

Les périodes d'activité professionnelle effectuées sous le statut de personne en reclassement professionnel sont mises en compte au titre de la durée minimale d'aptitude au dernier poste de travail, requise en vertu de l'alinéa 1 qui précède. L. 23.7.15,I,20°

Le paiement de l'indemnité professionnelle d'attente prend fin au moment de l'ouverture du droit, au Luxembourg ou à l'étranger, à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

L'indemnité professionnelle d'attente est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements.

(3) Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité professionnelle d'attente, le bénéficiaire doit rester inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et être disponible pour le marché du travail.

Le bénéficiaire de l'indemnité professionnelle d'attente est tenu de se présenter aux services de « l'Agence pour le développement de l'emploi » aux jours et heures qui lui sont indiqués.

Le bénéficiaire de l'indemnité professionnelle d'attente qui, sans excuse valable, ne se conforme pas à cette prescription, perd le droit à l'indemnité professionnelle d'attente pour sept jours de calendrier, en cas de récidive pour trente jours de calendrier

La non-présentation à trois rendez-vous consécutifs entraîne le retrait définitif de l'indemnité professionnelle d'attente à partir du premier jour de non-présentation et la clôture du dossier du bénéficiaire. L. 24.7.20,6,3°,a)

La perte temporaire ou définitive de l'indemnité professionnelle d'attente est décidée par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi.

En cas de retrait de l'indemnité professionnelle d'attente et de clôture du dossier du bénéficiaire, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en informe le président de la Commission mixte en vue du retrait du statut de personne en reclassement professionnel. L. 24.7.20,6.3°,b)

(4) L'octroi de l'indemnité professionnelle d'attente est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité professionnelle autre qu'insignifiant au titre de l'article 184, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. L. 23.7.15,I,20°

(5) L'indemnité professionnelle d'attente est retirée sur décision du directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi et le dossier du bénéficiaire est clôturé, si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement professionnel ou aux travaux d'utilité publique décidés en application de l'article L.551-11. La décision qui retire l'indemnité professionnelle d'attente est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée. L. 24.7.20, 6,4°

Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi informe le président de la Commission mixte de la clôture du dossier conformément à l'alinéa 1er en vue du retrait du statut de personne en reclassement professionnel.

(6) L'indemnité professionnelle d'attente est suspendue si le salarié touche la rente professionnelle d'attente prévue à l'article 111 paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale. L. 23.7.15,I,20°

(7) L'indemnité professionnelle d'attente est pour moitié à charge de l'organisme d'assurance pension compétent et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi. Elle est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi et avancée par le Fonds pour l'emploi.

Art. L. 551-6. (1) Le salarié acquiert le statut de personne en reclassement professionnel par la notification de la décision de reclassement professionnel externe prise par la Commission mixte prévue à l'article L. 552-1. L. 23.7.15,I,21°

Ce statut garantit au bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel externe qui accepte un nouvel emploi, le maintien des droits résultant de la décision prise par la Commission mixte tant qu'il n'a pas récupéré les capacités de travail nécessaires lui

permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel.

Pour la personne en reclassement professionnel externe sans emploi le maintien du statut est subordonné à la continuation de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et de sa disponibilité pour le marché de l'emploi.

(2) Le salarié en reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'employeur ou suite à un licenciement collectif, est en droit de saisir la Commission mixte endéans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail en vue d'un reclassement professionnel externe.

La Commission mixte saisit le médecin du travail compétent qui fait parvenir à la Commission mixte son avis motivé portant sur les capacités résiduelles de la personne reclassée. Au cas où elle n'a pas récupéré les capacités nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail qu'elle occupait avant la décision de reclassement professionnel interne, la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe. Si le médecin du travail compétent constate que la personne reclassée a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, la Commission mixte refuse le reclassement professionnel externe.

(3) Le salarié en reclassement professionnel externe qui perd son nouvel emploi pour une raison indépendante de sa volonté, garde son statut de personne en reclassement professionnel à condition de s'inscrire, endéans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail, comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. L'article L. 551-5, paragraphe 2 s'applique.

(4) [1)] Le médecin du travail compétent procède, soit en fonction de la périodicité arrêtée dans l'avis visé à l'article L. 552-2, paragraphe 2, alinéa 4, soit sur demande du président de la Commission mixte à une réévaluation médicale de la personne en reclassement professionnel. Il en informe la Commission mixte par avis motivé.

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que l'état de santé du salarié en reclassement professionnel, qui a repris le travail sur un poste adapté, nécessite une réduction du temps de travail ou une nouvelle adaptation du poste de travail, le médecin du travail compétent saisit la Commission mixte pour prendre une décision relative au temps de travail ou aux modalités d'aménagement du poste de travail.

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que la réduction du temps de travail accordée n'est médicalement plus justifiée, en partie ou dans sa totalité, il saisit la Commission mixte qui décide de l'adaptation du temps de travail. Cette décision prend effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de sa notification. Les décisions de la Commission mixte concernant l'adaptation du temps de travail et les modalités d'aménagement du poste de travail s'imposent à l'employeur. Au cas où le médecin du travail compétent constate que la réduction du temps de travail accordée n'est médicalement plus justifiée, l'employeur dispose d'un délai de douze mois qui commence à courir à la date de la notification de la décision pour procéder à l'adaptation du temps du travail par avenant au contrat de travail sans que la durée de travail ne puisse dépasser la durée de travail prévue au contrat de travail initial. En cas d'impossibilité d'adaptation du temps de travail sur le même poste occupé par le salarié en reclassement professionnel interne, l'employeur remplit son obligation à partir du moment où il propose au salarié un poste similaire correspondant à ses qualifications, assorti d'un salaire au moins équivalent et sous réserve que le salarié ait été déclaré apte au nouveau poste de travail par le médecin du travail compétent. L. 24.7.20,7,1°

1) ***L. 23.7.15,II,IV:***
Les personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente sont soumises à l'examen de réévaluation médicale visée à l'article L. 551-6, paragraphe 4 du Code du travail. Les médecins mandatés par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi sont compétents pour procéder à ces examens de réévaluation médicale.
Le médecin compétent convoque et examine l'intéressé.
Si le médecin compétent constate que l'intéressé est toujours incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail, l'indemnité d'attente continue à être payée. Le médecin compétent arrête dans son avis la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L. 551-6, paragraphe 4 du Code du travail. La personne incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail acquiert le statut de personne en reclassement professionnel.
L.24.7.20,15,1° :
Si le médecin compétent constate que l'intéressé est apte à occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit l'organisme de pension compétent qui décide la cessation du paiement de l'indemnité d'attente.
L. 23.7.15,II,IV:
Cette décision prend effet après un préavis de douze mois qui commence à courir à la date de sa notification.
L.24.7.20,15,2° :
Pendant le préavis de douze mois, l'intéressé peut bénéficier, sur proposition de l'Agence pour le développement de l'emploi d'une formation en tenant compte du ou des postes similaires qu'il peut occuper ainsi que de ses capacités résiduelles. Les frais de la formation durant le préavis de douze mois sont à charge du Fonds pour l'emploi.
Toute personne qui se soustrait à l'examen de réévaluation médicale prévue ci-dessus, se voit retirer l'indemnité d'attente par décision de l'organisme de pension compétent saisi par le médecin compétent. Cette décision prend effet à la date de sa notification.
L.24.7.20,15,3°: *alinéa supprimé*

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que le salarié en reclassement professionnel a récupéré les capacités de travail nécessaires pour exécuter des tâches similaires à celles correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit la Commission mixte qui décide la perte du statut spécifique et en informe le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi qui décide la cessation du paiement de l'indemnité compensatoire ou de l'indemnité professionnelle d'attente. Ces décisions prennent effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de la notification de la perte du statut. L. 24.7.20,7,2°

Toute personne en reclassement professionnel qui se soustrait à la réévaluation médicale prévue à l'alinéa 1er et qui refuse d'accepter un poste proposé en application de l'alinéa 3, se voit retirer le statut prévu au paragraphe 1er, par décision de la Commission mixte saisie par le médecin du travail compétent. La Commission mixte en informe le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi qui décide la cessation du paiement de l'indemnité compensatoire ou de l'indemnité professionnelle d'attente. Ces décisions prennent effet à la date de la notification de la perte du statut. L. 24.7.20,7,3°

Art. L. 551-7. (1) Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi alloue, sur leur demande, aux employeurs du secteur privé et du secteur communal ainsi qu'aux établissements publics, une participation au salaire du travailleur en reclassement professionnel interne ou bénéficiant du statut de personne en reclassement externe qui présente une perte de rendement, à charge du Fonds pour l'emploi. Le début de la participation au salaire est fixé au jour de l'introduction de la demande auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. L. 24.7.20,8

La perte de rendement est établie en fonction de la diminution de la capacité de travail du travailleur, de l'effort de maintien à l'emploi entrepris par l'employeur en faveur des travailleurs reclassés et de la nature du travail à prester. L'évaluation de cette perte de rendement résulte d'une part des conclusions découlant d'une étude du poste de travail à occuper par le travailleur reclassé et d'un bilan des déficits et des capacités résiduelles du travailleur à établir par le médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi ainsi que d'un examen réalisé par un agent de l'Agence pour le développement de l'emploi qui dispose à cet effet d'un outil standardisé et objectif destiné à comparer le profil de capacité du travailleur concerné et le profil requis pour le poste occupé.

La participation au salaire est fixée proportionnellement à la perte de rendement ainsi établie sans pouvoir dépasser soixante-quinze pour cent du salaire versé au travailleur, y compris la part patronale des cotisations de sécurité sociale. Toutefois, elle peut être portée à cent pour cent du salaire versé au travailleur pendant la durée d'une mesure de réhabilitation ou de reconversion décidée par la Commission mixte en application de l'article L. 552-2, paragraphe 4.

La perte de rendement pourra être réévaluée périodiquement par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en cas d'adaptation du temps ou du poste de travail suite à une réévaluation médicale. La participation au salaire sera adaptée ou retirée si la perte de rendement réévaluée augmente, diminue ou disparaît, ou en cas de changement des conditions de travail du travailleur.

La rémunération prise en compte pour la participation au salaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum mensuel pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins travaillant à temps plein. Ce plafond est réduit proportionnellement en fonction de la durée de travail effective après reclassement professionnel. L. 23.7.15,I,22°

Les rémunérations pour heures supplémentaires, les indemnités pour frais accessoires exposés ainsi que toute prime ou gratification sont exclues de la participation au salaire.

Une prise en charge totale ou partielle des frais résultant de l'aménagement du poste de travail et des accès au travail peut être accordée à l'employeur par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

Un règlement grand-ducal peut préciser les modalités d'exécution du présent paragraphe.

(2) Les dispositions de la loi du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs s'appliquent aux contribuables qui ont procédé au reclassement professionnel interne d'un salarié ou embauché dans leur entreprise un bénéficiaire d'un reclassement professionnel externe. L. 23.7.15,I,23°,a)

(3) Les mesures prévues aux paragraphes (1) et (2) du présent article ne sont pas cumulables avec les mesures prévues aux articles L. 562-1, L. 562-8 et L. 562-9. L. 23.7.15,I,23°,b)

Art. L. 551-8. L'assuré peut, sans préjudice de l'application des mesures prévues dans le cadre du présent chapitre, exercer les voies de recours contre la décision prise sur base de l'article 187 du Code de la sécurité sociale. L. 31.7.06,annexe

L'exercice d'un tel recours ou l'introduction d'une demande en obtention de la pension d'invalidité ne cause pas préjudice en ce qui concerne son aptitude au travail ou sa disponibilité pour le marché du travail au regard de l'article L. 521-3 et au regard de l'article 6, premier alinéa, sous b) de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

Art. L. 551-9. Aux fins de l'application des articles L. 551-1 à L. 551-8, les salariés frontaliers sont assimilés aux salariés résidents.

Toutefois, l'indemnité de chômage reste suspendue jusqu'à concurrence d'une prestation étrangère de même nature

Art. L. 551-10. (1) En cas de recours introduit par le salarié contre la décision de reclassement professionnel interne conformément à l'article L. 552-3, le contrat de travail est suspendu jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé. L. 23.7.15,I,24°

(2) Les dispositions de l'article L. 121-7 ne s'appliquent pas en cas de reclassement professionnel interne résultant immédiatement d'une décision de la Commission mixte.

Art. L. 551-11. (1) Le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe peut être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'État, des Communes et des Syndicats communaux, des Etablissements publics et des Fondations. L. 23.7.15,I,25°

Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut, sur demande du promoteur ou du demandeur d'emploi, mettre fin à l'affectation à des travaux d'utilité publique sur base de motifs graves et convaincants. Si ces motifs graves et convaincants sont imputables au demandeur d'emploi, la rupture de l'affectation, avant de pouvoir faire l'objet d'un retrait de l'indemnité professionnelle d'attente et de la clôture du dossier, donne lieu à un débat contradictoire entre le demandeur d'emploi et un agent de l'Agence pour le développement de l'emploi. En cas de retrait de l'indemnité professionnelle d'attente et de clôture du dossier, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en informe la Commission mixte qui décide le retrait du statut de personne en reclassement professionnel externe. L. 24.7.20,9,1°

Elle prendra fin dès que le demandeur d'emploi en question aura trouvé un emploi ou, sur avis du médecin du travail compétent ou, au plus tard, au moment où il perd son statut de personne en reclassement professionnel. L. 23.7.15,I,25°

(2) Les promoteurs prévus au paragraphe qui précède peuvent introduire une demande motivée auprès du service des salariés à capacité de travail réduite.

La demande motivée doit contenir une description précise de la nature des travaux envisagés et prévoir la désignation d'un tuteur appelé à assister et encadrer le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe pendant la durée des travaux.

Elle est analysée par l'Agence pour le développement de l'emploi qui sélectionne des candidats potentiels parmi les demandeurs d'emploi ayant le statut de personne en reclassement professionnel.

Le médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi détermine la ou les personnes en reclassement professionnel externe qui peuvent être affectées aux travaux d'utilité publique en question. L. 24.7.20,9,2°,a)

(alinéa supprimé) L. 24.7.20,9,2°,b)

(3) La décision d'affectation est prise par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur proposition de l'Agence pour le développement de l'emploi. L. 24.7.20,9,3°

(4) Une dispense de travail sera accordée par le tuteur prévu au paragraphe 2, pour permettre à la personne en reclassement professionnel externe de se présenter à des emplois qui lui sont proposés par le service compétent de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Les personnes affectées à des travaux d'utilité publique ont droit au congé applicable au lieu d'affectation. L. 24.7.20,9,4°

Art. L. 551-12. Sont punies d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement ceux qui ont frauduleusement amené l'Agence pour le développement de l'emploi à fournir des indemnités compensatoires ou des indemnités professionnelles d'attente qui n'étaient pas dues ou qui n'étaient dues qu'en partie. L. 24.7.20,10

La tentative de ce délit est punie d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 251 à 2.000 euros ou d'une de ces peines seulement.

Chapitre II - **La Commission mixte**

Art. L. 552-1. (1) Il est institué une Commission mixte auprès du ministre ayant respectivement le Travail et l'Emploi dans ses attributions. Elle prend les décisions relatives au reclassement professionnel interne ou externe des salariés, au statut de personne en reclassement professionnel, à l'adaptation du temps de travail, à la taxe de compensation et aux mesures de réhabilitation, de reconversion ou de formation professionnelle continue pour les personnes en reclassement interne. L. 24.7.20,11,1°

(2) La commission mixte se compose: L. 31.7.06,annexe

1. de deux délégués représentant les assurés;
2. de deux délégués des employeurs;
3. d'un délégué du Contrôle médical de la sécurité sociale;
4. d'un délégué du ministre ayant la Direction de la santé dans ses attributions; L. 24.7.20,11,2°
5. d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi; L. 31.7.06,annexe
6. d'un délégué de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Pour chaque membre effectif, il y a un membre suppléant.

La Commission mixte est assistée par des fonctionnaires du service des salariés à capacité de travail réduite de l'Agence pour le développement de l'emploi auxquels elle peut déléguer certaines de ses compétences dans le cadre de l'instruction des dossiers. Le secrétaire de la Commission mixte est désigné par le ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi. Le secrétaire peut être remplacé par un secrétaire-adjoint désigné de la même manière. Le

secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises avec indication des motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président, ou celui qui le remplace, et par le secrétaire et communiqué aux membres de la Commission mixte pour approbation. La décision de la Commission mixte est signée par le président, ou celui qui le remplace, et par le secrétaire.

La Commission mixte peut s'adjoindre des experts.

La Commission est assistée dans sa mission par une cellule administrative.

(3) Le mode de désignation et d'indemnisation des membres effectifs et suppléants, les règles de fonctionnement et les délais de procédure de la commission mixte sont déterminés par règlement grand-ducal.

Art. L. 552-2. (1) Lorsque le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il saisit, en accord avec l'intéressé, la Commission mixte et le médecin du travail compétent en application du Titre II du Livre III concernant les services de santé au travail. L. 23.7.15,I,27°

Le Contrôle médical de la sécurité sociale en informe l'employeur concerné en lui faisant parvenir une copie du document portant saisine.

En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations, seul est saisi le médecin du travail compétent en raison de l'occupation principale.

(2) Le médecin du travail compétent convoque et examine l'intéressé.

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il retourne, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui décide conformément à l'article L. 552-1, paragraphe 1er le reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé après avoir constaté que l'assuré remplit les conditions prévues pour un reclassement professionnel interne ou externe. L'existence d'un contrat de travail et le paiement d'une indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie et de l'assurance accident s'apprécient au moment de la saisine de la Commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin du travail compétent en informe l'employeur et le salarié concernés en leur faisant parvenir une copie du document portant saisine.

Le médecin du travail compétent qui estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail se prononce dans son avis sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur une adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'incapacité de travail et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L. 551-6, paragraphe 4. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail compétent peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans à moins que les restrictions aient un caractère définitif.

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il retourne, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui prend, conformément à l'article L. 552-1, paragraphe 1er, une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive au sens de l'article L. 552-3 elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour du constat d'aptitude par le médecin du travail compétent. La Commission mixte en informe le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Si, dans le délai imparti, l'intéressé ne donne pas suite à la convocation du médecin du travail compétent sans motif valable, il est considéré comme étant capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Le médecin du travail compétent en informe, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Commission mixte. La Commission mixte prend une décision de refus de reclassement professionnel. Une fois cette décision devenue définitive au sens de l'article L. 552-3 elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour de la date de convocation auprès du médecin du travail compétent.

(3) Est considéré comme médecin du travail compétent celui compétent en application du livre III, titre II, concernant les services de santé au travail pour l'employeur auprès duquel le salarié est occupé ou le médecin du travail de la Division de la santé au travail du secteur public prévu par la loi modifiée du 19 décembre 2008 portant création de l'Administration des services médicaux du secteur public. Pour les personnes ne disposant plus d'un contrat de travail, les examens médicaux prévus au paragraphe 2 et à l'article L.551-6, paragraphe 4 sont de la compétence du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi. L. 24.7.20,12.1°

En cas de changement du Service de santé au travail compétent, les avis prévus au paragraphe (2) ci-avant ainsi qu'au paragraphe (4) de l'article L. 551-6 sont transmis au Service de santé au travail compétent. L. 23.7.15,I,27°

Pour les personnes ne disposant plus d'un contrat de travail, les examens médicaux prévus au paragraphe 2 et à l'article L. 551-6, paragraphe 4 sont remboursés annuellement par l'État au Service de santé au travail compétent qui a procédé auxdits examens.

(4) La Commission mixte peut prescrire des mesures de réhabilitation, de reconversion ou de formation professionnelle continue en vue du reclassement professionnel interne de l'intéressé. L'intéressé doit suivre ces mesures sous peine de perte de l'indemnité compensatoire sur décision du directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi. L. 24.7.20,12,2°,a)

L'Agence pour le développement de l'emploi peut faire bénéficier le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe d'une formation professionnelle continue s'il lui adresse une telle demande de sa propre initiative. L. 24.7.20,12,2°,b)

Cette demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

1. une requête motivée contenant la présentation du projet professionnel ;
2. l'identité de l'institut de formation, accompagnée du justificatif du choix de cet institut et d'une copie de l'agrément du ministre ayant la Formation professionnelle continue dans ses attributions s'il s'agit d'un institut luxembourgeois ;
3. s'il s'agit d'un institut étranger, l'avis du ministre ayant la Formation professionnelle continue dans ses attributions est à joindre ;
4. le programme détaillé de la formation professionnelle continue ;le coût de la formation professionnelle continue, toutes taxes comprises ;
5. la durée de la formation professionnelle continue ainsi que son début et sa fin ;
6. le cas échéant, une information sur le diplôme respectivement le certificat sanctionnant la formation professionnelle continue.

L'Agence pour le développement de l'emploi peut exiger du demandeur d'emploi qui bénéficie du reclassement professionnel externe de suivre une formation professionnelle continue déterminée en tenant compte de son projet professionnel, du/des poste(s) similaire(s) qu'il peut occuper ainsi que de ses capacités de travail résiduelles.

Avant le début de la formation professionnelle continue, le dossier accompagné d'un avis circonstancié de l'Agence pour le développement de l'emploi est transmis au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions pour décision. Il contient un avis du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi attestant que le demandeur d'emploi peut suivre la formation en question et exercer la profession à laquelle doit mener la formation.

Les frais de la formation professionnelle continue sont à charge du Fonds pour l'emploi.

Sauf justification valable, la non-participation, le refus, l'abandon ou un taux de présence inférieur à quatre-vingt pour cent à la formation professionnelle continue prévue implique pour l'intéressé le retrait de l'indemnité professionnelle d'attente par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, la clôture du dossier et le remboursement des frais de formation avancés par le Fonds pour l'emploi.

Est considérée comme justification valable au sens de l'alinéa 7, celle motivée par des raisons médicalement justifiées et certifiées ou par un cas de force majeure dont l'Agence pour le développement de l'emploi a été informée et qu'elle a approuvée comme telle.

En vue de cette approbation l'Agence pour le développement de l'emploi peut soumettre le dossier à l'avis complémentaire du médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Par courrier, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi informe le président de la Commission mixte en vue du retrait du statut de personne en reclassement professionnel et le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions de la non-participation, du refus, de l'abandon ou du taux de présence inférieur à quatre-vingt pour cent non justifiés à la formation.

(5) La Commission mixte examine endéans les quarante jours les dossiers qui lui sont retournés par le médecin du travail compétent en vue de la prise d'une décision relative au reclassement professionnel. L. 23.7.15,I,27°

Art. L. 552-3. Les décisions de la Commission mixte sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision. Les articles 454 et 455 du Code de la sécurité sociale sont applicables. L. 23.7.15,I.28°

Art. L. 552-4. Si le salarié en reclassement professionnel peut réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui lui est occasionné par un tiers, ce droit à réparation passe au Fonds pour l'emploi jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par le Fonds pour l'emploi dans le cadre de la procédure de reclassement professionnel visée au Titre V du Livre V du Code du travail. L. 23.7.15,I,29°

Lors de la saisine de la juridiction compétente, le Fonds pour l'emploi est mis en intervention par le salarié en reclassement professionnel. A défaut de cette mise en intervention du Fonds pour l'emploi, la juridiction saisie l'ordonne en cours d'instance jusqu'au jugement sur le fond. Il en est de même pour le Fonds pour l'emploi qui peut intervenir à tout moment dans l'instance engagée.

[...]

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie

et modifiant

1. le Code de la sécurité sociale;

2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État;

3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;

4. le Code du travail.

SOMMAIRE

Chapitre I	-	**Du droit aux soins palliatifs**	Art. 1 - 3
		Énoncé du droit aux soins palliatifs et définition	*Art. 1*
		Refus de l'obstination déraisonnable	*Art. 2*
		Effet secondaire du traitement et de la douleur	*Art. 3*
Chapitre II	-	**De la volonté de la personne en fin de vie et de la directive anticipée**	Art. 4 - 8
		De la volonté de la personne en fin de vie	*Art. 4*
		Contenu et forme de la directive anticipée	*Art. 5*
		Effet de la directive anticipée	*Art. 6*
		Accès à la directive anticipée	*Art. 7*
		Règlement d'exécution	*Art. 8*
Chapitre III	-	**Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie**	Art. 9

Chapitre Ier – **Du droit aux soins palliatifs** L. 16.3.09

Art. 1er. – Énoncé du droit aux soins palliatifs et définition R. 28.4.09

Toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, désignée ci-après par les termes «la personne en fin de vie», a accès à des soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique.

Les soins palliatifs sont assurés à l'hôpital, dans un établissement conventionné suivant les lois sur l'assurance maladie et l'assurance dépendance ou à domicile. Pour les personnes soignées à domicile ou en institution d'aides et de soins, la collaboration étroite d'un hôpital est assurée. La délivrance des fournitures et des actes et services par les différentes catégories de prestataires intervenant auprès de la personne soignée est consignée dans un carnet de soins dont la forme et le contenu sont déterminés par règlement grand-ducal, les avis des groupements représentatifs des prestataires ayant été demandés. R. 28.4.09

L'État assure la formation adéquate du personnel médical et soignant. Un règlement grand-ducal détermine l'organisation de formations médicales spécifiques en soins palliatifs pour les médecins et les autres professions de santé. R. 8.2.19

Art. 2. – Refus de l'obstination déraisonnable

N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de refuser ou de s'abstenir de mettre en oeuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par rapport à l'état de la personne en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à la personne en fin de vie ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.

La disposition qui précède s'entend sans préjudice de l'obligation pour le médecin soit de prodiguer lui-même à la personne en fin de vie les soins palliatifs définis à l'article qui précède soit de les initier.

Art. 3. – Effet secondaire du traitement de la douleur

Le médecin a l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique de la personne en fin de vie.

Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit l'en informer et recueillir son consentement.

Chapitre II – **De la volonté de la personne en fin de vie et de la directive anticipée**

Art. 4. – De la volonté de la personne en fin de vie

Si la personne en fin de vie se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article qui précède, le médecin cherche à établir sa volonté présumée.

Dans le cadre de l'établissement de cette volonté, le médecin fait appel à la personne de confiance désignée conformément à l'article 5. Il peut faire appel à toute autre personne susceptible de connaître la volonté de la personne en fin de vie.

Art. 5. – Contenu et forme de la directive anticipée

(1) Toute personne peut exprimer dans un document dit «directive anticipée» sa volonté relative à sa fin de vie, dont les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur visé à l'article 3, ainsi que l'accompagnement psychologique et spirituel, pour le cas où elle se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

(2) Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

(3) La directive anticipée peut contenir la désignation d'une personne de confiance qui doit être entendue par le médecin si la personne en fin de vie n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

(4) La directive anticipée peut être amendée ou annulée à tout moment par son auteur. La directive anticipée, ainsi que les amendements qui peuvent y être apportés, doivent être consignés par écrit, datés et signés par leur auteur, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 2.

Art. 6. – Effet de la directive anticipée

(1) Le médecin traitant doit prendre en compte la directive anticipée versée au dossier médical ou dont il a obtenu connaissance.

(2) Si la personne en fin de vie se trouvant dans la situation visée au chapitre qui précède n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté concernant les conditions, la limitation et l'arrêt de traitement, y compris le traitement de la douleur, et à moins qu'une directive anticipée ne figure déjà dans le dossier médical en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle d'une telle directive auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, ou auprès de toute autre personne qu'il estime susceptible d'en connaître l'existence.

(3) Le médecin évalue si les prévisions de la directive correspondent à la situation envisagée par la personne en fin de vie et tient compte de l'évolution des connaissances médicales depuis sa rédaction.

(4) Si le médecin se départ du contenu de la directive anticipée, il en indique les raisons au dossier médical de la personne en fin de vie et en informe la personne de confiance ou, à défaut, la famille.

(5) Si la directive anticipée est contraire aux convictions du médecin traitant, ce dernier, en concertation avec la personne de confiance ou la famille, doit dans les 24 heures transférer la personne en fin de vie à un confrère disposé à la respecter.

Art. 7. – Accès à la directive anticipée

L'accès à la directive anticipée est ouvert, à sa demande, à tout médecin en charge d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

L'auteur de la directive anticipée peut la remettre lui-même, à l'occasion d'une hospitalisation, au personnel médical ou soignant. Il peut également, à tout moment, la remettre à son médecin traitant.

Si la directive anticipée a été remise à un autre dépositaire par la personne en fin de vie et que celui-ci prend connaissance de l'état avancé ou terminal d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, chez son auteur, il la remet au personnel médical en charge de la personne en fin de vie.

Dans tous les cas, la directive anticipée est jointe au dossier médical ou, suivant le cas, de soins.

Art. 8. – Règlement d'exécution

Un règlement grand-ducal peut prévoir la mise en place d'un enregistrement centralisé des directives anticipées. Il détermine la procédure selon laquelle est assuré l'enregistrement ainsi que les modalités d'accès au registre central.

Chapitre III – **Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie** [1)]

Art. 9. – Le Code du travail est complété au livre II, titre III, chapitre IV sous l'intitulé «Section 10.- Congé d'accompagnement» par le dispositif suivant:

« ***Art. L. 234-65.*** Il est institué un congé spécial pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie, désigné ci-après par «congé d'accompagnement», qui peut être demandé par tout travailleur salarié dont un parent au premier degré en ligne directe ascendante ou descendante ou au second degré en ligne collatérale, 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 souffre d'une maladie grave en phase terminale.

Art. L. 234-66. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser cinq jours ouvrables par cas et par an.

Le congé d'accompagnement peut être fractionné. Le salarié peut convenir avec son employeur d'un congé d'accompagnement à temps partiel; dans ce cas la durée du congé est augmentée proportionnellement.

Le congé d'accompagnement prend fin à la date du décès de la personne en fin de vie.

Art. L. 234-67. Le congé d'accompagnement ne peut être attribué qu'à une seule personne sur une même période.

Toutefois, si pendant cette période deux ou plusieurs personnes se partagent l'accompagnement de la personne en fin de vie, elles peuvent bénéficier chacune d'un congé d'accompagnement à temps partiel, sans que la durée totale des congés alloués ne puisse dépasser quarante heures.

Art. L. 234-68. L'absence du bénéficiaire du congé d'accompagnement est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie grave en phase terminale de la personne en fin de vie et la nécessité de la présence continue du bénéficiaire du congé.

Le bénéficiaire est obligé d'avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci au plus tard le premier jour de son absence.

---

1) Le même congé a été introduit dans le statut général des fonctionnaires de l'État et dans celui des fonctionnaires communaux. Articles 11 et 12 de la loi du 16.3.09 relative aux soins palliatifs

A la demande de son employeur ou de la caisse de maladie, le salarié doit prouver que les différentes conditions pour l'obtention du congé d'accompagnement sont remplies.

Art. L. 234-69. (1) La période du congé d'accompagnement est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail restent applicables aux bénéficiaires.

(2) L'employeur averti conformément à l'article L. 234-68 n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2.

Les dispositions de l'alinéa qui précède cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat médical n'est pas présenté.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L. 125-1 et de l'article L. 121-5 du Code du travail.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(3) Les dispositions du paragraphe 2 ne sont pas applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat médical visé à l'article L. 234-69, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

Art. L. 234-70. Toute contestation relative au congé d'accompagnement survenue dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence des juridictions de travail. »

[...]

Loi du 16 mars 2009 sur l’euthanasie et l’assistance au suicide

SOMMAIRE

Chapitre I	-	**Dispositions générales**	Art. 1
Chapitre II	-	**La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure**	Art. 2 - 3
Chapitre III	-	**Des dispositions de fin de vie**	Art. 4
Chapitre IV	-	**La déclaration officielle**	Art. 5
Chapitre V	-	**La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation**	Art. 6 - 13
Chapitre VI	-	**Disposition modificative**	Art. 14
Chapitre VII	-	**Dispositions particulières**	Art. 15

Art. 1er. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Chapitre II – **La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure**

Art. 2. 1. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies:

1) le patient est majeur capable et conscient au moment de sa demande;
2) la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
3) le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique;
4) la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit.

2. Le médecin doit dans tous les cas, avant de procéder à une euthanasie ou une aide au suicide, respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:

1) informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation. Les entretiens sont consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information;
2) s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté exprimée récemment respectivement réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;
3) consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être impartial, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;
4) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;
5) sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec la personne de confiance que celui-ci désigne dans ses dispositions de fin de vie ou au moment de sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide;
6) s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer;
7) s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il se trouve dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sa demande, cette dernière est actée par écrit par une personne majeure de son choix.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit et signée par le patient ou la personne qui a rédigé la demande en présence du médecin traitant dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3. Le médecin traitant peut, s'il en éprouve le besoin, se faire accompagner voire conseiller par un expert de son choix et verser l'avis ou l'attestation de l'intervention de ce dernier au

dossier du patient. S'il s'agit d'une expertise médicale, l'avis ou l'attestation est versé au dossier du patient.

Chapitre III – **Des dispositions de fin de vie**

Art. 4. 1. Toute personne majeure et capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie si le médecin constate:

- qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'elle est inconsciente,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Les dispositions de fin de vie peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles.

Dans les dispositions de fin de vie, le déclarant peut désigner une personne de confiance majeure, qui met le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard.

Les dispositions de fin de vie peuvent être faites à tout moment. Elles doivent être constatées par écrit, datées et signées par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite rédiger des dispositions de fin de vie est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer, ses dispositions de fin de vie peuvent être actées par écrit par une personne majeure de son choix. Les dispositions de fin de vie se feront en présence de deux témoins majeurs. Les dispositions de fin de vie doivent alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Les dispositions de fin de vie doivent être datées et signées par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la personne de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe aux dispositions de fin de vie.

Les dispositions de fin de vie seront enregistrées, dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire en vertu du paragraphe 3 qui suit, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

Tout médecin traitant un patient en fin de vie ou un patient se trouvant dans une situation médicale sans issue est tenu de s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées.

Les modalités relatives à l'enregistrement des dispositions de fin de vie ainsi qu'à l'accès de ces dispositions par les médecins en charge d'une personne en fin de vie peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra proposer une formule de disposition de fin de vie dont les déclarants peuvent se servir.

3. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts, le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie à la suite de dispositions de fin de vie telles que prévues aux paragraphes 1er et 2, si le médecin constate:

1) que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
2) qu'il est inconscient,
3) que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le médecin doit, dans tous les cas et avant de procéder à l'euthanasie, respecter les conditions de forme et de procédure suivantes:

1) consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans les dispositions de fin de vie, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;
2) s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu des dispositions de fin de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
3) si les dispositions de fin de vie désignent une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4) si les dispositions de fin de vie désignent une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

Les dispositions de fin de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.

Chapitre IV – **La déclaration officielle**

Art. 5. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide doit remettre, dans les huit jours, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

Chapitre V – **La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation**

Art. 6. 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée «la Commission».

2. La Commission se compose de neuf membres, désignés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission.

Trois membres sont docteurs en médecine. Un membre est proposé par le Collège médical. L'organisation la plus représentative des médecins et médecins-dentistes propose deux membres dont un possède une qualification et une expérience spécifique relative au traitement de la douleur.

Trois membres sont juristes, dont un avocat à la Cour proposé par le conseil de l'Ordre des Avocats, un magistrat proposé par la Cour supérieure de Justice et un professeur en droit de l'Université du Luxembourg.

Un membre est issu des professions de santé et proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Deux membres sont représentants d'une organisation ayant comme objet la défense des droits du patient.

Faute par un des organismes prémentionnés de procéder à une proposition dans le délai imparti, le ministre ayant la Santé dans ses attributions procédera à la proposition faisant défaut.

Les membres de la Commission sont nommés par le Grand-Duc pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable trois fois.

Il est désigné pour chacun des membres ci-avant un membre suppléant dans les conditions et selon les modalités prévues pour la désignation du membre effectif. L.2.3.21,1er,1° L.16.3.09

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement ou du Conseil d'État. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition qu'au moins sept de ses membres soient présents. Elle prend ses décisions à la majorité simple.

3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7. La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:

- les nom, prénoms, domicile du patient;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du médecin traitant;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide;
- les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;
- s'il existait des dispositions de fin de vie et qu'ils désignaient une personne de confiance, les nom et prénoms de la personne de confiance qui est intervenue.

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision, telle que visée à l'alinéa suivant du présent article. Ce volet ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:

- s'il existe des dispositions de fin de vie ou une demande d'euthanasie ou de suicide assisté;
- l'âge et le sexe du patient;
- la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration;

- les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- la qualité des personnes et de l'expert éventuellement consultés par le médecin, et les dates de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a pratiqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 8. La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi ont été respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple de sept membres présents au moins, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.[1)]

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix de sept membres présents au moins, la Commission estime que les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 2 par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au Collège médical. Ce dernier se prononce dans un délai d'un mois.[1)] Le Collège médical décidera à la majorité de ses membres s'il y a lieu à poursuite disciplinaire. En cas de non-respect d'une des conditions prévues au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente loi, la Commission transmet le dossier au Parquet.

Art. 9. La Commission établit à l'attention de la Chambre des Députés, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l'article 8;

b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;

c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la Commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La Commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes de recherche qui en feraient la demande motivée.

Elle peut entendre des experts.

Art. 10. Pour l'accomplissement de sa mission, la Commission, peut recourir au personnel administratif mis à sa disposition par l'administration gouvernementale.

Art. 11. Les frais de fonctionnement de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation sont à charge du budget de l'État.

Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci.

Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 9, la Chambre des Députés organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des Députés et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des Députés.

Chapitre VI – **Disposition modificative**

Art. 14. Est introduit dans le Code pénal un article 397-1 nouveau ainsi libellé:

« **Art. 397-1.** Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. »

---

*1) Dérogé par **R.17.4.20, 1er** : Pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, les délais prévus à l'article 8, alinéas 3 et 4 de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide sont suspendus. (JO,. Mém. A 297 du 17 avril 2020)*

Chapitre VII – **Dispositions particulières**

Art. 15. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.

Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15bis. La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des dispositions de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie. L.2.3.21,1er,2°

[...]

ASSURANCE PENSION

Loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre [1)]

1) *D'après l'arrêté grand-ducal du 27 juillet 2009 portant constitution des ministères, le ministère de la Sécurité sociale est compétent pour le Service des dommages de guerre corporels.*

SOMMAIRE

TITRE I	-	**Dispositions générales**	Art. 1 - 34
TITRE II	-	**Indemnisation pour perte de traitement, salaire ou revenu normal des personnes victimes de leur attitude patriotique et lésées par suite d'une sanction prise par l'ennemi**	Art. 35 - 43
TITRE III	-	**Indemnisation des dommages de guerre corporels**	Art. 44 - 53

Art. 1er. Seront indemnisés sous les conditions et modalités ci-après:

a) les Luxembourgeois qui depuis le 10 mai 1940 ont subi un dommage de guerre à leurs biens, tant mobiliers qu'immobiliers situés dans le Grand-Duché, ainsi que ceux qui, s'y trouvant domiciliés à cette date ou à celle du sinistre, ont éprouvé un dommage à leur personne;

b) les personnes, qui le 10 mai 1940 étaient de nationalité luxembourgeoise et ont accepté dans la suite la nationalité d'un pays allié, aux fins de s'enrôler dans les armées de ce pays et d'y combattre l'ennemi, si elles remplissent les autres conditions de dédommagement prévues sub a).

2. Pourront être indemnisés en tout ou en partie de l'accord du ministre compétent:

a) les Luxembourgeois domiciliés à l'étranger devenus victimes politiques au sens des dispositions du titre II, exclusivement pour leur dommage politique et corporel;

b) les apatrides et les étrangers domiciliés depuis 1930 au Grand-Duché et qui ont rendu des services signalés au pays.

3. Les personnes morales de nationalité luxembourgeoise d'après la législation actuellement en vigueur sont admises au bénéfice de l'indemnisation pour dommages de guerre.

Toutefois l'indemnisation n'a lieu pour les sociétés qu'au prorata de la participation luxembourgeoise dans le capital social. Il leur incombe d'établir la participation luxembourgeoise dans leur capital social à la date du sinistre. Le paiement des sommes revenant aux sociétés à titre de dommages de guerre ne se fera qu'à mesure des réinvestissements dans les entreprises des sociétés.

Les restrictions prévues à l'alinéa qui précède ne s'appliquent ni aux associations sans but lucratif, ni aux établissements d'utilité publique, constitués en vertu de la loi du 21 avril 1928 ou d'une loi spéciale, ni aux congrégations et associations religieuses, reconnues ou non par l'État, qui, établies au Grand-Duché, y exercent leur activité.

4. L'indemnisation ne tient pas compte des aménagements ou éléments purement somptuaires que pouvait comporter le bien détruit.

Une indemnisation pour le dommage moral subi n'est pas accordée.

Un dédommagement pour des gains non réalisés n'est alloué que dans les limites de la présente loi.

5. Les dommages de guerre seront indemnisés dans les limites des crédits budgétaires.

Le paiement se fera au fur et à mesure des liquidités mises à la disposition du Ministère des Dommages de Guerre. Ces liquidités seront utilisées suivant les principes édictés par un règlement d'administration publique à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'État. Ce règlement établira pour l'octroi des indemnités un système de priorités tenant compte à la fois

a) de la priorité à accorder à la réparation des dommages subis par les victimes de la répression nazie,

b) de l'intérêt économique du pays,

c) de la situation et des besoins des sinistrés.

Les sommes avancées, de l'accord des Ministres de la Reconstruction et des Dommages de Guerre, par le sinistré lui-même pour la reconstruction ou la réparation de ses immeubles seront remboursées par le Ministère des Dommages de Guerre aux conditions et d'après les modalités à fixer par arrêté ministériel.

Ces avances porteront intérêts, dont le taux sera déterminé par arrêté ministériel, à partir du premier janvier de la troisième année suivant leur déboursement.

6. Le Ministre des Dommages de Guerre décidera dans quels cas il y aura lieu à réparation en nature du dommage causé ou à un dédommagement en espèces. Dans cette dernière hypothèse, l'indemnité devra par préférence être employée à la réparation du dommage et aucun créancier ne pourra s'y opposer. Le Ministre des Dommages de Guerre aura le droit d'exiger le remploi de l'indemnité et de prendre toutes les mesures nécessaires pour en assurer l'exécution.

7. L'indemnisation pourra se faire également en rente viagère ou en obligations à émettre par l'État.

Les conditions d'émission, d'attribution, de négociabilité et de remboursement de ses obligations seront déterminées par un règlement d'administration publique.

8. Seront défalquées:

a) les sommes déjà versées à titre de dédommagement des sinistrés de la guerre et des victimes politiques notamment par l'État, les communes, l'Office de récupération économique, les oeuvres sociales ou par des tiers reconnus responsables;

b) les sommes, primes correspondantes déduites, qui auraient été payées aux intéressés en exécution d'un contrat d'assurance contre les suites préjudiciables des actes de guerre;

c) les sommes allouées par des pays étrangers au titre des dommages de guerre pour des causes donnant lieu à indemnisation en vertu de la présente loi.

Les assurances-vie ne sont pas défalquées.

9. Ne tombent pas sous l'application de la présente loi les dommages de guerre qui ont été indemnisés conformément à la législation en vigueur sous l'occupation allemande, ou suivant les dispositions de l'Aide Mutuelle Interalliée.

10. L'État luxembourgeois est subrogé aux droits pouvant compter aux sinistrés en vertu des présentes dispositions contre les puissances belligérantes.

Jusqu'à concurrence des indemnités payées, il est subrogé à leurs droits de recours contre des tiers.

11. Si le dommage a été causé en tout ou en partie par la faute du sinistré ou des personnes dont il est civilement responsable, s'il a fautivement négligé de l'éviter ou de l'amoindrir, le dédommagement sera réduit en proportion de sa responsabilité.

12. Sont exclues du bénéfice de la présente loi les personnes qui, du chef d'une des infractions prévues par les articles 113 à 123octies du Code pénal ou du chef du délit prévu par l'art. 4 de l'arrêté grand-ducal du 22 avril 1941, relatif aux mesures de dépossession effectuées par l'ennemi, auront été condamnées par une décision coulée en force de chose jugée.

L'indemnisation pourra être refusée en tout ou en partie.

1. aux personnes physiques ou morales dont le comportement ou l'activité durant l'occupation a donné lieu à une réprobation telle qu'un acte de solidarité et de secours de la communauté ne se justifierait pas à leur égard;
2. à celui qui, du chef de l'une des infractions prévues par l'art. 16 ci-après, aura été condamné par une décision coulée en force de chose jugée.

Contre la décision de refus total ou partiel un recours est ouvert aux personnes visées à l'alinéa qui précède dans les formes et délais des articles 22 et suivants ci-après.

13. Aussi longtemps que demeure susceptible de recours une décision judiciaire dont l'effet serait d'exclure le sinistré du bénéfice de la présente loi, l'exercice du droit à la réparation reste suspendu, jusqu'à ce qu'une décision définitive mette fin à l'instance.

De même, en cas d'instruction ouverte à charge d'une personne, sur pied des dispositions indiquées aux articles 12 et 16, l'exercice du droit à la réparation reste suspendu.

14. Le droit à l'indemnisation pour le dommage subi est censé prendre naissance, soit dans la personne du propriétaire de la chose sinistrée au moment du sinistre, soit dans la personne de la victime du dommage politique ou corporel, tel que ce dommage est défini dans les titres II et III de la présente loi.

Il est transmissible aux héritiers légaux, à condition que ceux-ci remplissent dans leur propre chef, au moment de la transmission, les conditions requises pour bénéficier de la présente loi. La part successorale dévolue à un héritier, qui serait exclu personnellement du bénéfice de la loi sur les dommages de guerre, n'accroît pas aux autres héritiers.

Pour les biens appartenant aux communautés entre époux, dont le mari est étranger, apatride ou incivique, l'indemnité sera de 50%, si la femme remplit dans son propre chef les conditions requises pour bénéficier de la présente loi. Toutefois, sauf le cas de remploi immobilier, cette part pourra être rendue indispensable par décision du Ministre des Dommages de Guerre jusqu'à la dissolution de la communauté.

En cas de dispositions à cause de mort, le consentement du Ministre des Dommages de Guerre devra être demandé dans les six mois du décès du sinistré. Les légataires doivent remplir dans leur propre chef les conditions requises pour bénéficier de la présente loi. L'accroissement des legs n'opère pas en cas d'exclusion d'un légataire.

Sous peine de nullité, il ne peut être procédé dans un partage à l'attribution du droit d'indemnisation hors la présence du Ministre des Dommages de Guerre ou de son délégué.

Le droit à indemnisation ne peut, sauf autorisation du Ministre des Dommages de Guerre, être ni aliéné entre vifs à quelque titre ou sous quelque forme que ce soit, même à titre gratuit, ni cédé, ni saisi, ni être l'objet d'une constitution de gage.

A titre exceptionnel et dans des cas particulièrement favorables, le Ministre des Dommages de Guerre peut encore, dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la loi, agréer les actes juridiques de transfert non autorisés, antérieurement intervenus.

L'article 1166 du Code civil n'est pas applicable en matière de dommages de guerre.

15. Tout sinistré doit sous peine de déchéance faire une déclaration de dommages de guerre au bourgmestre du lieu du sinistre. Si le dommage a été subi à l'étranger dans les conditions spécifiées ci-après au titre II ou si le lieu du sinistre est inconnu, elle sera faite au bourgmestre du dernier domicile dans le Grand-Duché avant le sinistre. Un règlement d'administration publique fixera les modalités de ces déclarations.

La déclaration devra être faite dans les trois mois de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Si l'ayant droit justifie avoir été dans l'impossibilité de faire la déclaration dans le délai fixé ci-avant, il pourra être relevé de la déchéance encourue par le ministre ayant dans ses attributions les Dommages de guerre.

Les déclarations faites antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent être complétées ou rectifiées jusqu'à l'expiration du délai fixé ci-avant sinon, elles seront censées avoir été faites pour l'application du présent article dans ledit délai.

Les déclarations frauduleuses ne peuvent plus être rectifiées si l'intéressé a accepté sans réserves un acompte.

16. Sera puni d'un emprisonnement de 8 jours à 3 ans et d'une amende de 251 euros à 125.000 euros ou d'une de ces peines seulement:

1. quiconque aura sciemment fourni des déclarations fausses sur un fait décisif quant au fondement ou quant au montant de ses prétentions au dédommagement;
2. quiconque, dans le but de faire agréer une demande injustifiée ou exagérée, aura influencé ou tenté d'influencer des témoins, experts ou toutes autres personnes.

Al. abr. implicitement (L. 13 juin 1994)

Les juges pourront ordonner la publication de leur décision dans un ou plusieurs quotidiens aux frais de la personne condamnée.

Par dérogation à l'article 638 du Code d'instruction criminelle l'action publique et l'action civile résultant des infractions ci-dessus se prescriront après 10 années révolues à compter du jour où l'infraction aura été commise, si dans cet intervalle il n'a été fait aucun acte d'instruction ni de poursuite.

Les infractions à cette loi et aux règlements d'administration publique en matière de dommages de guerre seront constatées par les agents de la police générale ou locale ou par les organes assermentés des Ministères des Dommages de Guerre ou de la Reconstruction.

Les agents appelés à constater les infractions ci-dessus visées qui ne sont pas assermentés, prêteront, avant d'entrer en fonctions, devant le tribunal d'arrondissement de leur résidence le serment suivant:

«Je jure fidélité au Grand-Duc, obéissance à la Constitution et aux lois de l'État. Je promets de remplir fidèlement mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité. Ainsi Dieu me soit en aide.»

L'acte de prestation du serment sera transcrit et visé au greffe des deux tribunaux d'arrondissement.

Toutefois, en cas d'infraction à la présente loi, le Ministre des Dommages de Guerre a la faculté de transiger avec le sinistré sur le montant de l'indemnisation. Ces transactions constatées par écrit éteignent l'action publique. Les transactions intervenues antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi sont validées.

17. Le Ministre des Dommages de Guerre procédera à toutes les mesures d'instruction qu'il jugera nécessaires.

Il peut avoir recours à ces fins aux autorités judiciaires et administratives.

Il est autorisé à entendre les témoins et les experts sous la foi du serment.

Les compagnies d'assurance et les instituts de crédit devront lui fournir toutes les données qui leur sont demandées pour les besoins de l'instruction visée à l'alinéa premier.

18. Le Ministre des Dommages de Guerre fait connaître à l'intéressé par avis motivé adressé sous plis recommandé à la poste, sa décision provisoire portant admission ou refus de la demande et fixant, s'il y a lieu, le montant de l'indemnité à accorder.

Le sinistré est invité, en même temps, à formuler ses objections dans un délai de 30 jours. Passé ce délai, il est réputé avoir accepté la décision. Pendant la durée de ce délai, le dossier est tenu à sa disposition au siège de l'Office des Dommages de guerre.

Le sinistré qui n'a pas accepté la décision provisoire est invité au moins huit jours d'avance à comparaître à heure fixe, devant le Ministre des Dommages de Guerre ou son délégué.

La comparution doit être personnelle, sauf les cas d'impossibilité à apprécier souverainement par le Ministre des Dommages de Guerre.

Le sinistré peut être assisté d'un conseil. Il est donné acte, en tous cas, au sinistré de sa comparution.

19. Si, lors de cette comparution, l'accord se fait entre le sinistré et le Ministre des Dommages de Guerre, il en est immédiatement dressé acte qui est signé par les deux parties en cause.

20. Si un accord ne peut intervenir, il est, éventuellement après une dernière invitation à comparaître, dressé acte de la position dernière prise par les parties au cours de la discussion.

Le sinistré a le droit de faire insérer dans l'acte de comparution ses observations.

Si le sinistré s'abstient de comparaître ou de transmettre l'énoncé de ses observations, il en est dressé acte qui fait foi de son contenu jusqu'à preuve du contraire.

21. Dans les trois mois de l'acte dressé conformément à l'article qui précède, le Ministre des Dommages de Guerre statue sur la demande par avis motivé qu'il notifie par pli recommandé à l'auteur de la demande.

22. Il est ouvert aux bénéficiaires de la présente loi, qui n'ont pas accepté la décision du Ministre des Dommages de Guerre visée à l'article 21, une action en fixation de la créance d'indemnité contre l'État, représenté par ledit Ministre, devant les tribunaux d'arrondissement qui connaissent en dernier ressort.

Ces juridictions seront également compétentes pour statuer sur toutes les autres difficultés que soulève le litige. Toutefois, si le différend port sur une question, qui ne constitue pas un litige entre le réclamant et l'État au titre des dommages de guerre, mais soulève une contestation entre le réclamant et un tiers, cette difficulté est à vider d'après les dispositions du droit commun.

23. L'action est à intenter, sous peine de déchéance, dans les trois mois à partir de la réception de la décision du Ministre des Dommages de Guerre prévue à l'article 21.

Si le Ministre des Dommages de Guerre a omis de statuer dans le délai de trois mois lui imparti par l'article 21, l'intéressé pourra se pourvoir à partir de l'expiration dudit délai.

La procédure applicable devant les tribunaux d'arrondissement, statuant en matière de dommages de guerre, est celle qui se fait devant les tribunaux de commerce.

Tous moyens de preuve, même par simples présomptions, sont admis pour établir la réalité et l'importance des dommages de guerre ainsi que la relation de cause à effet entre l'événement donnant lieu à indemnisation aux termes de la présente loi et le dommage.

En ce qui concerne l'audition des témoins, les articles 268 et 283 du Code de procédure civile ne sont pas applicables.

24. Un recours en cassation est ouvert aux parties contre les décisions des tribunaux d'arrondissement, statuant en matière de dommages de guerre, dans les cas et les délais et suivant les formes prévus pour les pourvois en cassation en matière civile.

En cas de cassation donnant lieu à un nouvel examen du fond, la cause sera obligatoirement renvoyée pour être instruite et jugée de nouveau devant une autre juridiction de même nature que celle dont le jugement aura été cassé.

25. Les minutes, expéditions, extraits et copies des décisions et en général tous les actes de procédure auxquels donnera lieu l'application de la présente loi, sont dispensés des formalités du timbre et de l'enregistrement. Ils porteront la mention expresse qu'ils sont faits en exécution de la présente loi.

26. Peuvent être annulés par le tribunal d'arrondissement les décisions définitives d'indemnisation rendues par le Ministre des Dommages de Guerre ainsi que les jugements rendus sur l'action visée à l'article 22, alinéa 1er, lorsque ces décisions ou jugements ont été pris erronément, soit que le sinistré eût dû être exclu en vertu de l'alinéa premier de l'article 12 de la présente loi, soit qu'il y eût fraude de sa part.

La demande sera introduite par le Ministre des Dommages de Guerre ou d'office par le Procureur d'État.

En cas d'erreur matérielle la décision peut être rectifiée par les mêmes juridictions à la requête, soit du Ministre des Dommages de Guerre, soit de l'intéressé.

Les règles de procédure établies par la présente loi s'appliquent à ces demandes en annulation et en rectification.

Les dispositions du présent article sont également applicables aux indemnités déjà payées et aux travaux de reconstruction achevés.

Les décisions d'annulation ou de rectification ordonneront, s'il y a lieu, le remboursement des sommes indûment liquidées ou versées au sinistré.

27. La créance de remboursement visée à l'article qui précède est privilégiée sur la généralité des meubles du sinistré et prend rang après le No 5 de l'article 2101 du Code civil. [1)]

28. Toutes les actions ouvertes sur la base des dispositions qui précèdent sont portées au choix du demandeur soit devant le tribunal d'arrondissement de Luxembourg, soit devant celui de Diekirch.

29. Le Ministre des Dommages de Guerre est autorisé à accorder des avances aux sinistrés suivant les modalités à fixer par un règlement d'administration publique qui s'inspirera des principes inscrits à l'article 5.

30. Il peut exceptionnellement, après délibération du Gouvernement en Conseil, accorder des indemnités pour éviter des cas de rigueur.

…

33. Les personnes physiques et morales de nationalité étrangère, sauf les ressortissants étrangers visés aux articles 1er et 2, ne peuvent être admises à l'indemnisation des dommages de guerre subis sur le territoire du pays que sur la base de traités de réciprocité que le Gouvernement est autorisé à conclure avec les pays étrangers.

Il en est de même des personnes morales de droit luxembourgeois visées à l'article 3 quant au prorata non indemnisable.

34. Les crédits qu'exige l'application de la présente législation seront inscrits chaque année au budget des dépenses.

TITRE II - **Indemnisation pour perte de traitement, salaire ou revenu normal des personnes victimes de leur attitude patriotique et lésées par suite d'une sanction prise par l'ennemi**

35. Les personnes visées à l'article 1er et domiciliées au Grand-Duché le 10 mai 1940 ainsi que les Luxembourgeois domiciliés à l'étranger à la même date, dans les limites fixées par l'article 2 a de la présente loi, qui en raison de leur attitude patriotique ont, par un fait de l'occupant, subi une perte de traitement, salaire ou revenu normal, leur conjoint survivant, leurs

---

1) Article modifié par la loi du 12 avril 2019 portant introduction d'un compte épargne-temps et modifiant: 1° le Code du travail; 2° le Code civil; 3° la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

descendants ou ascendants, reçoivent sur leur demande une indemnité qui sera constatée et évaluée par le Ministre des Dommages de Guerre conformément aux dispositions ci-après.

36. Peuvent se prévaloir de la disposition qui précède:

1. Les ayants droit des personnes exécutées ou mises à mort par l'ennemi en raison de leur attitude patriotique ou tombées en combattant l'ennemi.
2. Les personnes qui ont été emprisonnées ou internées dans un camp de concentration en raison de leur attitude patriotique.
3. Les déportés politiques, si leur attitude patriotique a été le motif principal de leur déportation.
4. Les personnes destituées de leurs fonctions, celles auxquelles l'exercice de leur profession a été interdit, par les autorités ennemies, exclusivement en raison de leur attitude patriotique ainsi que celles qui, par un acte de pure résistance et afin de se désolidariser de l'occupant, ont intentionnellement renoncé à leurs fonctions ou à l'exercice de leur profession.
5. Les personnes qui ont été déclassées quant à leur traitement ou salaire exclusivement en raison de leur attitude patriotique.
6. Les personnes auxquelles les autorités ennemies ont soustrait leurs rentes ou pensions exclusivement en raison de leur attitude patriotique.
7. Les personnes qui volontairement ont combattu dans les armées alliées ou dans les armées clandestines alliées.
8. Les personnes qui, pour se soustraire aux mesures de rigueur de l'occupant, auxquelles elles étaient exposées en raison de leur activité patriotique dans une organisation de résistance ou d'actes de résistance individuelle caractérisés, même antérieurement au 10 mai 1940, se sont évadées ou cachées, si elles n'avaient pas d'autre moyen d'éviter un danger imminent pour leur vie ou leur liberté.

La preuve de l'attitude patriotique incombe à l'impétrant.

36bis. Les personnes remplissant les conditions de l'article 4 de la loi du 25 février 1967 peuvent également se prévaloir des dispositions des articles 35, 37 à 42 de la présente loi. Dans la mesure où elles ont été indemnisées par application de l'article 43, elles peuvent opter pour une indemnisation par application des articles 39 à 42. L. 12.6.1981

37. Pourront être exclues en tout ou en partie du bénéfice du présent titre les personnes visées par l'article 36, qui ont démérité par leur comportement, indigne d'une victime patriotique, soit à raison d'actes commis au préjudice de leurs compagnons d'infortune, soit à raison de leur attitude à l'égard de l'ennemi, ou dont l'activité était inspirée par un esprit de lucre. L. 25.2.1950

38. Sera remboursée, conformément aux taux de conversion prévus par les arrêtés en vigueur concernant l'échange monétaire, la contre-valeur des amendes, frais judiciaires, honoraires d'avocat, frais de pension et de nourriture à la prison déboursés à l'occasion de procès politiques, ainsi que des amendes payées comme otage ou lors de l'établissement des listes de la «Volkstumskartei».

39. Le dommage politique sera indemnisé suivant les dispositions ci-après.

Ce dommage consiste, après conversion, aux taux de 1 RM = 10 francs[1)], s'il échet, dans la différence entre le revenu normal que le sinistré aurait eu s'il avait pu librement vaquer à son occupation ordinaire et les revenus qu'il a effectivement eux. Il sera majoré des frais exceptionnels qui ont été une suite directe de la sanction.

Le calcul de cette différence sera fait:

a) sur la base du traitement salaire ou revenu normal que le sinistré a gagné pendant la période de l'occupation avant le fait dommageable;

b) si le sinistré pendant le temps de l'occupation n'avait pas de traitement, salaire ou revenu normal, son revenu moyen des années 1936, 1937, 1938, 1939 majoré de 50% en raison de l'augmentation du coût de la vie pendant la guerre sera mis à la base du calcul;

c) si le sinistré âgé de plus de 18 ans n'avait pas de traitement, salaire ou revenu normal, ni avant le temps de l'occupation, ni pendant ce temps, le salaire qui servira de base au calcul ne pourra pas être inférieur à 37,18 euros par mois.

40. Sera déduit le traitement, salaire ou revenu normal net que le sinistré a effectivement touché pendant le temps de l'événement dommageable.

41. Le plafond du traitement, salaire ou revenu normal qu'un sinistré aurait pu toucher, s'il avait pu librement vaquer à son occupation ordinaire, est fixé à 247,89 euros par mois, chiffre qui sera augmenté de 12,39 euros par mois pour l'épouse et de 9,92 euros par mois pour chaque enfant à charge du sinistré.

42. L'indemnité est due jusqu'au jour ou l'événement dommageable a pris fin et au plus tard jusqu'au début du 3emois qui suit le rapatriement.

En cas d'exécution, de mise à mort ou de décès dans les conditions de l'article 36 1°, les ayants cause de la victime toucheront l'indemnité dans tous les cas jusqu'au 30 septembre 1944.

43. Les Luxembourgeois qui sous l'empire de la loi de l'occupant ont été soumis au service militaire forcé, soit qu'ils y aient été effectivement astreints, soit qu'ils aient été réfractaires,

---

1) 10 francs = 0,25 euro

pour autant qu'ils ne sont pas indemnisables selon les dispositions qui précèdent, ont droit à une indemnité uniforme et forfaitaire de 148,74 euros pour ceux qui étaient mariés le 10 septembre 1944, augmentée de 37,18 euros par enfant à leur charge et de 99,16 euros pour les célibataires.

Cette indemnité de base est majorée de 18,59 euros par tranches entières de trois mois calculées depuis l'enrôlement forcé jusqu'au rapatriement effectif mais pour une période de 4 ans au maximum.

En cas de décès ou de présomption de décès de ces personnes, l'indemnité passe à leur conjoint, leurs descendants ou ascendants dans la mesure déterminée à l'article précédent.

Les personnes visées à l'article 36 sub 7° jouissent de la faculté d'opter, soit pour l'indemnisation prévue aux articles 39 à 42 inclusivement, soit pour celle prévue au présent article.

TITRE III - **Indemnisation des dommages de guerre corporels**

44. Les personnes visées à l'article 1er et domiciliées au Grand-Duché le 10 mai 1940 ou à la date du sinistre qui, par suite directe d'un acte de guerre ont subi un dommage corporel, leur conjoint survivant, leurs descendants ou ascendants ou toute personne justifiant d'un intérêt légitime ont droit sur leur demande, à une indemnité qui sera constatée et évaluée par le Ministre des Dommages de Guerre conformément aux dispositions ci-après. Il en sera de même du Luxembourgeois domicilié à l'étranger, dans la limite de l'article 2 a du Titre I.

45. Sont à considérer comme actes de guerre:

1. Les opérations de combat, sans distinction de la nationalité des belligérants, et les explosions d'engins de guerre, même celles qui se sont produites, en territoire luxembourgeois seulement, après la cessation des hostilités, mais au plus tard jusqu'au 10 septembre 1954;
2. Les mesures ordonnées par les autorités militaires ou civiles et qui sont en relation directe avec les actes de guerre;
3. Les actes de l'ennemi ou de ses organisations contre les personnes visées aux articles 1er et 2.

Tombent notamment sous cette catégorie:

   a) les personnes qui, en raison de leur attitude patriotique, ont été exécutées par l'ennemi ou qui sont mortes soit dans des camps de concentration et des prisons, soit des suites de l'incarcération;
   b) les personnes emprisonnées ou internées dans un camp de concentration pour des raisons politiques;
   c) les déportés politiques;
   d) les personnes destituées de leurs fonctions ou celles auxquelles l'exercice de leur profession a été interdit par les autorités ennemies pour des raisons politiques;

4. Le fait de personnes qui, pour se soustraire aux mesures de rigueur de l'occupant, auxquelles elles étaient exposées en raison de leur activité patriotique dans une organisation de résistance ou d'actes de résistance individuelle caractérises, se sont évadées ou cachées, si elles n'avaient pas d'autre moyen d'éviter un danger imminent pour leur vie ou leur liberté;
5. les actes exécutés pour la défense ou la libération de la patrie, notamment par:
   a) l'enrôlement dans les armées et formations paramilitaires alliées;
   b) la collaboration pour des motifs patriotiques à un service de renseignement et d'action luxembourgeois ou allié;
   c) la collaboration à une organisation de résistance;
   d) la tentative de rejoindre les armées alliées;
   e) la désertion de l'armée allemande ou d'une formation paramilitaire allemande par un non-volontaire;
   f) l'insoumission à l'armée allemande, à l'S.H.D., à l'R.A.D. ou K.H.D., ainsi qu'aux formations paramilitaires allemandes;
6. Les mutilations volontaires pour échapper au service militaire dans l'armée allemande ainsi qu'aux formations énumérées sub 5 f).
7. L'enrôlement forcé dans l'armée allemande ainsi qu'aux formations énumérées sub 5 f).

46. Seront indemnisés également les ayants droit des personnes décédées après le retour au pays des suites des mauvais traitements et des privations leur infligés par l'ennemi et qui sont en relation directe avec un acte de guerre suivant l'article 45 de la présente loi.

47. Les rentes et autres indemnités prévues par le présent titre peuvent être cumulées avec les prestations versées à la suite des mêmes dommages de guerre par une institution sociale quelconque, sans préjudice des dispositions ci-après. L. 26.3.1974

Les rentes et autres secours alloués pour des dommages de guerre constituant en même temps des accidents du travail sont suspendus jusqu'à concurrence du montant des rentes et secours versés en vertu de la législation concernant les accidents du travail.

Les rentes allouées en application de l'article 48 lettre A sont suspendues jusqu'à concurrence du montant des pensions de survie servies par les régimes de pension non contributifs; celles

allouées en application de l'article 48 lettre B sont suspendues jusqu'à concurrence de la moitié du montant des éléments de pensions de survie à charge des régimes de pension contributifs.

Les dépenses de l'Association d'assurance accident seront remboursées par l'Office de l'État des Dommages de Guerre dans la limite de la suspension prévue ci-dessus.

Les dépenses des organismes de pension seront remboursées par le même Office à concurrence de la moitié du montant des éléments de pension qui sont à leur charge. Aucun remboursement n'a lieu à partir du premier du mois pendant lequel la victime aurait dépassé ou dépassera l'âge limite obligatoire de retraite.

Si l'invalidité ou le décès ne sont pas reconnus comme entièrement imputables aux faits de guerre, le remboursement n'aura lieu que dans la proportion admise pour l'imputabilité.

Pour l'application des alinéas 3 et 5 du présent article, il n'est pas tenu compte des éléments de pension qui étaient à charge de l'État en vertu de la législation applicable avant le 1er janvier 1985 pour les pensions attribuées avant le 1er janvier 1988, ni des majorations forfaitaires ou forfaitaires spéciales ainsi que du complément pension minimum pour les pensions attribuées après cette date. L. 27.7.1987

48. En cas de décès des personnes devenues victimes en raison de leur attitude patriotique, l'indemnisation des ayants droit se fera d'après les règles suivantes, sans préjudice des dispositions légales, réglementaires ou statutaires sur les pensions: L. 25.2.1950

A. – S'il s'agit d'ayants droit d'un fonctionnaire de l'État, des communes, des établissements publics ou des employés aux chemins de fer:

1. La veuve touchera une rente équivalente à 80% du traitement intégral – y compris les allocations familiales, l'indemnité de foyer et les triennales – qu'aurait touché le mari d'après la législation luxembourgeoise; à partir de la limite d'âge telle qu'elle était fixée pour le mari, la veuve touchera 80% de la pension intégrale à laquelle son mari aurait eu droit.

   Chaque enfant à sa charge aura droit à 10% du même traitement jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis.

   En cas de remariage de la veuve la rente de chaque orphelin sera portée à 15% du traitement susvisé, sans pouvoir être inférieure au montant de la pension se dégageant de l'application des dispositions légales, réglementaires ou statutaires sur les pensions.
2. L'orphelin de père et de mère touchera jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis une rente équivalente à 30% du traitement susénoncé.
3. Même après l'accomplissement de la dix-huitième année l'allocation de la rente visée sub 1. et 2. sera continuée:
   a) en faveur de tout orphelin atteint d'une infirmité qui le met dans l'impossibilité de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence;
   b) en faveur de tout orphelin s'adonnant à des études scientifiques ou professionnelles, et ce pendant la durée normalement admise pour l'achèvement de celles-ci.
4. Dans les cas où le divorce a été prononcé aux torts exclusifs du mari, la rente de veuve est allouée à l'épouse divorcée à la condition qu'un jugement ait alloué à l'épouse une pension alimentaire et qu'il n'y ait pas eu remariage.

   Dans ces cas, la rente ne pourra pas dépasser le montant de la pension alimentaire.
5. Les dispositions concernant la pension de la veuve et des orphelins sont applicables au profit du veuf ainsi que des enfants manquant de ressources et laissés par une femme qui, en raison de l'incapacité de travail de son mari, a pourvu d'une façon essentielle à la subsistance de sa famille.
6. Si la victime, âgée de seize ans au moins à la date du fait dommageable laisse des ascendants, ceux-ci touchent à titre de rente la différence entre leur revenu effectif et un revenu dont le montant sera déterminé par règlement grand-ducal. La rente ne pourra dépasser trente pour cent du salaire social minimum augmenté de vingt pour cent. L. 25.2.1967
7. Si la victime laisse des petits-enfants à l'entretien desquels elle a pourvu d'une façon prépondérante, ceux-ci en cas d'insuffisance de ressources touchent par personne 20% du traitement de la victime, au maximum 60% jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis. Les dispositions de l'al. 3, a et b, seront également applicables. L. 25.2.1950
8. Les rentes réunies des survivants ne peuvent excéder le montant du traitement tel qu'il est établi sub A) 1. S'il y a plus de 2 enfants, la rente de chaque enfant devra être réduite proportionnellement.
9. Les ascendants et les petits-enfants ne peuvent faire valoir leurs droits que lorsque le maximum susdit n'est pas absorbé par la rente de la veuve et des enfants.
10. Il est alloué aux ayants droit de la victime une indemnité funéraire uniforme de 123,95 euros. Au cas où les frais d'enterrement auront été avancés par un tiers, celui-ci aura droit au remboursement des frais exposés jusqu'à concurrence du montant susmentionné.
11. En cas de remariage de la veuve le paiement de la rente sera continué pendant 2 ans au maximum à condition que l'intéressée ait conservé la nationalité luxembourgeoise et qu'elle soit domiciliée au Grand-Duché.

    Il sera loisible au Ministre des Dommages de Guerre de convertir cette rente en un capital unique.

B. – Si la victime n'était pas fonctionnaire ou employé de l'État, des communes, des établissements publics ou des chemins de fer, les indemnités des ayants droit de la victime

décédée seront calculées sur la base du traitement, salaire ou revenu moyen que la victime a réellement touché en 1937, 1938 et 1939.

La même moyenne, établie en considération de la profession ou de la formation professionnelle de la victime, servira de base à l'indemnisation des ayants droit de ceux qui, bien que n'ayant pas exécuté de travail lucratif pendant ces trois années, ont cependant exercé leur profession pendant la guerre ou auraient pu l'exercer après la libération, s'ils n'avaient pas succombé à la suite de faits de guerre.

Les modalités de fixation et de calcul du traitement, salaire ou revenu moyen feront l'objet d'un règlement d'administration publique qui fixera en outre pour chaque année un coefficient adaptant les salaires, traitements et revenus prévus à l'alinéa précédent aux rémunérations de l'époque afférente et tenant compte des conditions d'âge, de profession ou de formation professionnelle de la victime. Les salaires, traitements et revenus à fixer ne peuvent être inférieurs au salaire minimum ou au salaire social minimum, augmenté de 20%. L. 25.2.1967 R. 17.12.21

… Al. 4 abr. (L. 26 mars 1974)

49. Tous les dommages corporels non visés par l'article 48 seront indemnisés d'après les dispositions du Code de la sécurité sociale traitant des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, sauf les dérogations suivantes: L. 25.2.1950

a) Le salaire, traitement ou revenu servant de base aux rentes à allouer est calculé d'après les dispositions de l'article 48 B, alinéas 1er à 3, sans préjudice des dispositions d et f qui suivent; L. 25.2.1967 R. 17.12.21

b) les incapacités de travail inférieures à 10% ne sont pas indemnisés; L. 25.2.1950

c) le salaire usité local tel qu'il est prévu par l'article 100 du Code de la sécurité sociale sera remplacé par le salaire minimum gradué;

d) jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis il ne sera pas accordé de rente aux victimes, sauf dans les cas de mutilations graves ou de blessures très douloureuses ou essentiellement défigurantes. Le salaire servant de base au calcul des indemnités sera dans ces cas de 25% du salaire minimum jusqu'à 14 ans accomplis et de 40% du salaire minimum de 14 à 16 ans accomplis;

e) si une infirmité ou une maladie a été aggravée par un fait de guerre, l'aggravation seule donnera lieu à une indemnité;

f) pour les personnes qui, antérieurement au dommage de guerre subi, étaient déjà frappées d'incapacité de travail, la fraction du salaire ou du traitement minimum correspondant au degré de capacité qui leur restait, servira de base au calcul de l'indemnité, à moins que le salaire ou le traitement réel ne dépasse ce taux;

g) pour les fonctionnaires ou employés de l'État, des communes, des établissements publics ou des chemins de fer, jouissant d'un droit à une pension de retraite, le traitement annuel servant de base au calcul de la rente ne pourra dépasser le montant fixé en application de l'article 93 alinéa 1er No 2 du Code de la sécurité sociale. L. 25.2.1967

Au cas où les infirmités ont entraîné un déclassement professionnel, la victime aura droit en outre à une indemnité correspondant à la différence entre l'ancien et le nouveau traitement. Elle sera cumulée avec le traitement. L. 25.2.1950

Si les mutilations, blessures ou maladies ont entraîné la mise à la retraite prématurée de la victime, celle-ci aura droit à une rente supplémentaire qui ne pourra dépasser 37,18 euros par mois, ni être inférieure à 7,44 euros par mois. Cette rente supplémentaire sera cumulée avec la pension. Les montants prévus correspondent au nombre indice cent et seront adaptés suivant les modes applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. L. 25.2.1967

La veuve et les orphelins d'une victime qui était fonctionnaire ou employé de l'État, des communes, des établissements publics ou des chemins de fer auront droit, en dehors de la pension due en vertu des dispositions légales ou statutaires, à une rente supplémentaire de 7,44 euros à 37,18 euros par mois, rente fixée en proportion de la part que l'événement de guerre a eue au décès prématuré de la victime. Cette rente supplémentaire sera cumulée avec la pension prémentionnée. Les montants prévus correspondent au nombre-indice cent et seront adaptés suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. L 25.2.1950 L. 25.2.1967

h) si la victime suivait encore des cours d'instruction ou de formation professionnelle, le salaire servant de base au calcul de l'indemnité sera fixée par une décision du Ministre des Dommages de Guerre, sans qu'il puisse être inférieur au salaire minimum gradué mentionné sub c; L. 25.2.1950

i) si la victime, âgée de seize ans au moins à la date du fait dommageable laisse des ascendants, ceux-ci touchent à titre de rente la différence entre leur revenu effectif et un revenu dont le montant sera déterminé par règlement grand-ducal. La rente ne pourra dépasser trente pour cent du salaire social minimum augmenté de vingt pour cent. L. 25.2.1967

j) il est alloué aux ayants droit de la victime une indemnité funéraire uniforme de 123,95 euros. Au cas où les frais funéraires auront été avancés par un tiers, celui-ci aura droit au remboursement des frais exposés jusqu'à concurrence du montant susmentionné; L.25.2.1950

k) le taux de la rente de la veuve des enrôlés de force est fixé à 50% de la rémunération annuelle.

Le taux des autres rentes de veuve est fixé à 42,8% de la rémunération annuelle. Il sera porté à 53,5% de celleci, tant que la capacité de travail de la veuve est diminuée de 50% au moins par suite d'une maladie ou de toute autre infirmité; il en sera de même L. 26.5.1993

à partir du jour où la veuve aura atteint l'âge de 55 ans, ainsi que dans les cas où l'intéressée aura à sa charge un orphelin au-dessous de 6 ans accomplis.

l) … *Abr. (L. 25 février 1967)*

m) les rentes des personnes soumises à l'assurance-accident, section agricole et forestière, seront calculées sur base d'un salaire annuel équivalant au salaire établi pour les travailleurs du Commerce et de l'Industrie. L. 25.2.1950

Les dispositions de l'article 164 de la loi du 17 décembre 1925 concernant le Code de la sécurité sociale ne sont pas applicables.

n) Abr. (L. 26 mai 1993)

Abr. (L. 25 février 1967)

o) le Ministre des Dommages de Guerre peut accorder aux grands blessés, aux victimes hospitalisées ainsi qu'à leurs ayants droit un secours spécial; de même il peut accorder un secours approprié aux invalides de guerre pendant la durée de leur rééducation professionnelle;

p) … *Abr. (L. 25 février 1967)*

50. Les droits des survivants sont également ouverts par la déclaration de présomption de décès de la victime qui rétroagira dans les limites de l'article 51.

En cas de décès, survenu après la libération du pays, de suites autres que celles en rapport direct avec des faits de guerre d'une victime de la guerre, frappée d'une incapacité de travail telle qu'elle n'a pu exercer une activité professionnelle soumise à l'assurance pension obligatoire ou qu'elle n'a pu exercer une telle activité professionnelle que tardivement, un revenu correspondant au montant de la rente de guerre sera garanti dans le chef des survivants définis dans la présente loi. L. 26.3.1974

51. La rente est due aux victimes rapatriées, au plus tôt à partir du jour de rapatriement, à toutes les autres victimes ou à leurs ayants droits à partir du fait dommageable, mais au plus tôt à partir du 1er octobre 1944 et sans qu'il puisse y avoir cumulé de l'indemnisation pour dommage politique avec la rente pour dommage corporel. L. 25.2.1950

52. Il n'y aura pas lieu à dédommagement, si le fait dommageable a été provoqué intentionnellement par la victime, excepté les mutilations volontaires à l'effet d'échapper au service dans l'armée ou dans une formation paramilitaire allemande.

53. En cas de faute grave de la victime la prestation prévue par la présente loi pourra être refusée en tout ou en partie; toutefois en cas de décès de la victime, la réduction ne pourra être supérieure à 50%.

Loi 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

1 **Art. 1er.**[1] Pourront bénéficier de la présente loi en cas d'invalidité ou de décès précoces, à la demande des intéressés, les Luxembourgeois qui pour une période d'au moins trois mois [2] justifient remplir l'une ou plusieurs des conditions prévues à l'article 14, lettres a, b, c, d et g de la loi du 25 février 1967 ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant, à savoir: L. 26.3.74

1) avoir été déportés, internés ou emprisonnés par l'occupant pour des raisons patriotiques, de race ou de religion;

2) avoir été enrôlés de force dans le „Reichsarbeitsdienst", l'armée allemande ou autres services analogues ou s'y être soustraits par la fuite et qui remplissent les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 25 février 1967 précitée; L. 14.7.81,1,2°

3) avoir été déportés, internés ou emprisonnés pour des raisons patriotiques, de race ou de religion dans un pays soumis à l'influence ennemie; L. 26.3.74

4) avoir été contraints pour des raisons patriotiques, de race ou de religion de vivre cachés pendant l'occupation du territoire national;

5) avoir quitté le Grand-Duché pour joindre les forces alliées ou pour se mettre à la disposition du Gouvernement luxembourgeois ou du Gouvernement d'une des puissances alliées au Grand-Duché;

à moins que l'État par l'intermédiaire de l'office de l'État des dommages de guerre ne rapporte la preuve que l'invalidité ou le décès précoces sont imputables à des événements étrangers aux cas ci-dessus prévus.

2 Toutefois le bénéfice de la présente loi est accordé également si les conditions prévues ci-dessus ne sont remplies que pour une période inférieure à six mois,[3] lorsque l'invalidité ou le décès précoces ont été reconnus par l'office de l'État des dommages de guerre comme entièrement imputables à ces conditions.

3 Peuvent également bénéficier des dispositions de la loi, pourvu que l'invalidité ou le décès précoces aient été reconnus par l'office de l'État des dommages de guerre comme entièrement imputables à ces conditions, les Luxembourgeois qui, au cours de l'occupation étrangère du pays:

1) ont été, pour des raisons patriotiques, de race ou de religion, obligés à travailler hors du Grand-Duché en vertu d'une astreinte au travail de l'occupant; L. 14.7.81,1,3°

2) ont été, pour des raisons patriotiques, de race ou de religion, mis dans l'impossibilité d'exercer un emploi; L. 26.3.74

3) ont rendu, en exposant itérativement ou d'une façon prolongée leur vie et leur santé à de graves périls, des services éminents au pays ou à des personnes persécutées.

4 Sont assimilés aux Luxembourgeois les étrangers et apatrides poursuivis par l'occupant en raison de leur attitude loyale à l'égard de l'État luxembourgeois.

5 Pourront bénéficier également de la présente loi, les membres de la force armée ayant contracté un engagement volontaire dans les forces des Nations Unies à moins que l'État ne rapporte la preuve que l'invalidité ou le décès précoces sont imputables à des événements non en rapport avec cet engagement.

6 La reconnaissance des périodes computables est accordée sur présentation au moment de la demande de la pension, d'un certificat à délivrer par l'office de l'État des dommages de guerre, sinon par l'administration communale du lieu de résidence au moment du déplacement. Les décisions y relatives prises par les différents régimes de pension remplacent ce certificat pour autant que les conditions d'admission prévues par la présente loi sont remplies. En cas d'application de l'alinéa qui précède, la reconnaissance aura lieu sur présentation d'un certificat de la force armée. L. 14.7.81,I,4° L. 26.3.74

1 **Art. 2.** Les personnes qui remplissent les conditions prévues à l'article 1er auront droit, sur leur demande, en cas d'invalidité dûment constatée suivant les règles inhérentes au régime de pension contributif ou non contributif compétent à la pension de vieillesse qui aurait été due à la limite d'âge obligatoire de retraite, compte tenu de la profession exercée et du régime de pension général ou supplémentaire applicable. Toutefois sont applicables aux personnes visées ci-dessus les dispositions de l'article 32 alinéa 2 de la loi modifiée du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés, si celles-ci sont plus favorables que celles du régime de pension compétent. L. 14.7.81,1,5°

2 En cas de décès d'une personne remplissant les conditions prévues à l'article 1er, la pension de survie due, conformément au régime de pension compétent, aux ayants droit qui en font la demande, sera établie d'après les mêmes critères que ceux établis ci-dessus pour la pension de vieillesse. L. 26.3.74

---

1) ***L. 27.7.87, XIV:***
Pour autant que 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 se réfère aux différents anciens régimes de pension contributifs, les devoirs y relatifs sont repris par le régime de pension unique.
La référence aux majorations spéciales est remplacée par une référence aux majorations au sens de l'article 216, numéros 2) et 4) du Code de la sécurité sociale.

2) *Par L. 14.7.81, 1, 1°, les termes* « six mois » *ont été remplacés par les termes* « trois mois ».

3) *Il y a lieu de lire* « trois mois ».

1 **Art. 3.** Dans les régimes de pension non contributifs, le complément différentiel sera calculé en fonction du temps manquant entre le mois de la survenance du risque et la limite d'âge de retraite, sans que le maximum de la pension de vieillesse ou de survie tel qu'il est établi dans les différents régimes de pension non contributifs ne puisse être dépassé.

2 Dans les régimes de pension contributifs, le complément différentiel calculé comme prévu ci-dessous sera ajouté à la pension arrêtée au moment de la réalisation du risque, autant de fois qu'il manque d'années jusqu'à la limite d'âge de retraite, la fraction d'année comptant pour une année entière.

1 **Art. 4.** Pour la détermination du montant du complément différentiel les autorités compétentes pour l'octroi des pensions tiendront compte:

a) dans les régimes de pension non contributifs:

1) de toutes les augmentations périodiques en relation avec l'ancienneté de service restant à échoir à la survenance du risque;

2) de toutes promotions normales non encore réalisées dans la carrière occupée au moment de la survenance du risque et pour lesquelles à cette date les prémisses nécessaires à une réalisation avant la limite d'âge sont acquises. Est considérée comme promotion normale toute promotion accordée en ordre principal à raison de l'ancienneté, à l'exclusion de toute promotion réservée expressément par les lois ou règlements au choix des autorités compétentes en matière de promotion.

b) dans les régimes de pension contributifs des salariés:
de la moyenne des cinq salaires ou traitements annuels cotisables et le cas échéant ajustés les plus élevés de la carrière d'assurance, sinon et pour le cas où cette mise en compte serait plus favorable, le salaire ou traitement cotisable, le cas échéant ajusté, de l'année de calendrier ayant précédé immédiatement celle de la survenance du risque.

c) dans les régimes de pension contributifs des indépendants:
de la moyenne des cinq cotisations annuelles, le cas échéant ajustées, les plus élevées de la carrière d'assurance, sinon et pour le cas où cette mise en compte serait plus favorable, la cotisation, le cas échéant ajustée, de l'année de calendrier ayant précédé immédiatement l'année de la réalisation du risque.

2 Pour les personnes relevant d'un régime de pension spécial pour fonctionnaires de l'État, fonctionnaires communaux et agents des chemins de fer ou dont les pension sont déterminées en fonction des règles applicables à un tel régime, la détermination du complément se fait conformément au point b) de l'alinéa 1 ci-avant. L. 3.8.98,88

1 **Art. 5.** En cas d'assurance migratoire, le droit à pension sera apprécié suivant les règles inhérentes au régime de pension compétent au moment de la survenance du risque. L. 26.3.74

2 S'il s'agit d'un régime de pension non contributif, le complément différentiel sera calculé conformément aux dispositions de l'alinéa 1 de l'article 3.

3 S'il s'agit d'un régime de pension contributif, le complément différentiel sera calculé conformément aux dispositions de l'alinéa 2 de l'article 3. La détermination de la moyenne visée à l'article 4 ci-dessus se fera en tenant compte de la carrière d'assurance entière auprès des régimes de pension contributifs luxembourgeois. Dans ce cas les salaires et traitements cotisables et les cotisations seront considérés sous le rapport de 1 à 10, à moins qu'un rapport différent ne soit établi dans un régime de pension.

4 S'il s'agit d'un régime de pension non luxembourgeois, le droit à pension sera apprécié et le complément différentiel sera calculé dans le chef du dernier régime de pension luxembourgeois, contributif ou non contributif applicable, compte tenu des dispositions prévues ci-dessus. Si ce dernier régime est un régime non contributif[1)], il sera procédé, pour la détermination du traitement pensionnable à une reconstitution de carrière en tenant compte des années passées au régime de pension non luxembourgeois.

1 **Art. 6.** Le complément différentiel est suspendu:

a) dans la mesure où il se superpose aux majorations spéciales de pension en cas d'invalidité ou de décès précoces;

b) dans la mesure où par son effet la pension allouée par un régime de pension non contributif et d'autres prestations de pension luxembourgeoises ou non luxembourgeoises dépassent ensemble le maximum de pension de vieillesse ou de survie prévu pour ce régime, sans préjudice des autres règles de cumul régissant les régimes de pension non contributifs;

c) si et tant que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité s'adonne à une occupation. L. 14.7.81,1,6°

2 Il ne sera pas tenu compte du complément différentiel pour la fixation de l'indemnité de rachat ou pour la détermination de la pension due en cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats. L. 9.7.04,16

1 **Art. 7.** Les pensions d'invalidité ou de survie, accordées antérieurement à la présente loi à des personnes ou à des ayants droit de personnes remplissant les conditions prévues à l'article 1er, seront recalculées avec effet à la date de la mise en vigueur de la présente loi, à condition que la demande y relative soit présentée dans un délai de deux ans à courir à L. 26.3.74

1) Il y a lieu de lire « régime spécial transitoire ».

partir de la même date. Passé ce délai, le recalcul n'opère qu'à partir du premier du mois suivant la demande.

2 En cas d'invalidité ou de décès précoces avant l'âge de soixante-cinq ans d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'une pension de vieillesse anticipée ou d'un ayant droit à une telle pension qui remplissent les conditions d'admission de la présente loi, la pension est recalculée respectivement calculée suivant les dispositions afférentes ci-dessus en cas d'invalidité ou de décès précoces, à condition que la demande soit présentée dans un délai de trois mois. L. 14.7.81,1,7°

3 En cas de réalisation de cette éventualité avant la mise en vigueur de la présente loi, la demande afférente doit être présentée dans les six mois de cette mise en vigueur. Le recalcul a effet à cette même date.

4 En cas d'application des dispositions prévues ci-dessus aux bénéficiaires de la législation concernant les fonctionnaires de l'État, la commission des pensions y prévue est compétente pour la constatation de l'invalidité.

Art. 8. Le complément différentiel tel qu'il résulte des dispositions de la présente loi est à charge de l'organisme de pension. L. 22.12.06,31[1)]

Art. 9. Les décisions prises en exécution de la présente loi sont susceptibles des recours ordinaires en matière de pension. L. 26.3.74

1) Entrée en vigueur au 1.1.2007.

Loi du 22 décembre 1989[1)] ayant pour objet la coordination des régimes de pension

1) Les articles 1er à 19 de la présente loi ont été abrogés par L. 28.7.00, 38.

1 **Art. 20.** Pour les pensions échues avant le 31 décembre 1987, le remboursement des prestations à charge des employeurs relevant des régimes non contributifs, prévu à l'ancien article 16 alinéa 3 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension, est remplacé par le versement de la valeur en capital, y compris les expectatives à une pension de survie, de la part de pension à leur charge déterminée pour le mois de décembre 1987.

2 Un règlement grand-ducal détermine les modalités du remboursement et les facteurs de capitalisation. R. 3.4.90

3 Le même règlement grand-ducal peut fixer un échéancier pour le transfert des cotisations prévu à l'article 5 des fonctionnaires, agents ou employés qui ont quitté le régime non contributif[1)] avant la date de la mise en vigueur de la présente loi sans avoir eu droit à une pension différée.

1 **Art. 21.** Les prestations échues au 31 décembre 1987 conformément à l'ancien article 44 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension qui sont versées à décharge du régime non contributif[1)] par le régime contributif [2)], font l'objet d'un versement unique. Ce versement unique est déterminé par la valeur en capital, y compris les expectatives à une pension de survie, de la prestation déterminée pour le mois de décembre 1987.

2 Pour les périodes d'affiliation visées à l'article 44 prévisé, pour lesquelles aucun risque n'était encore échu à la date du 31 décembre 1987, il est procédé à un transfert des cotisations du régime contributif [2)] vers le régime non contributif[1)]. La dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article 5 est applicable.

3 La valeur en capital et les modalités de transfert sont déterminées par le règlement grand-ducal prévu à l'article 20.

Art. 22. Les personnes visées à l'article 177 du Code de la sécurité sociale ayant exercé avant le 1er janvier 1988 une activité accessoire de la nature de celles visées à l'article 179 alinéa 2 du même code se voient rembourser sur demande la part de la cotisation d'assurance pension à leur charge payée sur cette activité.

Art. 23. Pour l'application de l'article XVIII sub 7) de la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, sont maintenus en vigueur les anciens articles 4 à 6 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension.[3)]

---

1) Il y a lieu de lire « régime spécial transitoire ».

2) Il y a lieu de lire « régime général ».

*3) **L. 16.12.63:***

***Art. 4.** Lorsqu'une personne a été affiliée à différents régimes de pension contributifs, les conditions d'attribution des pensions seront appréciées sous chaque régime d'après les dispositions qui lui sont propres.*

Chaque organisme en cause portera en compte, à la condition qu'elles ne se superposent pas, les périodes d'assurance obligatoire accomplies sous les différents régimes ou computables conformément à l'article 14 et, suivant leur valeur dans le régime sous lequel elles ont été accomplies, les périodes d'assurance volontaire. Toutes autres périodes complémentaires à prendre en considération suivant l'un ou l'autre des régimes seront traitées par chaque organisme avec les effets qui leur sont reconnus par la législation qui le régit.

Les droits non éteints, lors du passage d'un régime à l'autre, au regard des dispositions du premier régime, seront, pour autant que de besoin, considérés comme maintenus tant que seront maintenus les droits correspondant aux périodes accomplies sous le deuxième régime suivant les dispositions de ce dernier. Toutefois, les périodes accomplies sous ce dernier régime devront atteindre au moins quatre-vingts jours en moyenne par an, lorsqu'il s'agit d'un régime faisant dépendre l'extinction des droits en formation d'un avertissement. Le présent alinéa n'est applicable que si des systèmes de maintien des droits différents sont en cause.

Toute période pour laquelle une personne jouit d'une pension de vieillesse ou d'invalidité sous l'un des régimes, sera prise en considération pour le maintien des droits sous tous les régimes.

En cas de passage d'un régime d'assurance qui fait dépendre l'extinction des droits en formation d'un avertissement à un régime qui ne prévoit pas cette condition, les délais que fait courir l'avertissement seront suspendus pendant l'affiliation à d'autres régimes.

***Art. 5.**[a)] Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous un seul régime, sans qu'elles le soient sous tous les régimes en cause par application des dispositions qui précèdent ou des dispositions des articles 6 et 7, il y a lieu à attribution de la pension, sous le régime au regard duquel les conditions d'attribution sont remplies. Il sera procédé de même lorsque ces conditions sont remplies sous plusieurs régimes sans qu'elles le soient sous tous les régimes en cause.*

Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous un seul régime, par application de ses propres dispositions et computation de ses seules périodes d'assurance, il y a lieu à attribution de la pension conformément à ce régime. ./.

Lorsque les conditions d'attribution sont réalisées sous plusieurs régimes par totalisation de leurs périodes d'assurance sans qu'elles le soient sous tous les régimes, les pensions sont calculées compte tenu des seules périodes accomplies sous les régimes au regard desquels les conditions d'attribution auront été réalisées.

Dans les cas visés aux deux alinéas qui précèdent il y aura lieu à révision ultérieure des pensions, conformément à l'article 4; cette révision sera effectuée, d'office au fur et à mesure que les conditions d'attribution seront remplies sous les autres régimes.

Le dernier alinéa de l'article 4 n'est pas applicable.

Art. 6.[a)] *Lorsque la pension de vieillesse est demandée avant l'âge de soixante-cinq ans, il ne sera porté en compte pour le stage requis que les périodes d'affiliation accomplies sous les régimes qui prévoient l'octroi de cette pension à l'âge où elle est demandée, compte tenu des dispositions concernant l'assurance supplémentaire.*

Les périodes d'affiliation à d'autres régimes seront prises en considération pour le maintien de ce droit.

a) Par dérogation aux articles 5 et 6 de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension, les périodes d'assurance accomplies alternativement ou successivement dans le régime de pension des employés privés et dans le régime de pension des ouvriers sont totalisées aux fins de l'ouverture du droit à la pension anticipée. Si, compte tenu de la disposition qui précède, le droit est ouvert dans l'un des régimes de pension conformément aux dispositions légales qui le régissent, il l'est également dans l'autre, nonobstant toutes dispositions légales contraires éventuelles (R. 5.3.80,6,3, Mém. A 11 du 13.3.1980, page 138).

1 **Art. 24.** En vue de l'application de l'article 213 bis du Code de la sécurité sociale un nouveau délai d'une année est ouvert à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi[1)] à toutes les personnes titularisées auprès d'un organisme international pour présenter leur demande auprès d'une des caisses visées à l'article 250.

2 Les personnes ayant quitté un régime de pension contributif luxembourgeois avant le 1er avril 1979 pour passer à un régime de pension d'un organisme international et qui ont bénéficié à ce moment d'un remboursement de cotisations peuvent dans un délai d'une année à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi[1)] reverser à la caisse de pension compétente la part des cotisations remboursée majorée des intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de l'année où a eu lieu le remboursement en vue de faire transférer les cotisations au régime de pension de l'organisme international suivant les dispositions de l'article 213 bis prévisé.

3 Les montants de cotisations transférées portant sur des périodes d'assurance se situant entre le 1er janvier 1985 et le 31 décembre 1987 sont recalculés compte tenue des dispositions de l'article 213 bis prévisé.

1 **Art. 25.** Les prestations échues avant le 1er janvier 1988 conformément aux dispositions de la loi du 16 décembre 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension restent régies pour celles-ci, à moins qu'il n'en soit disposé autrement.

2 Les dispositions de la présente loi s'appliquent aux pensions échues après le 31 décembre 1987. Toutefois, les prestations versées ne sont pas sujettes à restitution.

3 Les dispositions de la présente loi s'appliquent aux personnes occupées par un établissement d'utilité publique dans la mesure où les périodes d'activité auprès de cet établissement sont situées avant l'entrée en vigueur de la présente loi.[2)]

4 En cas de décès après le 1er janvier 1988 du bénéficiaire d'une pension personnelle échue avant cette date, les pensions de survie à charge du régime contributif [3)] sont calculées conformément aux articles 217 et 218 du Code de la sécurité sociale sur la base des éléments de pension auxquels avait droit le défunt. Toutefois elles sont régies par la présente loi à l'exception de l'article 10 alinéa 4.

1 **Art. 26.** Les dispositions des articles 10 et 11 de la présente loi s'appliquent aux parlementaires et aux membres du Conseil d'État bénéficiaires d'une pension de la part du régime contributif [3)] au 31 décembre 1987, qui peuvent prétendre après cette date à une pension de la part du régime non contributif [4)].

2 Il en est de même des membres du Gouvernement en ce qui concerne l'application du seul article 10 de la présente loi.

1) 1.1.90.
2) 1.1.88.
3) Il y a lieu de lire « régime général ».
4) Il y a lieu de lire « régime spécial transitoire ».

Loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État[1)] et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois

1) ***Remarque générale***
Règlement grand-ducal modifié du 5 mars 2004 fixant les conditions et modalités de renonciation à la récupération des rémunérations indûment touchées. Article 2, alinéa 3: - Une dispense de la restitution en cas d'erreur matérielle de l'administration pour calcul erroné de la retenue pour pension ou des autres prélèvements en matière de sécurité sociale. (Mém. A 10, du 30.1.09, p. 107)

SOMMAIRE

TITRE I	-	**Du régime de pension spécial des fonctionnaires de l'État**	Art. 1 - 76
		Chapitre I - Champ d'application personnel	*Art. 1 - 9*
		Chapitre II - Objet de l'assurance	*Art. 10 - 59*
		Chapitre III - Voies et moyens	*Art. 60 - 62*
		Chapitre IV - Organisation de l'assurance	*Art. 63 - 76*
TITRE II	-	**Du régime de pension spécial des fonctionnaires communaux**	Art. 77 - 81
TITRE III	-	**Du régime de pension spécial des agents des chemins de fer**	Art. 82 - 86, Art. 91 - 92

TITRE Ier - **Du régime de pension spécial des fonctionnaires de l'État** L. 3.8.98

Chapitre I - **Champ d'application personnel**

Art. 1er. Il est créé un régime de pension spécial applicable:

1. aux personnes visées à l'article 2, entrées en service ou en fonction après le 31 décembre 1998;
2. en ce qui concerne les dispositions du chapitre III – «Voies et moyens», aux personnes énumérées à l'article 2 entrées en service ou en fonction avant le 1er janvier 1999 ainsi qu'aux titulaires d'une pension au titre de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État ou de celle du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire sous Titre I et II sous Chapitre 1; L. 25.3.15,1
3. en ce qui concerne les dispositions du chapitre II – «Objet de l'assurance», aux personnes entrées en service ou en fonction avant le 1er janvier 1999 et relevant de l'article 16.5. de la loi précitée du 26 mai 1954 ou de l'article 13 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire.

1 **Art. 2.** Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent: L. 3.8.98

1. les fonctionnaires de l'État visés par la loi sur les traitements ainsi que les fonctionnaires stagiaires; L. 25.3.15,2,1°
2. les employés de l'État dans les limites et sous les conditions prévues à la loi modifiée du 27 janvier 1972 qui fixe leur régime; L. 3.8.98
3. les membres du Gouvernement, les parlementaires et les membres du Conseil d'État dans les conditions et limites de l'article 60 de la présente loi;
4. les fonctionnaires et les employés bénéficiant d'un régime statutaire, dont les rémunérations sont fixées par des dispositions légales ou réglementaires autres que la loi modifiée du 22 juin 1963 concernant les traitements des fonctionnaires de l'État, à moins qu'ils ne bénéficient d'un régime de pension spécifique.

2 Par « fonctionnaire » au sens des dispositions de la présente loi on entend indistinctement les personnes énumérées à l'alinéa qui précède ainsi que les bénéficiaires d'un traitement d'attente relevant de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Les termes de «partenaire» et de «partenariat» visent respectivement le partenaire et le partenariat au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, et les termes de «dissolution du partenariat» visent la dissolution en vertu de l'article 13 de la même loi. L. 25.3.15,2,2°

1 **Art. 3.** Comptent comme périodes effectives d'assurance obligatoire les périodes au service de l'État, d'un établissement public ou de la Chambre des Députés pour lesquelles une retenue pour pension a été opérée. L. 3.8.98

2 Il en est de même en ce qui concerne les périodes correspondant au congé parental dont le fonctionnaire a bénéficié en application des dispositions de la loi du 12 février 1999 concernant la création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales[1)] ainsi que des périodes correspondant à une rente accident complète ou une rente professionnelle d'attente en vertu du livre II du Code de la sécurité sociale du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010. L. 28.7.00,29,1) L. 12.5.10,6,1°

3 Est assimilée à des périodes d'assurance obligatoires [2)], 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 ait été assuré au titre des alinéas précédents pendant douze mois au cours des trente-six mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. L'administration du personnel de l'État peut dispenser de la condition que l'enfant soit élevé au Luxembourg. La période de référence est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 4 sous 4. La période de vingt-quatre mois ne doit pas se superposer avec une période couverte auprès du régime général 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 du congé de maternité ou du congé d'adoption. 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 L 21.12.12,V,1°

---

1) La loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales est abrogée par la loi du 15 décembre 2017 portant modification 1. du Code du travail; 2. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail, et abrogeant 3. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. Pour le congé parental voir livre IV du Code de la sécurité sociale et articles L. 234-43 à L. 234-49 du Code du travail. Pour le congé pour raisons familiales voir articles L. 234-50 à L. 234-55 du Code du travail.

2) Par L. 9.5.18,II,1°, le terme « obligatoires » est inséré après le terme « assurance ».

parents n'excèdent pas cette durée maximale. A défaut d'accord des deux parents au sujet de la répartition de la période, la mise en compte s'effectue prioritairement en faveur de celui des parents qui s'occupe principalement de l'éducation de l'enfant. La condition qu'une retenue pour pension ait été opérée ne s'applique pas.

1 **Art. 4.** Sont prises en compte en outre comme périodes, mais uniquement aux fins de parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse prévue à l'article 12 alinéa 1 et pour la pension minimum, ainsi qu'aux fins de l'acquisition des majorations forfaitaires dans les pensions, les périodes ci-après pour autant qu'elles ne soient prises en compte par un régime de pension luxembourgeois ou étranger, à savoir: L. 3.8.98

1. les périodes pendant lesquelles une pension d'invalidité a été versée conformément aux dispositions de la présente loi;
2. les périodes d'études ou de formation professionnelle, non indemnisées au titre d'un apprentissage, pour autant que ces périodes se situent entre la dix-huitième année d'âge accomplie et la vingt-septième année d'âge accomplie;
3. la période correspondant au délai d'inscription imposé au jeune demandeur d'emploi avant l'ouverture du droit à l'indemnité de chômage complet;
4. les périodes pendant lesquelles l'un des parents a élevé au Luxembourg un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans accomplis; ces périodes ne peuvent être inférieures à huit ans pour la naissance de deux enfants, ni être inférieures à dix ans pour la naissance de trois enfants; l'âge prévisé est porté à dix-huit ans si l'enfant est atteint d'une infirmité physique ou mentale, sauf si l'éducation et l'entretien de l'enfant ont été confiés à une institution spécialisée. L'Administration du personnel de l'État peut dispenser de la condition que l'enfant soit élevé au Luxembourg; L. 25.3.15,3,1.
5. les périodes d'activité professionnelle soumises à assurance au titre de la législation du pays d'origine dans le chef des personnes ayant bénéficié avant l'acquisition de la nationalité luxembourgeoise du statut de réfugié politique au sens de l'article 1er de la convention signée à Genève le 28 juillet 1951 et pour autant qu'elles soient exclues du bénéfice de prestations par tout régime international ou étranger; L. 3.8.98
6. les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979 portant création d´une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées, d'une majoration de rente d'accident pour impotence attribuée avant l'introduction de l'assurance dépendance ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti attribuée avant la mise en vigueur de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti; L. 25.3.15,3,2.
7. les périodes précédant celles au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 17 du Code de la sécurité sociale, pendant lesquelles le salarié handicapé au sens de l'article 1er de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées n'a pas pu être occupé, pour des raisons indépendantes de sa volonté, dans un atelier protégé ainsi que les périodes se situant avant l'entrée en vigueur de cette loi au cours desquelles l'intéressé était, après l'âge de 18 ans par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, hors d'état de gagner sa vie. L. 12.9.03,40

2 Les conditions et modalités relatives à la mise en compte des périodes prévues au présent article peuvent être précisées par règlement grand-ducal. L. 3.8.98 R. 25.6.09

Assurance continuée

1 **Art. 5.** Les personnes qui justifient de douze mois d'assurance au titre de l'article 3 pendant la période de trois années précédant la perte de l'affiliation au sens de l'article 2 ou d'un congé pour travail à mi-temps ou la réduction de leur activité professionnelle peuvent demander de continuer ou de compléter leur assurance. La période de référence de trois années est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 4 ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures. 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 le fonctionnaire était affilié en dernier lieu dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation. L. 19.12.08,V,1°

2 Le délai prévisé de six mois est suspendu à partir du jour de la demande en obtention d'une pension d'invalidité jusqu'à la date où la décision est coulée en force de chose jugée. L. 28.7.00,29,2)

3 Les modalités de l'assurance continuée ci-dessus sont déterminées par un règlement grand-ducal qui prévoit également les conditions et modalités dans lesquelles une personne peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire. R. 25.6.09

Assurance facultative L. 28.7.00,29,3)

1 **Art. 5bis.** Les personnes qui ne remplissent pas les conditions prévues par l'article précédent pour être admises à l'assurance continuée peuvent, sur avis favorable du médecin désigné par la commission des pensions, s'assurer facultativement à partir du premier jour du mois suivant celui de la présentation de la demande pendant les périodes

au cours desquelles elles ont cessé leur fonction, ou pendant lesquelles elles bénéficient d'un congé sans traitement ou d'un congé pour travail à mi-temps ou pendant lesquelles elles réduisent leur activité professionnelle au sens de l'article 2 pour des raisons familiales, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles justifient de douze mois d'assurance au titre de l'article 3 et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

2 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'assurance facultative, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. R. 25.6.09

Achat de périodes

1 **Art. 6.** Les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit une activité professionnelle au sens de l'article 2 ou pour des raisons familiales [1], soit bénéficié d'un forfait de rachat ou d'un équivalent actuariel de la part d'un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou de la part d'un régime de pension d'une organisation internationale, peuvent couvrir ou compléter rétroactivement les périodes correspondantes par un rachat rétroactif, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 2 pendant douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle. L. 9.7.04,17,1°

2 Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes. L. 28.7.00,29,4) R. 25.6.09

Détermination des périodes et des durées

1 **Art. 7.** Les périodes visées aux articles 3 à 6 et les durées prévues par la présente loi sont comptées par mois de calendrier. L. 3.8.98

2 Sans préjudice des dispositions de l'article 14, alinéa 2 et de l'article 46, alinéa 1, la fraction de mois compte pour un mois entier lorsqu'il s'agit d'une période de service ou d'une période y assimilée. A l'effet de l'application des dispositions des articles 14, alinéa 2 et 46, alinéa 1, un règlement grand-ducal peut fixer un coefficient multiplicateur pour les personnes dont la durée hebdomadaire normale à temps plein est inférieure à quarante heures par semaine.

3 En cas de concours pendant le même mois de deux ou de plusieurs périodes au titre des articles prévisés, la mise en compte ne peut pas excéder un mois.

4 Pour autant que de besoin, les mois sont convertis en années, les douzièmes étant convertis en nombres décimaux.

Détachement à l'étranger

Art. 8. Les fonctionnaires normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés au présent régime.

Dispense de l'assurance

Art. 9. Sont dispensés de l'assurance obligatoire:

1. les services ou travaux extraordinaires visés à l'article 23 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État;
2. les activités exercées uniquement de façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée d'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier;
3. les activités temporaires exercées au profit de l'État par un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité accordée au titre du présent régime ou d'un autre régime spécial, à l'exception de celles exercées par le bénéficiaire relevant de l'article 2, 3.

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

Art. 10. L'assurance a principalement pour objet des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie.

Pensions de vieillesse

Art. 11. A droit à une pension de vieillesse à partir de l'âge de soixante-cinq ans, tout fonctionnaire qui justifie de cent vingt mois d'assurance au moins au titre des articles 3, 5, 5bis [2] et 6.

---

1) Par L. 9.5.18,II,2°, les termes « pendant le mariage ou le partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats » sont remplacés par les termes « pour des raisons familiales ».

2) La référence à l'article 5bis a été ajoutée par L. 28.7.00, 29, 5).

1 **Art. 12.** A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de soixante ans, le fonctionnaire qui justifie de quatre cent quatre-vingt mois au moins au titre des articles 3 à 6, dont cent vingt au moins au titre des articles 3., 5., 5bis[1] et 6[2].

2 A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de cinquante-sept ans, le fonctionnaire qui justifie de quatre cent quatre-vingts mois d'assurance au titre de l'article 3.

3 Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer, même avant l'âge de soixante-cinq ans, une activité salariée insignifiante. Est considérée comme activité insignifiante, toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu au Luxembourg ou à l'étranger qui ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum. L. 21.12.12,V,2°

4 Si l'activité salariée au sens de l'article 171 du Code de la sécurité sociale dépasse les limites prévues à l'alinéa qui précède, les dispositions de réduction prévues à l'article 49 sont applicables. Lorsque la rémunération dépasse le plafond y prévu, la pension est refusée ou retirée.

5 Tant que le fonctionnaire exerce avant l'âge de soixante-cinq ans une activité non salariée au Luxembourg ou à l'étranger autre que celle dispensée de l'assurance en vertu de l'article 180, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, la pension de vieillesse anticipée est refusée ou retirée.

6 La pension réduite ou retirée en application des deux alinéas qui précèdent est rétablie lorsque le bénéficiaire de pension a accompli l'âge de soixante-cinq ans. L. 3.8.98

1 **Art. 13.** Le droit à la pension de vieillesse accordée en vertu des articles 11 et 12 ne commence à courir qu'à partir du jour suivant l'expiration du droit du fonctionnaire à son traitement, sans préjudice des dispositions de l'article 12, point 3 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

2 (alinéa abrogé) [3] L. 28.6.02,II,2°

Retraite progressive

Art. 13bis. Par dérogation à l'article 13, alinéa 1er, le fonctionnaire visé à l'article 2, sous 1, 2 et 4 ou relevant du Titre II. ou III., exerçant ses fonctions à raison de cent pour cent d'une tâche complète pendant au moins trois années avant le début souhaité de la retraite progressive, qui remplit les conditions de stage pour une pension prévue à l'article 11 dans la mesure où il bénéficie d'un maintien en service au-delà de l'âge de soixante-cinq ans ou à l'article 12., alinéa 1er ou 2, peut, avec l'accord du chef d'administration, opter pour la retraite progressive. L. 9.5.18,II,3°,a)

alinéa abrogé [4]

La retraite progressive consiste dans le bénéfice d'une pension partielle assorti de la continuation de l'exercice des fonctions sous le régime d'un service à temps partiel. La pension partielle correspond à autant de pour cents de la pension de vieillesse ou de vieillesse anticipée et de l'allocation de fin d'année prévue à l'article 42bis qui serait normalement échue qu'il en manque pour compléter le service à temps partiel jusqu'à concurrence de cent pour cent d'une tâche normale et complète. L. 25.3.15,5

La durée de la retraite progressive est limitée à trois années. Pendant la retraite progressive, le fonctionnaire peut modifier, avec l'accord de l'autorité, son service à temps partiel dans le sens d'une diminution progressive de son degré de travail. Cette modification peut comporter la fin de la retraite progressive au sens des alinéas qui suivent.

En cas de diminution du degré de travail pendant la retraite progressive, le pourcentage visé à l'alinéa 3 est recalculé conformément aux modalités y prévues et prend effet à partir du premier du mois qui suit cette diminution.

Pour l'application des dispositions de cumul prévues à l'article 12, alinéa 3, première phrase, le traitement résultant de l'exercice du service à temps partiel pendant la retraite progressive n'est pas pris en compte. Il en est de même pour l'application de l'article 49 pour le cas où ce traitement est le seul revenu en concours avec la pension partielle.

Au terme de la retraite progressive qui correspond à la fin du droit du fonctionnaire au traitement, la pension intégrale est recalculée conformément à l'article 38, alinéa 2. Il en est de même à partir de l'instant où le fonctionnaire a accompli l'âge de soixante-cinq ans, à moins d'un maintien en service au-delà de cet âge.

En cas de décès du fonctionnaire pendant la retraite progressive, la pension partielle prend fin avec le mois du décès et la pension refixée conformément à l'alinéa qui précède sert de base de calcul pour la pension des survivants.

---

1) Les références aux articles 5, 5bis et 6 ont été ajoutées par L. 28.7.00, 29, 6).

2) Par L. 25.3.15,4 le bout de phrase « dont cent-vingt au titre des articles 3., 5., 5bis et 6 » est remplacé par le bout de phrase « dont cent-vingt au moins au titre des articles 3., 5., 5bis et 6 ».

*3) **L. 28.6.02,IX,4°:***
L'article 185, alinéas 2 et 3 du Code des assurances sociales et l'article 13, alinéas 2 [et 3] de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour) l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois restent applicables aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse à la date d'entrée en vigueur de la présente loi (1.3.02).*
**)* « les fonctionnaires de ».

4) Alinéa abrogé par L. 9.5.18,II,3°,b).

Par dérogation à l'article 66.4., le trimestre de faveur échu à la suite du décès du fonctionnaire en retraite progressive est revalorisé par rapport à une tâche normale et complète.

En matière de sécurité sociale et d'impôt, la pension partielle est assimilée à une pension.

Pensions d'invalidité

1 **Art. 14.** A droit à une pension d'invalidité le fonctionnaire dont l'inaptitude au service a été constatée par la commission des pensions conformément aux dispositions de l'article 67. III. de la présente loi sous condition qu'il justifie de douze mois d'assurance au titre des dispositions des articles 3, 5 et 5bis[1)] pendant les trois années précédant la date de l'inaptitude au service constatée par ladite commission. Cette période de référence de trois années est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 4. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas d'incapacité de travail imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du livre II du Code de la sécurité sociale, survenus pendant l'affiliation. L. 3.8.98

2 Ne sont pas mises en compte pour le stage prévu à l'alinéa qui précède, les périodes d'assurance correspondant à une activité professionnelle pendant moins de soixante-quatre heures par mois, respectivement à partir du premier jour du mois qui suit la constatation, par ladite Commission, de l'inaptitude au service du fonctionnaire démissionné. L. 19.5.03,V,2.

3 La pension d'invalidité est ouverte à partir du premier jour fixé dans l'arrêté de démission. L. 3.8.98

Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse

Art. 15. Sans qu'une décision formelle ait à intervenir en ce sens, toutes les pensions de vieillesse anticipées et d'invalidité en cours sont reconduites en tant que pensions de vieillesse, lorsque les bénéficiaires ont accompli l'âge de soixante-cinq ans, sans préjudice du droit acquis à leurs éléments composants et sans que leur montant ne puisse subir une diminution L. 21.12.12,V,3°

Retrait de la pension d'invalidité

1 **Art. 16.** La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues à l'article 14, ou s'il bénéficie de revenus provenant d'une activité salariée au sens de l'article 171 du Code de la sécurité sociale autre qu'insignifiante au sens de l'article 12, alinéa 3, exercée au Luxembourg ou à l'étranger, ou d'une activité non salariée autre que celle dispensée en vertu de l'article 180, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. L. 21.12.12,V,4°

2 Sans préjudice des dispositions de l'article 34, la décision qui retire une pension est applicable dès le premier jour du mois qui suit cette décision. Toutefois, en cas de réintégration dans l'administration conformément à l'article 74, le retrait de la pension n'opère qu'à partir du premier jour du mois suivant la notification de la décision de réintégration. L. 3.8.98

Art. 17. Lorsqu'après un ou plusieurs retraits de la pension d'invalidité, l'intéressé a de nouveau droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse, il n'est procédé à un recalcul de la pension que si le total de la ou des périodes pendant lesquelles l'intéressé ne bénéficiait pas de la pension dépasse six mois. Dans ce cas, l'article 38 est applicable.

Pensions de survie

Art. 18. 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 de la présente loi ou d'un fonctionnaire si celui-ci au moment de son décès justifie d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 3, 5 et 5bis pendant les trois années précédant la réalisation du risque. Cette période de référence de trois années est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 4. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas de décès du fonctionnaire imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du livre II du Code de la sécurité sociale, survenus pendant l'affiliation. L. 9.7.04,17,2° L. 3.8.98

1 **Art. 19.** La pension de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, n'est pas due: L. 9.7.04,17,3°

- lorsque le mariage ou le partenariat a été conclu moins d'une année soit avant le décès, soit avant la mise à la retraite pour cause d'invalidité ou pour cause de vieillesse du fonctionnaire;
- lorsque le mariage ou le partenariat a été contracté avec un titulaire de pension de vieillesse ou d'invalidité.

---

1) La référence à l'article 5bis a été ajoutée par L. 28.7.00, 29, 7).

2 Toutefois, l'alinéa 1 n'est pas applicable, si au moins l'une des conditions ci-après est remplie:

a) lorsque le décès du fonctionnaire actif ou la mise à la retraite pour cause d'inaptitude au service est la suite directe d'un accident survenu après le mariage ou le partenariat;

b) lorsqu'il existe lors du décès un enfant né ou conçu lors du mariage ou du partenariat, ou un enfant légitimé par le mariage;

c) lorsque le bénéficiaire de pension décédé n'a pas été l'aîné de son conjoint ou de son partenaire de plus de quinze années et que le mariage ou le partenariat a duré, au moment du décès, depuis au moins une année;

d) lorsque le mariage ou le partenariat a duré au moment du décès du bénéficiaire de pension depuis au moins dix années.

1 **Art. 20.** En cas de divorce, le conjoint divorcé, ou en cas de dissolution du partenariat en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, l'ancien partenaire, a droit, sans préjudice des conditions prévues aux articles 18 et 19, lors du décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire, à une pension de survie à condition de ne pas avoir contracté un nouvel engagement par mariage ou partenariat, avant le décès de son conjoint divorcé ou de son ancien partenaire. L. 9.7.04,17,4°,a)

2 Les conditions d'attribution sont à apprécier au moment du décès du fonctionnaire ou du bénéficiaire de pension. L. 3.8.98

3 La pension de survie du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, est établie sur la base de la pension de survie prévue à l'article 40 en fonction des périodes visées aux articles 3, 5, 5bis et 6 accomplies par le conjoint ou le partenaire pendant la durée du mariage ou du partenariat par rapport à la durée totale des périodes visées à ces articles. L. 9.7.04,17,4°,b)

4 En cas de concours d'un ou de plusieurs conjoints divorcés ou d'un ou de plusieurs anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avec un conjoint ou un partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension de survie prévue à l'article 40 est répartie entre les ayants droit proportionnellement à la durée des différents mariages ou partenariats, sans que la pension d'un conjoint divorcé ou d'un ancien partenaire ne puisse excéder celle qui lui reviendrait conformément à l'alinéa précédent; le cas échéant la part excédentaire est attribuée au conjoint ou au partenaire survivant. L. 9.7.04,17,4°c)

5 En cas de décès de l'un des ayants droit, la pension des autres est recalculée conformément au présent article. L. 3.8.98

6 Six mois après le décès du fonctionnaire ou du bénéficiaire de pension, la pension est répartie entre les ayants droit qui en ont fait la demande. Les ayants droit qui n'ont pas présenté de demande dans ce délai, n'ont droit à la part qui leur est due qu'à partir du jour de leur demande.

1 **Art. 21.** Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité attribuée en vertu de la présente loi ou un assuré remplissant les conditions prévues à l'article 18 décède sans laisser de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, le droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption, à condition L. 9.7.04,17,5°,(a)

a) qu'ils soient veufs ou veuves, divorcés, séparés de corps, anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ou célibataires;

b) qu'ils vivent depuis au moins cinq années précédant le décès du fonctionnaire ou du bénéficiaire de pension en communauté domestique avec lui;

c) qu'ils aient fait son ménage pendant la même période et

d) que le fonctionnaire ou le bénéficiaire de pension ait contribué pour une part prépondérante à leur entretien pendant la même période.

2 Si la communauté a été dissoute avant le décès pour maladie grave du fonctionnaire ou du bénéficiaire de pension ou pour tout autre cas de force majeure, le droit à pension est maintenu, si la communauté avait duré pendant les cinq années ayant précédé cette dissolution, sans préjudice des autres dispositions prévues ci-dessus. L. 3.8.98

3 Lorsqu'il y a plusieurs ayants droit en vertu du présent article, la pension de survie se partage par tête.

4 En cas de concours avec une pension revenant à un ou plusieurs conjoints divorcés ou à un ou plusieurs anciens partenaires au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, les pensions sont fixées proportionnellement à la durée des mariages ou des partenariats d'une part, et à la durée de l'occupation dans le ménage d'autre part, sans que la pension du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, visée à l'article 20 ne puisse dépasser celle qui lui reviendrait s'il était le seul bénéficiaire; le cas échéant, la part excédentaire est attribuée au bénéficiaire visé à l'alinéa 1 du présent article. L. 9.7.04,17,5°,(b)

5 En cas de concours de la pension attribuée en vertu du présent article avec une autre pension de survie, seule la pension la plus élevée est due. L. 3.8.98

1 **Art. 22.** Ont droit après le décès soit du père, soit de la mère, à une pension de survie, les enfants légitimes dans les mêmes conditions de stage que celles prévues pour les autres pensions de survie.

2 La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle est accordée ou maintenue au maximum jusqu'à l'âge de vingt-sept ans si l'orphelin est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession.

3 Sont assimilés à des enfants légitimes au regard des dispositions qui précèdent:

- les enfants légitimés;
- les enfants adoptifs;
- les enfants naturels;
- tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que le fonctionnaire ou le bénéficiaire de pension en ait assumé l'entretien et l'éducation pendant les dix mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs.

4 (alinéa abrogé) L. 12.9.03,35[1)]

1 **Art. 23.** Les droits des survivants sont également ouverts en cas d'absence du fonctionnaire. Il est réputé absent, lorsqu'on n'a pas eu à son sujet des nouvelles dignes de foi pendant une année et que les circonstances rendent probable son décès. L'administration du personnel de l'État peut exiger des survivants l'affirmation sous serment qu'ils n'ont pas reçu d'autres nouvelles de la personne absente que celles qu'ils ont fait connaître à cette administration. L. 3.8.98

2 A partir de la date de forclusion du délai prévisé, l'ouverture du droit rétroagit au premier jour du mois qui suit la prédite date de disparition et se substitue au droit à la pension personnelle. Dans l'intervalle, le droit à la pension personnelle est suspendu et, sur demande, le prétendant droit à la pension de survie peut se voir accorder des avances. Les dispositions de l'article 66 sont applicables. L. 25.3.15,6

3 Si dans le même délai, la condition de l'absence vient à défaillir, le droit à la pension du fonctionnaire est rétabli et les sommes versées à titre d'avance sont récupérées. Passé le délai, les prestations effectuées restent acquises au bénéficiaire, le cas échéant cumulativement avec les prestations rétablies du fonctionnaire, à moins que l'attribution des prestations à titre de pension de survie ait été provoquée frauduleusement.

4 Si la condition de l'absence vient à défaillir par suite du décès du fonctionnaire, la pension du fonctionnaire est rétablie pour la période précédant le décès, le cas échéant moyennant versement rétroactif aux survivants des prestations résiduelles par rapport à la pension du fonctionnaire.

5 A défaut de survivants au sens du présent article remplissant les conditions de droit des articles 18 et 20 à 22, le droit aux prestations prévues par la présente loi cesse à partir du premier jour du mois qui suit celui où le fonctionnaire a paru pour la dernière fois.

Début de la pension de survie

Art. 24. Le droit aux pensions de survie commence à courir à partir du premier jour du mois suivant le décès du titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, respectivement dans l'hypothèse du décès du fonctionnaire en activité de service, à partir du jour suivant l'expiration du droit au traitement, sans préjudice des dispositions de l'article 12, point 3, de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État. L. 3.8.98

Art. 25. Les pensions des survivants qui ont vécu avec un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité en ménage commun, sont complétées pendant les trois mois consécutifs à l'ouverture du droit jusqu'à concurrence de la pension du défunt. Le complément est réparti entre les différentes pensions proportionnellement au montant de chacune.

Art. 26. Pour les survivants d'un fonctionnaire décédé en activité de service, avec lequel ils vivaient en communauté domestique, l'article 66 est applicable.

Cessation de la pension

1 **Art. 27.** Les pensions de survivant de conjoint ou de partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, cessent d'être payées à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat. L. 9.7.04,17,6°,a)

2 Si le titulaire d'une pension de survie contracte un nouvel engagement par mariage ou partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, avant l'âge de cinquante ans, la pension de survie est rachetée au taux de cinq fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat après l'âge de cinquante ans, le taux est réduit à trois fois le montant prévisé. L. 9.7.04,17,6°,b)

3 Toutefois le montant du rachat ne peut pas être supérieur respectivement à cinq fois et trois fois la pension annuelle qui aurait été due pour la même période sans application des L. 3.8.98

---

1) ***L. 3.8.98, 22:***
Les pensions d'orphelin sont provisoirement versées sans limite d'âge au profit des descendants qui, par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles se trouvent hors d'état de gagner leur vie, à condition que l'infirmité ait été constatée avant l'âge de dix-huit ans. (Abrogé par L. 12.9.03, 35).
Ces dispositions continuent toutefois à sortir leurs effets en ce qui concerne les personnes handicapées ayant droit à la pension d'orphelin avant l'entrée en vigueur de la présente loi. (1.6.2004)

dispositions de l'article 52 et sans prise en compte des majorations proportionnelles spéciales et forfaitaires spéciales.

1 **Art. 28.** Si le nouveau mariage est dissous par le divorce ou le décès du conjoint, ou si le nouveau partenariat prend fin en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension est rétablie après respectivement cinq ou trois années à compter du nouvel engagement par mariage ou partenariat, suivant que celui-ci a eu lieu avant ou après l'âge de cinquante ans. Au cas où la dissolution du mariage ou du partenariat se situe dans la période couverte par le rachat, la pension est rétablie à partir du premier jour du mois qui suit cette dissolution, déduction faite du montant ayant servi à la détermination du rachat prévu à l'alinéa 2 de l'article 27 pour la période résiduelle. L. 9.7.04,17,7°

2 Au cas où le décès du nouveau conjoint ou du nouveau partenaire ouvre également droit à une pension, seule la pension la plus élevée au moment de l'ouverture du droit à cette dernière est payée, compte tenu de l'application de l'alinéa qui précède. A l'expiration de la période couverte par le rachat il est procédé à une nouvelle comparaison et la pension la plus élevée est définitivement allouée.

1 **Art. 29.** Sauf en cas d'études, la pension d'orphelin cesse d'être payée à partir du mois suivant le mariage ou la déclaration de partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, du bénéficiaire. L. 9.7.04,17,8°

2 Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension d'invalidité. L. 3.8.98

Déchéance des droits

1 **Art. 30.** Les prestations d'invalidité ne sont pas dues si le fonctionnaire a provoqué l'invalidité, soit intentionnellement, soit dans l'accomplissement d'un crime.

2 Toutefois, pour la durée de l'invalidité du fonctionnaire, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants peuvent prétendre à une pension équivalente à la pension de survie à laquelle ils auraient pu prétendre en cas de décès du fonctionnaire, à condition qu'ils aient été entretenus d'une façon prépondérante par les revenus du fonctionnaire. L. 9.7.04,17,9°

3 Lorsqu'il a été établi par jugement pénal que les ayants droit ont causé volontairement le décès ou l'invalidité du fonctionnaire ou y ont contribué par un acte intentionnel, ils sont déchus de tout droit à pension. L. 3.8.98

Paiement des pensions

1 **Art. 31.** Les pensions sont payées mensuellement par anticipation.

2 Elles cessent d'être payées à la fin du mois au cours duquel décède le bénéficiaire ou au cours duquel les conditions d'attribution viennent à défaillir.

3 Le paiement peut être subordonné à la production d'un certificat de vie ou de décès du conjoint ou du partenaire. L. 9.7.04,17,10°

4 Le paiement se fait valablement par virement au compte chèque postal du bénéficiaire. L. 3.8.98

1 **Art. 32.** Les prestations dues à un fonctionnaire lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, sinon à ses successeurs en ligne directe jusqu'au deuxième degré. L. 9.7.04,17,11°

2 A défaut de parenté au degré successible en vertu de l'alinéa qui précède, les prestations restent acquises au fonds de pension. L. 3.8.98

Modification et suppression des pensions L. 20.7.18,57,1)

1 **Art. 33.** alinéa abrogé [1)]

2 En cas de divorce ou de séparation, le conjoint, ou, en cas de dissolution du partenariat en vertu de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, l'ancien partenaire a droit à la pension jusqu'à concurrence des pensions alimentaires. [2)] L. 9.7.04,17,12°

3 alinéa abrogé [3)]

4 Lorsqu'une pension a été octroyée ou liquidée par suite d'une erreur matérielle elle est modifiée ou supprimée suivant le cas. L. 3.8.98

Restitution

1 **Art. 34.** Toute pension est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

2 Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la pension est relevée, réduite ou supprimée.

3 Les prestations octroyées ou liquidées de trop sont récupérées, sauf dispense à accorder par le ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

---

1) Par L. 20.7.18,57,2) l'alinéa 2 est abrogé.
2) Par L. 20.7.18,57,2) la 1re phrase de l'alinéa 2 est abrogée.
3) Par L. 20.7.18,57,2) l'alinéa 3 est abrogé.

4 La restitution de prestations est obligatoire si le fonctionnaire ou le bénéficiaire de pension a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

5 Les sommes indûment touchées sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 45. La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit.

6 Les titulaires de pension accordée pour cause d'invalidité sont tenus de se soumettre, sous peine du retrait de la pension, aux examens prescrits par le médecin désigné par la commission des pensions. La pension retirée ne peut être allouée pour la période de trois mois consécutifs au retrait, à moins que le fonctionnaire ne prouve que l'examen médical n'a pu avoir lieu pour des raisons indépendantes de sa volonté.

Prescription des arrérages de pension

1 **Art. 35.** Le droit à pension ne se prescrit pas.

2 Le droit à chaque arrérage se prescrit par cinq ans à partir du jour où il a pris naissance.

Transfert et remboursement de cotisations L. 28.7.00, 29,11)

1 **Art. 36.** Lorsqu'une personne passe à un régime de pension d'un organisme international prévoyant le rachat des droits à pension acquis pendant les périodes d'occupation antérieures à sa titularisation, le triple de la retenue pour pension opérée en vertu de l'article 61 est transféré, sur demande de l'intéressé, au régime de pension de l'organisme international compte tenu d'intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de chaque année d'affiliation. L. 3.8.98

2 (alinéa abrogé) L. 19.12.08,V,2°

3 Lorsque après l'expiration de la soixante-cinquième année d'âge le fonctionnaire ne remplit pas la condition de stage prévue à l'article 11, les retenues pour pension opérées en application de l'article 61 lui sont remboursées sur demande, compte tenu de l'adaptation à l'indice du coût de la vie prévue à l'article 47. L. 19.5.03,V,4.

Calcul des pensions

Art. 37. La pension de vieillesse annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,V,5°

1. les majorations proportionnelles correspondant au produit de la multiplication du taux défini au tableau sous 3. ci-après pour les majorations proportionnelles par la somme des éléments de rémunération soumis à retenue pour pension, mis en compte au titre des articles 3, 5, 5bis et 6 avant le début du droit à la pension de vieillesse et déterminés conformément à l'article 43. Si à la date du début du droit à la pension la somme du nombre d'années entières accomplies au titre de l'article 3 et de l'âge du bénéficiaire dépasse le seuil fixé au tableau sous 3. ci-après, le taux prévu ci-avant est augmenté du produit de la somme des années entières dépassant ce seuil par le taux d'augmentation annuelle y fixé. Toutefois, le taux de majoration global ne peut dépasser 2,05 pour cent. Pour la détermination de la somme des années à considérer, on ne compte que les années et les mois, les journées excédentaires accomplies séparément au niveau des deux composantes étant ignorées;[1)]
2. les majorations forfaitaires correspondant, après une durée d'assurance de quarante années au titre des articles 3 à 6, au produit de la multiplication du taux défini au tableau sous 3. ci-après pour les majorations forfaitaires par le montant de référence défini à l'article 45; les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année, accomplie ou commencée, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante;

1) L. 28.6.02,IX,5°:
Les dispositions de l'article 214, point 1) phrases 2 et 3 du Code des assurances sociales et les dispositions de l'article 37, point 1) phrases 2 et 3 ne s'appliquent pas aux pensions échues avant le 1er mars 2002.

3. le taux, le seuil et l'augmentation par année entière des majorations proportionnelles, ainsi que le taux par année des majorations forfaitaires visés aux points 1. et 2. qui précèdent, sont fixés dans le tableau ci-dessous en fonction de l'année du début du droit à la pension.

année du début du droit à la pension	majorations forfaitaires	majorations proportionnelles		
	taux (%)	taux (%)	seuil	augmentation (%)
avant 2013	23,500	1,850	93	0,010
2013	23,613	1,844	93	0,011
2014	23,725	1,838	93	0,011
2015	23,838	1,832	93	0,012
2016	23,950	1,825	93	0,012
2017	24,063	1,819	93	0,012
2018	24,175	1,813	94	0,013
2019	24,288	1,807	94	0,013
2020	24,400	1,800	94	0,013
2021	24,513	1,794	94	0,014
2022	24,625	1,788	94	0,014
2023	24,738	1,782	94	0,015
2024	24,850	1,775	95	0,015
2025	24,963	1,769	95	0,015
2026	25,075	1,763	95	0,016
2027	25,188	1,757	95	0,016
2028	25,300	1,750	95	0,016
2029	25,413	1,744	95	0,017
2030	25,525	1,738	96	0,017
2031	25,638	1,732	96	0,018
2032	25,750	1,725	96	0,018
2033	25,863	1,719	96	0,018
2034	25,975	1,713	96	0,019
2035	26,088	1,707	97	0,019
2036	26,200	1,700	97	0,019
2037	26,313	1,694	97	0,020
2038	26,425	1,688	97	0,020
2039	26,538	1,682	97	0,021
2040	26,650	1,675	97	0,021
2041	26,763	1,669	98	0,021
2042	26,875	1,663	98	0,022
2043	26,988	1,657	98	0,022
2044	27,100	1,650	98	0,022
2045	27,213	1,644	98	0,023
2046	27,325	1,638	98	0,023
2047	27,438	1,632	99	0,024
2048	27,550	1,625	99	0,024
2049	27,663	1,619	99	0,024
2050	27,775	1,613	99	0,025
2051	27,888	1,607	99	0,025
2052	28,000	1,600	100	0,025
après 2052	28,000	1,600	100	0,025

1 **Art. 38.** Lorsque le fonctionnaire justifie de périodes correspondant au bénéfice[1)] d'une pension d'invalidité, accordée en vertu de la présente loi, se situant avant l'âge de cinquante-cinq ans, il est tenu compte dans la somme visée à l'article 37.1. de la base de référence visée à l'article 39. 2. pour la durée de ces périodes. L. 3.8.98

2 Lorsque le bénéficiaire de pension justifie d'un traitement au sens de l'article 60 mis en compte au titre de l'article 3 se situant pendant la période de bénéfice[1)] de la pension, celle-ci est recalculée au terme de cette nouvelle affiliation compte tenu des émoluments touchés. A cet effet, le taux déterminé conformément à l'article 37.1. à la date du début du droit à la pension reste. L. 21.12.12,V,6°

3 Si le bénéficiaire de pension justifie d'une rente accident complète ou partielle ou d'une rente professionnelle d'attente en vertu du livre II du Code de la sécurité sociale du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010 pendant la période de bénéfice[1)] de la pension d'invalidité, celle-ci est recalculée lorsqu'il a accompli l'âge de soixante-cinq ans. L. 12.5.10,6,2°

1 **Art. 39.** La pension d'invalidité annuelle se compose des majorations de pension suivantes: L. 21.12.12,V,7°

1. les majorations proportionnelles prévues à l'article 37.1.;
2. les majorations proportionnelles spéciales correspondant au produit de la multiplication du taux déterminé conformément à l'article 37.1. par la base de référence définie à l'article 44 et par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la cinquante-cinquième année d'âge;
3. les majorations forfaitaires prévues à l'article 37.2.;
4. les majorations forfaitaires spéciales correspondant à autant de quarantièmes du produit de la multiplication du taux des majorations forfaitaires défini à l'article 37.2. par le montant de référence défini à l'article 45 qu'il manque d'années entre le début du droit à la pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis, sans que le nombre d'années mises en compte au titre des points 3. et 4. du présent article ne puisse dépasser celui de quarante; l'année commencée compte pour une année entière.

2 Si l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans, les majorations prévues au point 4. ci-dessus ne sont allouées qu'en proportion du nombre des années d'assurance visées à l'article 37.2. accomplies après le début de l'année civile suivant celle où le fonctionnaire a atteint l'âge de vingt-quatre ans par rapport au nombre d'années se situant entre ce début et l'échéance du risque.

1 **Art. 40.** La pension de survie annuelle du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, se compose de trois quarts des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou le fonctionnaire avait ou aurait eu droit conformément à l'article 37 ou 39. L. 9.7.04,17,13°

2 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt. L. 3.8.98

1 **Art. 41.** La pension de survie annuelle de l'orphelin se compose d'un quart des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales ainsi que d'un tiers des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles le bénéficiaire de pension ou le fonctionnaire décédé avait ou aurait eu droit conformément à l'article 37 ou 39.

2 En cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans, les majorations proportionnelles spéciales correspondant à la période se situant entre le décès et la date de l'accomplissement de l'âge de cinquante-cinq ans sont calculées à partir de la même base de référence que celle de la pension du défunt.

3 Pour les orphelins de père et de mère la pension sera du double de celle visée ci-dessus. Lorsqu'un droit à pension d'orphelin existe tant du chef du père que du chef de la mère en vertu de la présente loi, seule la pension la plus élevée est payée, application faite de la phrase précédente.

1 **Art. 42.** En aucun cas l'ensemble des pensions des survivants du chef d'un fonctionnaire ne peut être supérieur à la pension qui aurait été due au fonctionnaire ou, si ce mode de calcul est plus favorable, au plafond prévu à l'article 50, alinéa 1. L. 25.7.05,II,1°

2 Si le total des pensions des survivants dépasse cette limite, elles sont réduites proportionnellement.

1 **Art. 42bis.** Une allocation de fin d'année est allouée aux personnes qui ont droit à une pension au 1er décembre, à condition que le taux visé à l'article 61, alinéa 1 ne dépasse pas huit pour cent. L. 21.12.12,V,8°

---

1) Par L. 25.3.15,7 les termes « à la jouissance » et de « de jouissance » sont respectivement remplacés par les termes de « au bénéfice » et « de bénéfice ».

2 Pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité, d'une pension partielle, de conjoint ou de partenaire [1] l'allocation équivaut à 1,67 euro pour chaque année d'assurance accomplie ou commencée, au titre des articles 3 à 6 sans que le nombre d'années mises en compte ne puisse dépasser celui de quarante. Ce montant correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et à l'année de base prévue à l'article 45. Il est adapté au coût de la vie ainsi que revalorisé en vertu de l'article 48 et réajusté en vertu de l'article 48bis.

3 Pour les bénéficiaires d'une pension d'orphelin, l'allocation correspond à un tiers de l'allocation déterminée conformément à l'alinéa qui précède. Elle est de deux tiers pour les orphelins de père et de mère. L. 28.6.02,II,7°

4 L'allocation est répartie, le cas échéant, entre deux ou plusieurs conjoints survivants, conjoints divorcés ou partenaires au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivants conformément à l'article 20, alinéa 4. L. 9.7.04,17,14°b)

5 L'allocation est également allouée aux bénéficiaires visés à l'article 21, alinéa 1. L. 28.6.02,II,7°

6 Si la pension n'est pas versée au bénéficiaire pour l'année civile entière, ladite allocation se réduit à un douzième pour chaque mois de calendrier entier, les journées du mois commencé étant comptées uniformément pour un trentième du mois. Le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats [2] survivant ayant vécu en communauté domestique avec le bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité a droit à la totalité de l'allocation pour la période de l'année civile s'étendant jusqu'à la fin du mois du décès. Pour l'application des dispositions du présent alinéa, la période du trimestre de faveur [3] échu conformément à l'article 66 à la suite d'un décès [4] en activité de service est à considérer comme période de bénéfice d'une pension [3].

7 Le montant de l'allocation n'est pas pris en compte pour l'application des dispositions des articles 49 à 52, mais il est réduit dans la même mesure que la pension par l'effet de ces dispositions.

Définition des bases de calcul

1 **Art. 43.** Les éléments de rémunération soumis à retenue pour pension et intervenant dans le calcul des pensions, sont portés ou réduits par année de calendrier au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 sur la base de la moyenne annuelle pondérée des indices mensuels du coût de la vie, sauf les éléments de rémunération de l'année de la réalisation du risque pour lesquels est appliquée la moyenne pondérée des indices mensuels du coût de la vie correspondant aux mois entiers écoulés jusqu'à cette date. L. 21.12.12,V,9°

2 Les éléments de rémunération soumis à retenue pour pension ainsi portés ou réduits au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions. A cet effet ils sont divisés par des facteurs de revalorisation exprimant la relation entre le niveau moyen brut des rémunérations de chaque année de calendrier et le niveau moyen brut des rémunérations de l'année de base.

3 Les revenus correspondant à un achat rétroactif, réduits ou portés au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie sont portés au niveau de vie de l'année de base en les divisant par le facteur de revalorisation de l'année de la réalisation du risque lorsque celle-ci est postérieure à l'année de base.

4 L'année de base servant de référence pour le calcul des pensions est l'année 1984.

5 Les facteurs de revalorisation applicables aux montants annuels desdits éléments de rémunération sont fixés par le règlement grand-ducal visé à l'article 220, alinéa 7 du Code de la Sécurité sociale.

6 Si au moment du calcul de la pension le facteur de revalorisation de l'année du début du droit à la pension ou de l'année précédente n'est pas encore fixé, celui déterminé pour l'année précédente est applicable. Il n'est pas procédé à la modification des bases de calcul lors de la fixation ultérieure des facteurs.

Art. 44. La base de référence annuelle servant au calcul des majorations proportionnelles spéciales visées à l'article 39 est définie comme suit: L. 3.8.98

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 éléments de rémunération soumis à retenue pour pension et correspondant à la période se situant entre le début de l'année civile suivant celle où le fonctionnaire 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

---

1) Par L. 25.3.15,8,1° le début de la première phrase allant jusqu'au terme « survivant » est remplacé comme suit: « Pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité, d'une pension partielle, de conjoint ou de partenaire ».

2) Termes ajoutés par L. 9.7.04,17,14°c).

3) Par L. 25.3.15,8,2° les termes de « la période de jouissance du trimestre de faveur » et de « période de jouissance d'une pension » sont respectivement remplacés par les termes de « la période du trimestre de faveur » et « période de bénéfice d'une pension ».

4) Par L. 19.12.14,25,1° les termes « d'une mise à la retraite ou » sont supprimés.

période est inférieure à deux années, sont prises en compte les deux années précédant l'échéance du risque.

1. Ne sont pas à comprendre dans le diviseur le nombre d'années se situant dans cette période et correspondant aux périodes prévues à l'article 4 pendant lesquelles aucune retenue pour pension n'a été opérée; au cas où une retenue aurait été opérée simultanément au titre des articles 3, 5 et 6, la prise en compte de ces éléments de traitement et de ces périodes se fait suivant le mode de calcul le plus favorable pour le fonctionnaire.
2. 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 éléments de rémunération soumis à retenue pour pension portés en compte au titre des articles 3, 5 et 6, divisée par le nombre d'années d'assurance au titre des mêmes articles. Sont négligées tant au numérateur qu'au dénominateur les périodes pendant lesquelles le fonctionnaire 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 45.

Art. 45. Le montant de référence annuel au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et défini pour l'année de base prévue à l'article 43 est égal à 2 085 euros. L. 28.6.02,II,8°

Art. 45bis. Par dérogation aux articles 43 et 44 et pour les périodes visées à l'article 3, alinéa 3, sont mis en compte les revenus correspondant à la moyenne mensuelle des éléments de rémunération visés à l'article 61 effectivement touchés ou mis en compte au cours des douze mois d'assurance précédant immédiatement celui de l'accouchement ou de l'adoption, déduction faite de ceux ayant donné lieu, pour ces périodes, à retenue pour pension à un autre titre. Cette moyenne est sujette à adaptation à l'indice du coût de la vie prévue à l'article 47 et elle ne peut être inférieure à 270,28 euros par enfant et par mois au nombre indice cent du coût de la vie au 1er janvier 1948 et à l'année de base 1984. Dans l'hypothèse où il s'agit de périodes visées à l'article 3, alinéa 2 se situant en dehors de la période visée à l'alinéa 3 du prédit article, l'indemnité forfaitaire est prise en compte, nonobstant les revenus mis en compte à un autre titre. L. 28.6.02,II,9°

Pensions minima

1 **Art. 46.** Aucune pension d'invalidité ou de vieillesse ne peut être inférieure à quatre-vingt-dix pour cent du montant de référence prévu à l'article 45 lorsque le fonctionnaire a couvert au moins un stage de quarante années au titre des articles 3 à 6. Ne sont pas mises en compte pour ce stage les périodes d'assurance au sens de l'article 3 correspondant à une activité professionnelle pendant moins de soixante-quatre heures par mois. Si le fonctionnaire n'a pas accompli le stage prévisé, mais justifie de vingt années au titre des mêmes articles, la pension minimum se réduit d'un quarantième pour chaque année manquante. L. 3.8.98

2 En cas d'invalidité sont prises en compte pour parfaire le stage prévu à l'alinéa précédent, les années qui manquent entre le début du droit à pension et l'âge de soixante-cinq ans accomplis sans que le nombre total d'années, compte tenu des années prévues à l'alinéa précédent, ne puisse dépasser celui de quarante. Lorsque l'invalidité survient après l'âge de vingt-cinq ans, le nombre d'années visé à la phrase précédente n'est pris en compte que dans la proportion de la durée d'assurance au sens de l'alinéa précédent entre le début de l'année suivant celle où le fonctionnaire a accompli l'âge de vingt-quatre ans et l'échéance du risque par rapport à la durée totale de cette période.

3 Pour autant que de besoin, un complément est alloué. En cas de décès d'un fonctionnaire ou d'un bénéficiaire de pension remplissant les conditions de stage prévues ci-dessus, le complément pour la pension de survie est alloué à raison d'un quart pour l'orphelin. La pension de survie du conjoint ou du partenaire est augmentée jusqu'à concurrence de la pension minimum à laquelle avait ou aurait eu droit le fonctionnaire décédé. L. 25.3.15,9

Adaptation au coût de la vie L. 3.8.98

Art. 47. Les pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survie calculées conformément aux dispositions qui précèdent correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État.

Revalorisation au moment de l'attribution de la pension

1 **Art. 48.** Les pensions dont le début du droit se situe avant le 1er janvier 2014 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de l'année 2009, fixé par dérogation à l'article 43, alinéa 5 à 1,405. L. 21.12.12,V,10°

2 Les pensions dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2013 et calculées conformément aux dispositions qui précèdent, sont multipliées par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la pension.

Réajustement des pensions

1 **Art. 48bis.** Les pensions calculées conformément à l'article 48 sont multipliées par le produit des différents facteurs de réajustement déterminés par année de calendrier et ce à partir de l'année postérieure au début du droit à la pension, mais au plus tôt à partir de l'année 2014. L. 21.12.12,V,11°

2 Le facteur de réajustement représente pour une année de calendrier la somme de l'unité et du produit de la multiplication du taux de variation annuel du facteur de revalorisation entre l'avant-dernière année et l'année précédant celle-ci par le modérateur de réajustement, visé à l'article 225bis du Code de la sécurité sociale, applicable pour l'avant-dernière année.

Concours de pensions avec d'autres revenus

Art. 49. En cas de concours d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement au sens de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger, la pension est réduite dans la mesure où ces revenus dépassent avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, si la pension est inférieure à ce plafond; elle est réduite du montant de ces revenus si la pension est supérieure à ce plafond. Ce plafond ne peut être inférieur au montant de référence prévu à l'article 45 augmenté de cinquante pour cent. L. 9.5.18,II,4°

1 **Art. 50.** En cas de concours d'une pension d'invalidité ou de vieillesse anticipée [1] avec une rente d'accident à titre personnel, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident soit la moyenne des cinq rémunérations les plus élevées de la carrière d'assurance sur lesquelles est opérée une retenue pour pension, soit, pour le cas où cet autre mode de calcul est plus favorable, la rémunération qui a servi de base au calcul de la rente d'accident. L. 12.5.10,6,3°

2 Pour le calcul de la moyenne visée ci-dessus, il est fait abstraction dans l'intérêt du bénéficiaire de pension de la première et de la dernière année d'affiliation ou de l'une de ces années seulement. Si la durée d'affiliation est inférieure à cinq années civiles, la moyenne est égale à la moyenne des salaires, traitements ou revenus cotisables correspondants.

Art. 51. En cas de concours d'une pension de survie avec une rente d'accident de survie du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident trois quarts des plafonds visés à l'article qui précède lorsqu'il s'agit d'une veuve, d'un veuf, d'un ancien partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou d'un orphelin de père et de mère, ou d'un tiers de ces plafonds lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère. Toutefois, l'ensemble des pensions et rentes d'accident du chef du même assuré ne peut pas dépasser les plafonds visés à l'article qui précède.

1 **Art. 52.** Lorsque la pension de survie, attribuée en vertu des articles 18, 20, 21 et 28 et calculée conformément aux articles 26, 27 et 40 dépasse ensemble avec les revenus personnels du bénéficiaire un seuil correspondant au montant de référence prévu à l'article 45, augmenté de cinquante pour cent, elle est réduite à raison de trente pour cent du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le seuil prévisé au cas où la pension de survie est inférieure à ce seuil. L. 3.8.98

Ce seuil est augmenté de quatre pour cent pour chaque enfant ouvrant droit à la mise en compte au titre de l'article 3, alinéa 3 ou du forfait d'éducation prévu par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. Ce pourcentage est porté à douze pour cent pour chaque enfant ouvrant droit à la pension au titre de l'article 22. L. 28.6.02,II,11°,a)

2 En cas de concours de la pension de survie avec une rente d'accident de survie du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1er janvier 2011, les revenus personnels et le seuil ne sont pris en compte pour l'application de l'alinéa qui précède qu'au prorata de la pension de survie par rapport à l'ensemble de cette pension et de la rente de survie. L. 12.5.10,6,4°

3 Sont pris en compte au titre des revenus personnels, les revenus professionnels et les revenus de remplacement dépassant deux tiers du montant de référence visé à l'article 45, les pensions et les rentes réalisées ou obtenues au Luxembourg ou à l'étranger, en vertu d'un régime légal au sens de la législation sociale, à l'exception des pensions ou rentes de survie du chef du même conjoint ou du même partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ainsi que le forfait d'éducation prévu par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. L. 9.7.04,17,16°,b)

L'indemnité visée à l'article L. 125-1 paragraphe (2)[2] du Code du travail n'est pas pris en compte au titre du présent alinéa. L. 3.8.98

1) Par L. 9.5.18,II,5° le terme « anticipée » est ajouté derrière le terme « vieillesse ».

2) Par L. 31.7.06, article 3, la référence à la loi du 24 mai 1989 sur le contrat du travail a été remplacée par la référence à l'article correspondant du Code du travail.

1 **Art. 53.** En cas de concours avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement, la pension de vieillesse anticipée, la pension d'invalidité ou la pension de survie n'est recalculée qu'une fois par année conformément aux articles 49 et 52 et ce avec effet au 1er avril. L. 21.12.12,V,13°

2 Pour les activités salariées est pris en considération le revenu correspondant à l'année civile précédant le début de la pension ou le recalcul annuel prévu à l'alinéa précédent. Au cas où l'activité ne couvre pas l'année civile entière, le revenu annuel à porter en compte est déterminé sur base des revenus mensuels entiers de cette année et, à défaut, sur base du dernier revenu mensuel entier de la période subséquente. Pour l'application de l'article 49, il n'est pas tenu compte des revenus provenant d'une activité exercée avant l'échéance du risque.

3 Pour les activités non salariées, est mis en compte le revenu qui sert ou servirait à la détermination de l'assiette cotisable de l'année civile du début de la pension de survie ou du recalcul annuel prévu à l'alinéa 1 du présent article. Il n'est fait application ni du minimum ni du maximum cotisable. L. 3.8.98

4 Par dérogation aux alinéas qui précèdent, toute reprise d'une activité professionnelle et toute augmentation du revenu professionnel en cours d'année dépassant vingt-cinq pour cent entraînent la refixation de la pension à partir du mois qui suit cette augmentation. La refixation est effectuée sur demande du bénéficiaire lorsque celui-ci prouve une diminution de son revenu, pendant trois mois et à raison de dix pour cent au moins, par rapport à celui mis en compte. La réduction cesse à partir du mois suivant l'abandon de l'activité professionnelle.

5 En cas de concours d'une pension de survie avec des pensions ou rentes, celles-ci sont mises en compte pour l'application de l'article 52 suivant le montant correspondant au mois de la réduction.

6 Le bénéficiaire de pension doit signaler à l'administration du personnel de l'État les revenus au sens des articles 49 et 52 et en justifier les montants. Les montants versés en trop sont récupérés ou déduits de la pension nonobstant la limitation prévue à l'article 34. Il peut être renoncé en tout ou en partie à la récupération des montants versés en trop par décision du ministre ayant la fonction publique dans ses attributions. Si le bénéficiaire de pension ne fournit pas les indications requises, le paiement de la pension est suspendu.

7 Pour l'application des articles 49 à 52, tous les montants sont portés en compte pour leur valeur réduite au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et définis pour l'année de base prévue à l'article 43. Le revenu en concours avec la pension est réduit au niveau de l'année de base en le divisant par le produit de la multiplication du facteur de revalorisation applicable à la pension au sens de l'article 48 par les facteurs de réajustement applicables à la pension au sens de l'article 48bis. L. 21.12.12,V,14°

Art. 53bis. L'exercice du mandat de parlementaire et de la fonction de membre du Conseil d'État n'est pas considéré comme activité professionnelle pour l'application des articles 12 alinéas 3 et 4 et 49 à 52. L. 25.3.15,10

Art. 54. En cas de concours de plusieurs prestations, le cas échéant avec des revenus professionnels, les dispositions de non cumul sont appliquées dans l'ordre suivant: articles 46, 42, 49, 50, 51 et 56. Une pension réduite par suite de l'application de l'une de ces dispositions est portée en compte pour l'application de la disposition subséquente à raison de son montant réduit. L. 3.8.98

Art. 55. En cas de concours d'une pension visée par la présente loi et d'une pension de même nature due en vertu de la législation d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument international en matière de sécurité sociale, à condition que ce pays applique également des clauses de réduction, de suspension ou suppression à l'égard de la prestation considérée, tous les éléments intervenant dans l'application des clauses de réduction, de suspension ou de suppression sont pris en compte au prorata de la durée des périodes au titre des articles 3, 5 et 6 accomplies avant la réalisation du risque par rapport à la durée totale des périodes accomplies avant la réalisation du risque sous les différentes législations en cause.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 56. Si celui à qui compète une pension en vertu de la présente loi possède contre des tiers un droit légal à la réparation du dommage résultant pour lui de l'invalidité ou du décès fondant son droit à la pension, le droit à la réparation des dommages de la même espèce que ceux couverts par la pension passe au fonds de pension jusqu'à concurrence de ses prestations. Si la pension revêt un caractère permanent, le recours porte sur le capital de couverture, déduction faite des expectatives acquises. Les modalités d'application peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal.

Art. 57. Au cas où le fonctionnaire a touché l'indemnité due par le tiers responsable, nonobstant les dispositions qui précèdent, l'administration du personnel de l'État peut compenser la pension due avec l'indemnité touchée, à moins que le fonctionnaire ne consente à rétrocéder l'indemnité touchée au fonds.

Concours de l'assurance et de l'assistance

Art. 58. Les dispositions de la présente loi ne modifient ni les obligations légales des communes et des offices sociaux envers les indigents, en général, ni les obligations

légales, concernant l'assistance des vieillards, des malades, des personnes indigentes ou atteintes d'incapacité de travail.

1 **Art. 59.** La commune, le Fonds national de solidarité ou l'office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de pension pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une pension, a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrérages de pension, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

2 La demande doit être présentée, sous peine de forclusion, dans un délai de trois mois à dater de la cessation des prestations.

Chapitre III - **Voies et moyens**

Définition de l'assiette

1 **Art. 60.** Sont à considérer pour le calcul de la retenue pour pension les éléments de rémunération effectivement touchés et prévus respectivement par la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État, par le règlement modifié du Gouvernement en Conseil du 1er mars 1974 fixant le régime des indemnités des employés occupés dans les administrations et services de l'État et par des lois autres, à savoir

1. le traitement ou l'indemnité de base;
2. le traitement d'attente des membres du Gouvernement;
3. les suppléments de traitement;
4. l'allocation de famille;
5. l'allocation de fin d'année, sous réserve en ce qui concerne le cercle de bénéficiaires visés à l'article 1er, d'être entrés en service après le 31 décembre 1998;
6. la prime de brevet de maîtrise en ce qui concerne les agents exerçant la fonction d'artisan ou d'artisan dirigeant; L. 25.3.15,11,1°
7. les primes prévues à l'article 25, sous 1. et 3. de la prédite loi sur les traitements; L. 25.3.15,11,2°
8. jusqu'à concurrence d'un total de 22 points indiciaires les primes d'astreinte prévues à l'article 22 de la prédite loi sur les traitements; L. 25.3.15,11,3°
9. la prime de formation prévue à l'article 23, sous 2. de la prédite loi sur les traitements; L. 25.3.15,11,4°
10. la prime prévue à l'article 9 de la loi modifiée du 21 décembre 2007 portant création de l'Administration de la navigation aérienne; L. 25.3.15,11,5°
11. l'indemnité compensatoire prévue à l'article 34 de la prédite loi sur le traitements; L. 25.3.15,11,6°
12. la prime prévue à l'article 6, III de la loi modifiée du 26 juillet 1975 portant création de l'Aéroport; L. 3.8.98
13. la rente accident complète ou partielle en vertu du livre II du Code de la sécurité sociale du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010; L. 12.5.10,6,5°
14. la prime prévue à l'article 26 de la loi sur les traitements. L. 25.3.15,11,7°

2 A l'égard des parlementaires et des conseillers d'État relevant du présent régime de pension ou du régime de pension général, sont pris en compte pour l'application du présent article respectivement l'indemnité parlementaire prévue à l'article 97 sous 1. ainsi que le traitement d'attente dans les conditions et limites de l'article 100 de la loi électorale modifiée du 31 juillet 1924 et l'indemnité de membre du Conseil d'État prévue à l'article 13 de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'État. L. 3.8.98

Définition du taux de la retenue

1 **Art. 61.** Les éléments de rémunération ci-avant définis[1)], l'indemnité forfaitaire échue pendant le congé parental, le double des rémunérations mises en compte au titre des articles 5, 5bis et 6 ainsi que celles mises en compte au titre de l'article 45bis de la présente loi font l'objet d'une retenue pour pension dont le taux est fixé à huit pour cent. L. 28.7.00,29,14)

2 Sauf la retenue opérée au titre des articles 5 à 6 de la présente loi et sur les éléments de rémunération définis à l'article précédent, la charge en incombe à l'État.

3 L'adaptation de ce taux se fait parallèlement à celle de la partie des cotisations à charge des assurés au titre des articles 239 et 240 du Code de la sécurité sociale. Les retenues pour pension opérées sur les éléments de rémunération sont directement affectées au fonds de pension. L. 3.8.98

1) Par L. 19.12.14,25,2° les termes « à l'exclusion de ceux retenus pour le trimestre de faveur visé à l'article 66 » sont supprimés.

Fonds de pension

1 **Art. 62.** [1] Il est institué un fonds spécial, dénommé « fonds de pension ».

2 Sont imputables sur ce fonds les dépenses pour pensions versées aux fonctionnaires en application de la présente loi, de la loi précitée du 26 mai 1954 ainsi que de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire sous Titre I., article 1. sous a) et d) et, les cas échéant, sous Titre II., Chapitre 1., le remboursement de la retenue pour pension prévu à l'article 36, les transferts de cotisations prévus en la matière ainsi que les dépenses résultant de la prise à charge par l'État des prestations de pension des établissements publics dans la mesure où la loi leur accorde une participation de la part de l'État. L. 25.3.15,12,1° L. 19.12.08,V,3°

3 Le fonds de pension est alimenté: L. 3.8.98

a) par la retenue pour pension opérée conformément aux articles 5, 5bis, 6 et 61; [2]

b) par des dotations à charge des établissements publics dans la mesure où les lois instituant ces établissements leur imposent une participation aux pensions de leurs agents;

c) [3] par les transferts de cotisations résultant respectivement de l'application de l'article 9 de la loi de coordination, de l'article 12bis de la loi précitée du 26 mai 1954 et de l'article 88, sous 2. de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire ainsi que par les recettes opérées en application de la loi modifiée du 27 août 1977 concernant le statut des fonctionnaires entrés au service d'institutions internationales;. L. 25.3.15,12,2°

d) [3] par des dotations du budget de l'État destinées à assurer l'équilibre entre les recettes et les dépenses du fonds. L. 3.8.98

4 La dotation des établissements publics visée à l'alinéa qui précède sous b) est fixée par règlement grand-ducal compte tenu des dispositions légales et réglementaires régissant ces établissements.

5 Un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'État détermine l'organisation et la gestion du Fonds de pension. L. 25.3.15,12,3°

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

Administrations compétentes

Art. 63. La gestion du régime de pension est assurée par l'administration du personnel de l'État.

Gestion et paiement des pensions

1 **Art. 64.** Il est établi et géré à l'administration du personnel de l'État des fichiers et des bases de données informatiques qui renferment toutes les données nécessaires au calcul et au payement mensuel des pensions et à l'établissement des certificats annuels y relatifs. A l'égard des bénéficiaires de pension, ces indications font foi jusqu'à la preuve du contraire.

2 A cette fin l'administration du personnel de l'État peut demander l'assistance technique du Centre commun de la sécurité sociale.

1 **Art. 65.** Les pensions sont établies en francs entiers, les centimes étant négligés au profit du fonds.

2 Les bénéficiaires de pension sont tenus, en outre, de signaler ou de faire signaler à l'administration du personnel de l'État tout changement d'adresse et d'état civil.

Art. 66. 1. (alinéa abrogé) L. 19.12.14,25,3°,a)

En cas de décès d'un fonctionnaire en activité de service, des mensualités égales au montant du dernier traitement effectivement touché sont payées encore à titre de trimestre de faveur pendant la période de trois mois suivant le mois du décès [4]; le payement de ce trimestre de faveur se fait au profit des ayants droit à pension de survivant visés aux articles 18, 21 et 22 qui ont vécu en communauté domestique avec le défunt à la date de son décès. L. 3.8.98

2. Le trimestre de faveur n'est pas dû:

- à défaut de personnes remplissant les conditions d'allocation énumérées ci-avant,
- lorsqu'il est inférieur ou égal à la pension due pour la même période. Sous réserve du point 4 qui suit, la détermination de la prestation la plus favorable se fait en valeur annuelle au nombre indice 100, après application des dispositions de cumul applicables de part et d'autre. L. 25.3.15,13,1°

---

1) ***L. 19.12.08,VIII,3°:***
Les modifications apportées à l'article 62 de la loi modifiée 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 sortent leurs effets au 1er janvier 2009.

2) *Les termes « à l'article 61 » sont remplacés par les termes « aux articles 5, 5bis, 6 et 61 » par L. 19.12.08, V, 4°.*

3) *Points renumérotés par L. 19.12.08, V, 4°.*

4) *Par L. 19.12.14,25,3°,a) les termes « suivant le décès » sont remplacés par les termes « suivant le mois du décès ».*

(paragraphe abrogé) L. 19.12.14,25,3°,b)

3 [1]. En aucun cas il ne peut y avoir payement simultané d'un trimestre de faveur et d'une pension. Dans cet ordre d'idées également, le trimestre de faveur se substitue aux pensions échues pour la même période. L. 3.8.98

4 [1]. Par l'application des dispositions du présent article et sous réserve de l'alinéa final ci-après [2], il y a lieu d'entendre par dernier traitement effectivement touché la rémunération versée pour le mois du décès en activité de service [3], limitée aux éléments de traitement énumérés à l'article 60 à l'exception du point 5, et à laquelle est appliquée un taux de réduction égal au taux de la retenue pour pension prévu à l'article 61. L'article 1er sous A) de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant la valeur numérique des traitements des fonctionnaires de l'État ainsi que les modalités de mise en vigueur de la loi du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État telle qu'elle a été modifiée est applicable.

5. Dans l'hypothèse de l'exercice de plus d'un service ou emploi à temps partiel, chaque service ou emploi donnera lieu à versement d'un trimestre de faveur, à moins de l'application du point 2 ci-avant. L. 19.5.03,V,5.,b)

6. Les dispositions du paragraphe II. de l'article 10 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire sont applicables pour la fixation du trimestre de faveur. L. 25.3.15,13,3°

La mise à la retraite

Art. 67. I. Le fonctionnaire ne peut prétendre à pension au titre de la présente loi qu'après avoir été préalablement démissionné, et le cas échéant, avoir été admis à la retraite. L. 3.8.98

II. La mise à la retraite est prononcée sans autre forme de procédure par l'autorité à laquelle appartient le droit de nomination:

1. si le fonctionnaire est atteint par la limite d'âge fixée au lendemain du jour où il atteint l'âge de soixante-cinq ans, sauf pour les personnes visées à l'article 2.3., les envoyés extraordinaires et les ministres plénipotentiaires du corps diplomatique dont les fonctions ont été prorogées, les magistrats dont la limite d'âge est fixée par la loi du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire ainsi que pour les ministres des cultes. L. 25.3.15,14,1°,a)

   Dans l'intérêt du service, la limite d'âge peut être reportée de trois années moyennant un maintien en service. A cet effet, le fonctionnaire présente sa demande écrite et dûment motivée à son chef d'administration ou, si la demande émane du chef d'administration, au membre du Gouvernement compétent, en précisant le degré d'occupation sollicité.

   Le chef d'administration transmet la demande au membre du Gouvernement compétent en indiquant si le maintien est compatible avec l'intérêt du service.

   Sur proposition du membre du Gouvernement compétent, le Gouvernement en conseil décide du maintien en service en fixant la durée du maintien, sans que celle-ci puisse dépasser une année, et le degré d'occupation.

   Le maintien en service peut être renouvelé d'année en année selon les modalités prévues au présent paragraphe;

2. si le fonctionnaire, âgé de soixante ans et comptant quarante années au sens des articles 3 à 6, en fait la demande dans les conditions et délais prévus à l'article 39 de la loi précitée du 16 avril 1979 [4]; L. 3.8.98

3. si le fonctionnaire, âgé de cinquante-sept ans et comptant quarante années au sens de l'article 3, en fait la demande dans les conditions et délais prévus à l'article 39 de la loi précitée du 16 avril 1979 [4].

La prorogation des fonctions des envoyés extraordinaires et des ministres plénipotentiaires du corps diplomatique se fait d'année en année par arrêté grand-ducal pris sur proposition du ministre des affaires étrangères.

III. La mise à la retraite est prononcée d'office si le fonctionnaire est atteint d'infirmités graves et permanentes et si l'inaptitude au service a été constatée par la commission des pensions prévue aux articles 68 et suivants de la présente loi.

IV. Par dérogation aux paragraphes I. et II. qui précèdent, le fonctionnaire peut opter pour la retraite progressive dans les conditions prévues à l'article 13bis à condition que l'intérêt du service le permet, en présentant une demande y relative au chef d'administration dans les conditions et délais prévus à l'article 39 de la loi précitée du 16 avril 1979. L'admission à cette retraite progressive est prononcée par l'autorité à laquelle appartient le droit de nomination du fonctionnaire concerné sur avis favorable du ministre ayant la Fonction publique dans ses attributions. L. 25.3.15,14,2°

---

1) Paragraphes rénumérotés par L. 19.12.14,25,3°,b).

2) Par L. 25.3.15,13,2° le début de la première phrase « Pour l'application des dispositions du présent article » est remplacé par le texte « Pour l'application des dispositions du présent article et sous réserve de l'alinéa final ci-après ».

3) Par L. 19.12.14,25,3°,c) les termes « de la cessation des fonctions » sont remplacés par les termes « du décès en activité de service ».

4) Par L. 25.3.15,14,1°,b) les point 2. et 3. sont respectivement complétés par le bout de phrase « dans les conditions et délais prévus à l'article 39 de la loi précitée du 16 avril 1979 ».

La durée du service à temps partiel pendant la retraite progressive est limitée à trois années, sauf prorogation au terme de ces trois années par l'autorité compétente dans les formes prévues à l'alinéa 1er. La période initiale ou la prorogation éventuelle prennent fin au plus tard à la limite d'âge de l'intéressé à moins de l'application des dispositions du paragraphe II. sous 1., alinéa 2 qui précède.

A la fin de la retraite progressive, le fonctionnaire est mis à la retraite conformément aux paragraphes II. et III., suivant le cas.

Pendant la retraite progressive la continuation de l'exercice des fonctions se fait sous le régime du service à temps partiel prévu à l'article 31.-1. de la loi sur le statut et dans les conditions et limites y prévues. Toutefois, le service à temps partiel ne pourra être inférieur à cinquante pour cent d'une tâche normale et complète.

La modification du service à tâche partielle pendant la retraite progressive est subordonnée à l'accord de l'autorité dans les formes prévues à l'alinéa 1er.

V. (paragraphe abrogé) L. 25.3.15,14,3°

La commission des pensions

1 **Art. 68.** Il est institué auprès du ministre ayant la Fonction publique dans ses attributions une commission spéciale appelée à se prononcer dans tous les cas où l'état de santé du fonctionnaire, du prétendant-droit ou du bénéficiaire d'une pension ou d'un service à temps partiel pour raisons de santé est déterminant pour l'octroi, la modification ou le retrait d'une pension ou d'un service à temps partiel pour raisons de santé, la réintégration dans l'administration ou un changement d'emploi ou d'affectation avec ou sans changement d'administration. L. 25.3.15,15

2 La commission comprend quatre membres effectifs et cinq membres suppléants dont deux magistrats ou fonctionnaires titulaires du certificat de fin de stage judiciaire[1)] qui sont nommés par le ministre ayant la Fonction publique dans ses attributions pour un terme de trois ans. Leur mandat peut être renouvelé. En cas de vacance par décès, démission ou autrement, le membre nommé en remplacement achèvera le mandat de son prédécesseur. Les membres de la commission ne peuvent être ni parents ni alliés jusqu'au troisième degré inclusivement, ni entre eux, ni avec le fonctionnaire dont ils examinent le dossier.

3 Sur les quatre membres, il y a un magistrat ou fonctionnaire, titulaire du certificat de fin de stage judiciaire [2)], un médecin du travail dans la Fonction publique et un représentant du personnel qui est proposé [2)] par la Chambre professionnelle compétente suivant l'administration, la caisse ou la société en cause, respectivement visée aux articles 63, 78 et 83. Le quatrième membre est également désigné en fonction de l'organisme en cause, à savoir,

a) s'il s'agit d'un fonctionnaire relevant du champ d'application du Titre I, ce membre est désigné parmi les fonctionnaires du département ministériel de la Fonction publique,

b) s'il s'agit du cas d'un fonctionnaire relevant du champ d'application du Titre II, ce membre est proposé [2)] par le syndicat de communes représentant les communes du pays,

c) s'il s'agit d'un fonctionnaire relevant du champ d'application du Titre III, ce membre est proposé par le directeur de l'organisme de pension en cause.

Par dérogation à l'alinéa 3 et dans l'hypothèse de la compétence de l'organisme de pension visé au Titre III, le représentant du personnel y visé est proposé par la délégation centrale du personnel prévue aux statuts de la société.

4 Les membres suppléants doivent revêtir les mêmes qualités que les membres effectifs.

5 Sauf le point b) qui précède, tous les membres de la commission doivent être fonctionnaires au sens des articles 2, 78 et 83. Le représentant du personnel peut être fonctionnaire retraité.

6 La commission est présidée par le magistrat ou le fonctionnaire, titulaire du certificat de fin de stage judiciaire. En cas d'empêchement, il est remplacé par un magistrat ou un fonctionnaire titulaire du certificat de fin de stage judiciaire suppléant. L. 17.3.16,II,2°,c)

7 La commission est assistée d'un secrétaire et d'un secrétaire adjoint à désigner par le ministre ayant la Fonction publique dans ses attributions. L. 25.3.15,16

1 **Art. 69.** La commission est saisie, soit à la requête de l'autorité de nomination [3)] ou du médecin de contrôle, soit à la requête du fonctionnaire actif ou retraité ou de ses ayants droit. La requête doit être déposée ou envoyée au secrétariat de la commission des pensions. Elle précise l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens à l'appui. L. 25.3.15,16

---

1) Par L. 17.3.16,II,2°,a) les termes « quatre membres suppléants » sont remplacés par les termes « cinq membres suppléants dont deux magistrats ou fonctionnaires titulaires du certificat de fin de stage judiciaire ».

2) Par L. 17.3.16,II,2°,b) les termes «ou fonctionnaire, titulaire du certificat de fin de stage judiciaire» sont ajoutés derrière le terme «magistrat», les termes «qui est choisi sur une liste de trois candidats présentée» sont remplacés par le terme «proposé» et les termes «choisi sur une liste de trois candidats, bourgmestre ou échevins, proposés» sont remplacés par le terme «proposé».

3) Par L. 17.3.16,II,3°,a) les termes « ou de son délégué » sont supprimés.

2 Par médecin de contrôle il y a lieu d'entendre le médecin de contrôle prévu par la loi du 19 décembre 2008 portant création de l'Administration des Services médicaux du Secteur public.

3 Les affaires dont la commission est saisie sont inscrites par ordre de date dans un registre d'entrée par les soins du secrétaire.

4 Préalablement à la réunion de la commission, le président peut procéder à toutes mesures d'instructions qu'il jugera utiles.

5 La commission se réunit toutes les fois que les circonstances l'exigent. Les parties sont convoquées par les soins du secrétaire au moins huit jours avant le jour fixé pour la réunion. Les convocations aux prétendants droit à une pension sont envoyées par lettre recommandée à la poste avec accusé de réception.

6 (alinéa abrogé) L. 17.3.16,II,3°,b)

7 Le médecin de contrôle dans la Fonction publique peut assister aux audiences de la commission. L. 25.3.15,16

8 (alinéa abrogé) L. 9.5.18,II,6

9 A partir de la réception de la convocation, l'intéressé ainsi que la personne qui l'assiste ou le représente ont le droit de prendre connaissance au secrétariat du dossier sans déplacement des pièces [1]. L. 25.3.15,16

10 Au cas où l'intéressé ne se présente ni en personne ni par mandataire, une nouvelle convocation est envoyée au moins trois jours avant celui fixé pour la réunion. La convocation mentionne que faute par l'intéressé de comparaître, la commission statue en son absence et la décision à intervenir est uniquement susceptible du recours prévu à l'article 75. Par dérogation à ce qui précède, l'obligation d'une nouvelle convocation n'est pas donnée dans l'hypothèse où la demande émane de l'intéressé, que l'administration ait pris position et que la décision à intervenir soit conforme au désir exprimé par la partie intéressée.

11 Si l'intéressé ne comparaît pas, la commission statue en son absence par une décision réputée contradictoire.

12 La commission a tous les pouvoirs d'investigation. Les autorités publiques donnent suite aux demandes à elles présentées à cet effet.

1 **Art. 70.** Lorsque la commission statue sur les cas comportant la constatation d'une invalidité, sa décision ne peut être prise que sur le vu d'un rapport médical. L. 25.3.15,17

2 Le rapport médical est dressé par le médecin de contrôle. Le président de la commission ou son délégué peut lui adjoindre un ou plusieurs médecins spécialistes pour chaque cas et suivant les besoins.

3 Il en est de même en cas d'intervention préalable du médecin de contrôle dans le cadre des dispositions de l'article 37bis de la loi précitée du 16 avril 1979 ou, en ce qui concerne les intéressés visés aux articles 78 et 83, dans le cadre des dispositions leur applicables.[2]

4 Pour le cas où le médecin de contrôle estime que le fonctionnaire peut continuer l'exercice de ses fonctions, à service à temps partiel pour raisons de santé prévu l'article 73 sous réserve de l'aménagement de son poste de travail, ou reprendre l'exercice d'une autre fonction, le cas échéant à service à temps partiel pour raisons de santé, le rapport médical doit être complété par un avis circonstancié d'un médecin du travail définissant les capacités résiduelles du fonctionnaire. Il en est de même en cas de réintégration conformément à l'article 74bis, sauf si cette réintégration n'est pas conditionnée par des contraintes thérapeutiques.

5 Lorsque l'intéressé refuse de se faire examiner par les hommes de l'art, la commission statue sur le vu des pièces du dossier

1 **Art. 71.** La décision de la commission, qui doit être motivée, est prise à la majorité des voix. En cas d'égalité des voix, la voix du président de la commission est prépondérante. La décision est prononcée en audience publique soit sur-le-champ, soit à une audience ultérieure dont la commission fixe la date. L. 25.3.15,18

2 Le secrétaire dresse pour chaque affaire un procès-verbal qu'il inscrit sur le registre d'entrée mentionné à l'article 69. Ce procès-verbal mentionne les noms et qualités des parties, des personnes par lesquelles elles sont assistées et de leurs représentants, l'objet de la demande, les déclarations et demandes des parties, les mesures éventuelles d'instruction, les conclusions, la décision qui a été prise et la date de celle-ci. L'original de la décision est signé par tous les membres de la commission et contresigné par le secrétaire; il est déposé au secrétariat.

3 La décision de la commission est incessamment communiquée à l'autorité de nomination dont relève le fonctionnaire pour faire procéder à son application conformément aux alinéas qui suivent ainsi qu'à l'intéressé. L'expédition est notifiée aux parties par lettre recommandée à la poste avec avis de réception.

---

1) Par L. 17.3.16,II,3°,c) les termes « ; le même droit appartient au délégué du ministre compétent » sont supprimés.

2) Par L.17.3.16,II,4° les termes « de dispositions » sont remplacés par les termes « des dispositions » et la phrase « En cas d'opposition des intéressés, l'expertise et le rapport médical incombent aux médecins à désigner par le président ou son délégué » est supprimée.

4 L'autorité de nomination prononce la mise à la retraite du fonctionnaire conformément à la décision de la commission. Lorsque la commission décide que le fonctionnaire n'est pas sujet à des infirmités qui le mettraient hors d'état de continuer son service ou qui ne seraient pas suffisantes pour justifier un service à temps partiel pour raisons de santé prévu à l'article 73, le fonctionnaire est tenu de reprendre son service[1)]. Lorsque la commission décide que le fonctionnaire est apte à occuper un autre emploi dans l'administration, le cas échéant assorti d'un service à temps partiel pour raisons de santé, il est procédé conformément à l'article 72.

5 La commission peut décider un report de la décision définitive pour le cas où l'expertise médicale envisage une amélioration de l'état de santé du fonctionnaire à moyen terme. Toutefois, le report ne peut excéder six mois. La nouvelle décision à intervenir au terme du report est prise sur le vu d'un nouveau rapport médical.

6 Les décisions prises aux termes des alinéas qui précèdent sont motivées et arrêtées par écrit. Elles sont communiquées au fonctionnaire ensemble avec la décision de la commission, d'après les modalités suivantes:

a) soit par la remise en mains propres contre accusé de réception; si le fonctionnaire refuse d'accepter ces documents ou d'en accuser réception, il en est dressé procès-verbal;

b) soit par envoi par lettre recommandée à l'adresse que le fonctionnaire a déclaré comme sa résidence; dans ce cas, la notification sort ses effets huit jours après le dépôt de la lettre recommandée à la poste.

1 **Art. 72.** Lorsque la commission a constaté qu'un fonctionnaire est, par suite de blessures, d'accidents ou d'infirmités, hors d'état de continuer son service, mais qu'elle l'a déclaré apte à occuper un autre emploi dans l'administration, le cas échéant assorti d'un service à temps partiel pour raisons de santé, l'intéressé est considéré comme étant en congé provisoire pour une durée qui ne pourra pas dépasser trois mois. L. 25.3.15,19

2 Dans l'intervalle, l'autorité de nomination prend l'initiative en vue d'une nouvelle affectation de l'intéressé.

3 Si l'intéressé refuse d'accepter le nouvel emploi, des poursuites disciplinaires sont engagées à son encontre.

4 Si à l'expiration du congé, l'intéressé visé à l'article 2 n'a pas été chargé d'un autre emploi, le Gouvernement en Conseil décide, endéans un nouveau délai d'un mois, de la nouvelle affectation de l'intéressé au vu de ses aptitudes et qualifications. La décision d'une nouvelle affectation pour l'intéressé visé à l'article 78 incombe au collège des bourgmestre et échevins et la décision d'une nouvelle affectation pour l'intéressé visé à l'article 83 incombe au Comité des Directeurs de l'organisme de pension en cause. La nouvelle affectation peut consister en un changement d'emploi au sein de son administration d'origine ou en un détachement conformément à l'article 7.2. de la loi précitée du 16 avril 1979 ou, en ce qui concerne les intéressés visés respectivement aux articles 78 et 83, conformément aux dispositions qui leur sont applicables.

5 Sont applicables les dispositions de l'article 39 de la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État ou, en ce qui concerne les intéressés visés respectivement aux articles 78 et 83, conformément aux dispositions qui leur sont applicables.

6 Si, postérieurement à la nouvelle affectation, l'intéressé sollicite des congés de maladie en rapport avec l'état de santé ayant entraîné sa comparution devant la commission, ces congés de maladie sont assimilés à des absences de service non autorisées et poursuivies comme telles sur la base des dispositions relatives à la discipline prévues suivant le statut qui lui est applicable.

7 Le rapport entre l'état de santé ayant entraîné sa comparution devant la commission et les congés de maladie postérieurs à la décision de la commission est à établir par le médecin de contrôle.

1 **Art. 73.** Si de l'avis des médecins en charge du dossier conformément à l'article 70, les infirmités du fonctionnaire ne sont pas suffisantes pour justifier une mise à la retraite tout en constituant une incapacité d'exercer son dernier emploi à plein temps, la commission peut lui accorder un service à temps partiel pour raisons de santé avec ou sans changement d'emploi dans l'administration si le fonctionnaire ne remplit pas encore les conditions pour être admis à la pension de vieillesse ou à la pension de vieillesse anticipée. S'il remplit ces conditions, il est procédé comme à l'alinéa 8. L. 25.3.15,20 L. 9.5.18,II,7°,a)

2 Le service à temps partiel pour raisons de santé peut être accordé à raison de 75 ou 50 pour cent d'une tâche complète. L. 9.5.18,II,7°,b)

3 Le service à temps partiel pour raisons de santé peut être accordé à raison de vingt-cinq pour cent pour une durée maximale d'une année. L. 25.3.15,20

4 Si, de l'avis des médecins en charge du dossier, la réintégration prévue à l'article 74bis sur un emploi à plein temps est contre-indiquée, cette réintégration peut se faire également sur un emploi à temps partiel tel que prévu aux dispositions qui précèdent.

---

1) Part L. 17.3.16,II,5° les termes « l'autorité de nomination invite le fonctionnaire à reprendre son service conformément à l'article 74 » sont remplacés par les termes « le fonctionnaire est tenu de reprendre son service ».

5 Par médecin du travail au sens du présent article, il y a lieu d'entendre, dans le cadre du champ d'application des Titres I et II, le médecin du travail prévu par la loi du 19 décembre 2008 portant création de l'Administration des Services médicaux du Secteur public et en ce qui concerne le champ d'application du Titre III, le médecin du travail prévu par le statut du personnel de société y prévue.

6 Le fonctionnaire-stagiaire prévu à l'article 2, paragraphe 3 de la loi précitée du 16 avril 1979 ne peut pas bénéficier du service à temps partiel pour raisons de santé. L. 9.5.18,II,7°,c)

7 Le service à temps partiel pour raisons de santé est à prester quotidiennement, à moins qu'en raison d'une contre- indication médicale, une autre répartition ne soit retenue. L. 25.3.15,20

8 [1] Durant la période du service à temps partiel pour raisons de santé, le fonctionnaire doit se soumettre à des contrôles médicaux périodiques à organiser par le médecin du travail. Si dans le cadre de ces réexamens, les experts arrivent à la conclusion qu'il y a lieu à annulation ou à modification du service à temps partiel pour raisons de santé préalablement accordé sur avis de la commission, ils transmettent leurs recommandations médicales à la commission qui se prononcera une nouvelle fois sur le dossier. L'initiative de révision appartient également au fonctionnaire qui saisit la commission à cette fin.

9 A partir du moment où le fonctionnaire peut faire valoir ses droits à une pension de vieillesse ou de vieillesse anticipée, il est démissionné d'office par l'autorité de nomination, sans intervention de la commission.

1 **Art. 74.** Lorsqu'un fonctionnaire qui a comparu devant la commission, soit à sa demande, soit à la demande de l'administration, n'a pas été reconnu sujet à des infirmités qui le mettraient hors d'état de continuer son service, il est aussitôt tenu de reprendre son service. L. 17.3.16,II,6°,a)

2 Si, postérieurement à sa reprise de service[2], l'intéressé sollicite des congés de maladie en rapport avec l'état de santé ayant entraîné sa comparution devant la commission, ces congés de maladie sont assimilés à des absences de service non autorisées et poursuivies comme telles sur la base des dispositions relatives à la discipline prévues suivant le statut qui lui est applicable. L. 25.3.15,21

3 Le rapport entre l'état de santé ayant entraîné sa comparution devant la commission et les congés de maladie postérieurs à la décision de la commission est à établir par le médecin de contrôle.

1 **Art.74bis.** Au cours des dix premières années qui suivent l'allocation de la pension, l'autorité de nomination ou son délégué peut demander à la commission le réexamen du cas d'un fonctionnaire retraité mis à la retraite pour raisons de santé[3], au cas où il estime que les causes de l'admission à la pension ont cessé d'exister. La même faculté appartient au fonctionnaire; sa demande doit être appuyée d'un certificat médical circonstancié. L. 25.315,22

2 Lorsque la commission décide que les causes de l'admission à la pension ont cessé d'exister, la pension est retirée et l'intéressé est réintégré dans l'administration. A cette fin, la décision de la commission est soumise à l'autorité de nomination dont relevait le fonctionnaire au moment de sa mise à la retraite.

3 La décision qui retire la pension prend effet le même jour que la décision de réintégration et à défaut de réintégration, le jour de la décision de la commission constatant que les causes de l'admission à la retraite ont cessé d'exister.

4 Si l'intéressé refuse de se présenter devant la commission, ou bien s'il refuse d'accepter l'emploi lui assigné, la pension lui est retirée par décision motivée de l'organisme de pension compétent.

5 A partir du premier jour du mois qui suit le début de la soixante-sixième année de l'intéressé, le droit à la pension est rétabli à moins d'un maintien en service en application de l'article 67.II.1 suite à une réintégration conformément aux dispositions qui précèdent. Le droit à la pension est également rétabli pour la vérification des droits et le calcul des pensions des survivants, en cas de décès du retraité visé avant cet âge.

Voies de recours

1 **Art. 75.** De façon générale, et à moins qu'il ne soit disposé autrement, les décisions relatives aux pensions et aux autres prestations de retraite et de survie de l'État sont de la compétence de l'Administration du personnel de l'État [4]. L. 3.8.98

2 Le tribunal administratif statue en première instance et comme juge du fond sur les recours dirigés contre les décisions, y comprises celles émises par la commission des pensions, relatives aux pensions et autres prestations prévues par la présente loi.

3 Les recours sont intentés dans le délai de trois mois à partir de la notification de la décision.

4 En cas de décision de la Commission des pensions conformément à l'article 71 ci-avant, les recours des intéressés sont dirigés contre cette décision. L. 19.5.03,V,11.

---

1) Par L. 9.5.18,II,7°,d), à l'alinéa 8 la première phrase est supprimée.

2) Par L.17.3.16,II,6°,b) les termes « postérieurement à la décision visée à l'alinéa qui précède » sont remplacés par les termes « postérieurement à sa reprise de service ».

3) Par L. 17.3.16,II,7° les termes « inaptitude physique » sont remplacés par les termes « raisons de santé ».

4) Par L. 17.3.16,II,8° les termes « du ministre de la Fonction publique » sont remplacés par les termes « de l'Administration du personnel de l'État ».

1 **Art. 76.** Les pensions sont accordées par décision de l'Administration du personnel de l'État [1]. La procédure d'allocation peut être entamée soit d'office, soit à la demande de la partie intéressée. L. 3.8.98

2 L'Administration du personnel de l'État [2] détermine les pièces et documents à produire pour la justification des droits à la pension. Les extraits de l'état civil et toutes autres pièces officielles à produire en matière de pensions sont délivrés sur papier libre et sans frais.

3 (alinéa abrogé) L. 25.3.15,23

TITRE II - **Du régime de pension spécial des fonctionnaires communaux**

Art. 77. Il est créé un régime de pension spécial applicable: L. 3.8.98

1. aux affiliés relevant de l'article 1er de la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics ou de l'article 78 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire [3], entrés en service après le 31 décembre 1998;
2. aux parlementaires, bénéficiaires d'un traitement d'attente conformément aux dispositions de l'article 100 de la loi modifiée du 31 juillet 1924 concernant la modification de la loi électorale, et relevant du point 1 ci-avant à la veille de la prestation de serment de parlementaire;
3. en ce qui concerne les dispositions du chapitre II – «Objet de l'assurance», aux affiliés entrés en service avant le 1er janvier 1999 et auxquels l'article 16.5. de la loi précitée du 26 mai 1954 ou l'article 13 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire, a été rendu applicable. L. 25.3.15,24,2°

1 **Art. 78.** Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent, les affiliés visés à l'article 77 sous 1. et 2. qui précède. L. 25.3.15,25

2 Par « fonctionnaire » au sens des dispositions de la présente loi on entend indistinctement les affiliés visés à l'alinéa qui précède. L. 3.8.98

1 **Art. 79.** Sont rendues applicables au régime spécial des fonctionnaires communaux, les dispositions des articles 3 à 59, 61, 64, alinéa 2, 65, 66 et 68 à 76. Pour ce qui concerne l'article 66 point 5. le renvoi à l'article 60 est remplacé par un renvoi à l'article 80. [4] L. 25.3.15,26,1°

2 Pour autant que ces dispositions visent: L. 3.8.98

- des périodes au service de l'État ou d'un établissement public,

  il y a lieu de lire « périodes au service d'une commune, d'un syndicat de communes, d'un établissement public placé sous la surveillance des communes ou d'une œuvre nationale de prévoyance reconnue d'utilité publique ou de façon générale, les périodes pendant lesquelles les intéressés sont affiliés auprès de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux »;
- le ministre de la fonction publique, l'administration du personnel de l'État [5], le fonds de pension,
- il y a lieu de lire « caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux ».

1 **Art. 80.** Sont à considérer pour le calcul de la retenue pour pension les éléments de rémunération effectivement touchés et prévus par le règlement grand-ducal modifié du 4 avril 1964 portant assimilation des traitements des fonctionnaires des communes, syndicats de communes et établissements publics placés sous la surveillance des communes, à ceux des fonctionnaires de l'État, et pour autant que nécessaire ceux prévus par la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État, par le règlement grand-ducal du 26 mai 1975 portant assimilation du régime des employés communaux à celui des employés de l'État et par des dispositions autres, à savoir:

1. le traitement ou l'indemnité de base;
2. les suppléments de traitement;
3. l'allocation de famille;
4. l'allocation de fin d'année, sous réserve en ce qui concerne le cercle de bénéficiaires visés à l'article 1er, d'être entrés en service après le 31 décembre 1998;

---

1) Par L. 17.3.16,II,9°,a) les termes « du ministre de la Fonction publique » sont remplacés par les termes « de l'Administration du personnel de l'État ».

2) Par L. 17.3.16,II,9°,b) les termes « Le ministre de la Fonction publique » sont remplacés par les termes « L'Administration du personnel de l'État ».

3) Par L. 25.3.15,24,1° les termes « l'article 1er de la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics » sont remplacés par les termes « l'article 1er de la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics ou de l'article 78 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire. »

4) Par L. 9.5.18,II,8° à l'article 79, alinéa 1er, la dernière phrase est supprimée.

5) Par L. 25.3.15,26,2° les termes « la Commission des pensions » ont été supprimés.

5. la prime brevet de maîtrise prévue à l'article 16ter du prédit règlement grand-ducal du 4 avril 1964;
6. la prime prévue à l'article 17. V. 3° du prédit règlement grand-ducal du 4 avril 1964;
7. jusqu'à concurrence d'un total de 22 points indiciaires les primes d'astreinte prévues à l'article 19 du prédit règlement grand-ducal du 4 avril 1964.

2 A l'égard des parlementaires et des conseillers d'État relevant du présent régime de pension spécial, sont pris en compte pour l'application du présent article respectivement l'indemnité parlementaire prévue à l'article 97 sous 1. ainsi que le traitement d'attente dans les conditions et limites de l'article 100 de la loi électorale modifiée du 31 juillet 1924 et l'indemnité de membre du Conseil d'État prévue à l'article 13 de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'État.

Art. 81. (article abrogé) L. 25.3.15,27

TITRE III - **Du régime de pension spécial des agents des chemins de fer**

Art. 82. Il est créé un régime de pension spécial applicable L. 3.8.98

1. aux agents tombant sous les dispositions du statut du personnel de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et de son annexe, entrés en service après le 31 décembre 1998;
2. aux parlementaires, bénéficiaires d'un traitement d'attente conformément aux dispositions de l'article 100 de la loi modifiée du 31 juillet 1924 concernant la modification de la loi électorale, et relevant du point 1 ci-avant à la veille de la prestation de serment de parlementaire;
3. en ce qui concerne les dispositions du chapitre II - « Objet de l'assurance », aux agents des chemins de fer luxembourgeois visés ci-avant, entrés en service avant le 1er janvier 1999 et auxquels l'article 16.5 de la loi précitée du 26 mai 1954 ou l'article 13 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire, a été rendu applicable[1)].

Art. 83. Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent,

1. les personnes, agents du cadre permanent et agents hors-statut, tombant sous les dispositions du statut du personnel de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et de son annexe;
2. les employés privés au service de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois dans les limites et sous les conditions prévues à la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'État;
3. les personnes relevant du point 2 de l'article 1er ci-avant.

Art. 84. Sont rendus applicables au régime de pension spécial pour les agents des chemins de fer, les dispositions des articles 3 à 59, 61, 64, alinéa 2, 65, 66 et 68 à 76. Pour ce qui concerne l'article 66 point 5. le renvoi à l'article 60 est remplacé par un renvoi à l'article 85. [2)] L. 25.3.15,29,1°

Pour autant que ces dispositions visent: L. 3.8.98

- les fonctionnaires,

  il y a lieu de lire « les agents des chemins de fer », ce terme visant indistinctement les agents des chemins de fer visés à l'article 2;
- des périodes au service de l'État ou d'un établissement public,

  il y a lieu de lire « périodes au service de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois »;
- le ministre ayant la Fonction publique dans ses attributions, l'Administration du personnel de l'État, le Fonds de pension. L. 25.3.15,29,2°

  il y a lieu de se reporter aux organes de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois désignés à cet effet en vertu des statuts de cette société. L. 3.8.98

1 **Art. 85.** Sont à considérer pour le calcul de la retenue pour pension les éléments de rémunération effectivement touchés et prévus respectivement

a) par l'arrêté grand-ducal du 26 mai 1930 portant approbation du texte codifié du statut du personnel des chemins de fer luxembourgeois, tel qu'il a été modifié par la suite, applicable au personnel des chemins de fer occupant des emplois du cadre permanent,

b) par la convention collective de travail des employés privés des CFL dans les conditions visées à l'article 2 sous 2 du présent Titre III, et

---

1) Par L. 25.3.15,28 à la suite des termes « l'article 16.5. de la loi précitée du 26 mai 1954 », le bout de phrase est remplacé par les termes « ou l'article 13 de la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire, a été rendu applicable ».

2) Par L. 9.5.18,II,9° à l'article 84, alinéa 1er, la dernière phrase est supprimée.

c) par les conventions individuelles conclues entre les CFL et leurs agents hors statut, à savoir:

1) le traitement ou la rémunération de base;

2) les suppléments de traitement ou de rémunération;

3) l'allocation de famille;

4) l'allocation de fin d'année, sous réserve en ce qui concerne le cercle de bénéficiaires visés à l'article 1er, d'être entrés en service après le 31décembre 1998;

5) jusqu'à concurrence d'un total de 22 points indiciaires les primes pour service de nuit et service de dimanche, prévues à l'article 48.12 du statut du personnel.

2 A l'égard des parlementaires et des conseillers d'État relevant du présent régime de pension spécial, sont pris en compte pour l'application du présent article respectivement l'indemnité parlementaire prévue à l'article 97 sous 1. ainsi que le traitement d'attente dans les conditions et limites de l'article 100 de la loi électorale modifiée du 31 juillet 1924 et l'indemnité de membre du Conseil d'État prévue à l'article 13 de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'État.

Art. 86. Sauf en ce qui concerne les décisions de la Commission des pensions, les recours visés à l'article 75 sont de la compétence des tribunaux du travail. L. 25.3.15,30

[...]

Art. 91. Les régimes de pension particuliers existant auprès de l'État, des communes et de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois au moment de la mise en vigueur de la présente loi ne s'appliquent pas aux agents entrés en service après le 31 décembre 1998. L. 3.8.98

Un règlement grand-ducal peut prévoir des catégories d'agents qui, sous certaines conditions, doivent se soumettre à des examens périodiques en vue la constatation de leur aptitude à exercer leur fonction. Le règlement grand-ducal définit en outre:

- les conditions d'aptitude pour chaque catégorie d'agents visée;
- les attributions que les agents concernés ne peuvent plus assumer à partir d'un certain âge;
- la procédure à suivre en vue de la constatation de l'aptitude;
- les modalités de la réaffectation à un autre emploi correspondant à l'aptitude des agents concernés.

En cas de réaffectation, les dispositions de l'article 36[1)] de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État sont d'application.

Art. 92. Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1er janvier 1999.

1) Par L. 25.3.15,31 la référence à l'article 6 a été remplacée par une référence à l'article 36.

Loi du 28 juillet 2000 [1)] ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

et modifiant

a) le Code des assurances sociales,

b) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État,

c) 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

1) ***L. 28.7.2000,37:***
Dans toute disposition légale ou réglementaire future, la référence à la présente loi pourra se faire sous forme abrégée en utilisant les termes « loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ».

SOMMAIRE

Chapitre I	-	**Définitions**	Art. 1 - 2
Chapitre II	-	**Coordination du régime général et des régimes spéciaux transitoires**	Art. 3 - 15
Chapitre III	-	**Coordination du régime général et des régimes spéciaux**	Art. 16 - 19
Chapitre IV	-	**Dispositions communes**	Art. 20 - 26
Chapitre V	-	**Dispositions additionnelles**	Art. 30, Art. 32 - 37

Chapitre I - **Définitions** L. 28.7.00

1 **Art. 1er.** 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.

2 Sont considérés comme régimes spéciaux transitoires les régimes de pension régis par la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, 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.

3 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.

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

1) la caisse 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, 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 transitoires;

3) l'administration du personnel de l'État, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, 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. L. 19.12.08,I,1°

2 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 régimes spéciaux transitoires, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu. L. 28.7.00

3 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.

4 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 régimes spéciaux 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.

Assurance rétroactive

1 **Art. 4.** Toute personne relevant du champ d'application d'un 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 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.

2 De même, le fonctionnaire, l'agent ou l'employé qui a droit à une pension différée auprès d'un régime spécial transitoire ainsi que le député ou conseiller d'État visé par l'article 55.II.5[1)] de la loi précitée du 26 mai 1954 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

1) Les termes « l'article 55.II.6 » sont remplacés par les termes « 55.II.5 » par L. 19.12.08, I, 2°.

d'assurance pension qui informe dans ce cas l'organisme du régime spécial transitoire compétent.

1 **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[1)] de la loi précitée du 26 mai 1954.

2 Pour les périodes de congé sans traitement, de congé pour travail à mi-temps et de congé parental visées à l'article 9. I. a). 9. de la loi précitée du 26 mai 1954 et aux dispositions afférentes de la législation régissant les autres régimes spéciaux transitoires et computables pour la pension dans ces régimes, 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 la période de travail à mi-temps ou du congé parental à temps partiel**.**

3 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.

1 **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.

2 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.

3 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.

4 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.

5 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 de 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. 8. Pour l'admission à l'assurance continuée, complémentaire ou facultative ainsi qu'à l'achat rétroactif de périodes dans le régime général conformément aux articles 173, 173bis et 174 du Code de la sécurité sociale, sont assimilées à des périodes d'assurance au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale les périodes de service qui sont computables pour le calcul de la pension dans le régime spécial transitoire, pour autant qu'elles ne se superposent pas à des périodes visées aux articles 171, 172, 173, 173bis et 174 du même code.

Transfert de cotisations

1 **Art. 9**. Lorsqu'une personne passe du régime général à un 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. L. 19.12.08,I,4°

2 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. L. 28.7.00

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

Cumul de plusieurs activités

Art. 9bis. Si une personne relevant d'un 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. L. 17.11.03,II

N'est pas considéré comme activité accessoire au sens du présent article, l'exercice du L. 25.3.15,32

---

1) Les termes « l'article 55.II.6 » sont remplacés par les termes « 55.II.5 » par L. 19.12.08, I, 3°.

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 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. L. 28.7.00

1 **Art. 11.** L'ouverture du droit à une pension d'invalidité du régime spécial transitoire vaut accomplissement de la condition relative à l'invalidité exigée dans le régime général.

2 L'ouverture du droit à une pension de survie du régime spécial transitoire vaut accomplissement des conditions d'attribution prévues par le régime général.

1 **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. L. 19.12.08,I,5°[1)]

2 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.

3 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.

4 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, 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. (article abrogé) L. 19.12.08,I,6°

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 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 de la présente loi. L. 28.7.00 L. 19.12.08,I,7°

1 **Art. 15.** En cas d'ouverture d'un droit à pension de survie d'un conjoint divorcé ou d'un ancien partenaire au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, dans le régime général et dans le régime spécial transitoire, la détermination de la pension du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire et la répartition éventuelle entre plusieurs conjoints divorcés ou plusieurs anciens partenaires et conjoint ou partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant, est effectuée conformément aux règles en vigueur dans le régime spécial transitoire. L. 9.7.04,18,1°

2 Pour autant que le conjoint ou le partenaire décédé n'ait pas été soumis au régime spécial transitoire à la veille du divorce ou à la veille de la dissolution du partenariat au sens de l'article 13 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, la pension de survie du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, déterminée à cette date, est calculée conformément au livre III du Code de la sécurité sociale; elle est à charge du régime spécial transitoire.

---

1) ***L. 19.12.08,VIII,1°:***
Les dispositions de l'article Ier sous 5° sont applicables aux risques échus à partir du 1er janvier 2006 et les pensions échues avant cette date restent régies par les anciennes dispositions de l'article 12 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes de pension, sauf réversibilité en faveur des survivants dans la mesure où les nouvelles dispositions s'avèrent plus favorables.

Chapitre III - **Coordination du régime général et des régimes spéciaux** L. 27.8.00

Champ d'application

Art. 16. 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.

Ouverture du droit à pension et totalisation L. 19.12.08,I,8°

Art. 17. L'organisme compétent apprécie les conditions d'attribution de la pension en appliquant les dispositions de sa propre législation, y compris celles relatives à l'invalidité. L. 27.8.00

A cet effet, ainsi que pour l'appréciation des conditions de stage prévues au niveau de l'assurance volontaire et des périodes d'éducation d'enfants, il porte en compte les périodes d'assurance accomplies sous les différents régimes ainsi que les autres périodes à mettre en compte pour l'ouverture du droit, pour autant qu'elles ne se superposent pas. L. 19.12.08,I,8°

Art. 18. (article abrogé) L. 25.3.15,33

Assurance volontaire L. 19.12.08,I,9°

Art. 18bis. Les seuils et limites applicables, prévus par les règlements d'application visés respectivement aux articles 173, 173bis et 174 du Code de la sécurité sociale et aux articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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, sont ceux du régime compétent au moment de l'introduction de la demande et s'appliquent indifféremment sur toute la période visée par l'assurance volontaire, sauf changement de compétence ultérieur.

Calcul de la pension

1 **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. L. 28.6.02,VI,2° L. 28.7.00

2 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.

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 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.

Instruction des demandes

1 **Art. 21.** Toute demande tendant à l'application des dispositions de la présente loi peut être adressée à l'un des organismes en cause qui la transmet aux autres avec les renseignements dont il dispose. A cet effet, les données nominatives peuvent être échangées par voie informatique.

2 Chaque organisme en cause procède à la détermination des droits et à la liquidation des prestations conformément aux dispositions de la présente loi, sur la base des éléments qui le concernent et des éléments concernant les autres organismes qui lui ont été certifiés par ces derniers.

3 Les périodes d'assurance qui sont certifiées par l'organisme du régime sous lequel elles ont été accomplies ne peuvent être contestées par les autres organismes en cause.

4 La décision de l'organisme débiteur d'une pension ou part de pension est prise conformément à la procédure de détermination et de liquidation des droits qui lui est applicable.

5 Aucune décision concernant la modification, la suspension ou le retrait d'une pension ou part de pension accordée en vertu de la présente loi ne peut être prise valablement sans que les autres organismes débiteurs d'une pension ou part de pension soient mis en cause.

Réduction et paiement des pensions

1 **Art. 22.** Les dispositions de réduction, de suspension et de non-cumul sont celles prévues dans le régime de l'organisme compétent et s'appliquent à l'ensemble des pensions et parts de pension. En cas de concours de prestations du régime général et du régime L. 28.6.02,VI,3°

spécial transitoire, il est tenu compte de l'allocation de fin d'année pour l'application des dispositions qui précèdent; à cette fin, elle est réduite dans la même mesure que l'ensemble des pensions et parts de pension.

2 Les orphelins de père et de mère pour lesquels un droit à une pension est ouvert dans le régime général du chef de l'un des parents et dans le régime spécial transitoire ou spécial du chef de l'autre parent n'ont droit qu'à la pension la plus élevée déterminée suivant les modalités applicables aux orphelins de père et de mère de chaque régime. L. 28.7.00

3 [1)]Si une personne a droit à des pensions de survie du chef de conjoints ou partenaires au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats différents de la part du régime général et du régime spécial transitoire ou spécial, seule la pension de survie la plus élevée est due. L. 9.7.04,18,2°

Art. 23. L'organisme compétent assure le paiement de la totalité de la pension, sous réserve du remboursement des parts de pensions incombant aux autres organismes conformément aux dispositions qui précèdent. L. 28.7.00

Contestations

1 **Art. 24.** Les contestations pouvant naître de l'application de la présente loi entre les organismes en cause sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral et en instance d'appel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, composé de son président et de deux assesseurs magistrats.

2 Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues au Code de la sécurité sociale.

1 **Art. 25.** Les contestations pouvant naître entre les bénéficiaires de la présente loi ou ceux qui prétendent être bénéficiaires de ces dispositions et un des organismes en cause, sont jugées par les juridictions compétentes pour les litiges concernant cet organisme.

2 Si une juridiction se déclare incompétente en raison de la matière, elle est tenue de renvoyer d'office devant qui de droit.

3 Lorsqu'une affaire est de nature à donner lieu à des décisions contraires ou à contestations entre différents organismes, elle est renvoyée aux fins de l'article 24.

4 En cas de renvoi, la juridiction saisie peut désigner l'organisme qui assume le paiement des prestations à titre provisoire en attendant qu'il soit définitivement statué sur le litige.

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

Chapitre V - **Dispositions additionnelles**

[...]

1 **Art. 30.** Si une loi continue à se référer à un « régime non contributif », ce terme s'entend comme « régime spécial transitoire ».

2 Si une loi continue à se référer au « régime contributif », ce terme s'entend comme « régime général ».

[...]

1 **Art. 32.** Les personnes qui ont bénéficié d'un remboursement de cotisations peuvent faire revivre les droits attachés initialement aux périodes d'assurance afférentes en restituant le montant des cotisations remboursées revalorisées suivant les modalités à fixer par règlement grand-ducal, à condition qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

2 Lorsqu'une demande de remboursement ultérieure porte sur des cotisations restituées, par dérogation à l'article 213 du Code de la sécurité sociale seule la moitié de la part des cotisations à supporter par les assurés conformément à l'article 240 est remboursée au demandeur.

1 **Art. 33.** L'article 7, alinéa 2 de la loi modifiée du 21 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs prend la teneur suivante:

2 « Les personnes qui ont bénéficié d'un remboursement de cotisations peuvent faire revivre les droits attachés à la partie non remboursée lorsqu'elles ont accompli une nouvelle période de quarante-huit mois au titre des articles 171, 173, et 173bis du Code de la sécurité sociale. En outre elles peuvent restituer le montant des cotisations remboursées revalorisées suivant les modalités à fixer par règlement grand-ducal ».

---

1) ***L. 28.7.00,38 alinéa 2:***
L'article 22, alinéa 3 de la présente loi ne s'applique qu'en cas d'échéance de l'une des deux pensions de survie après son entrée en vigueur (1.9.2000).

Art. 34. Les personnes qui ont bénéficié d'une indemnité prévue par l'article 16 de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, tel qu'il a été abrogé par la loi du 25 juillet 1985, ainsi que par les dispositions afférentes de la législation régissant les autres régimes transitoires spéciaux peuvent couvrir rétroactivement conformément à l'article 174 du Code de la sécurité sociale les périodes de service afférentes ainsi que, le cas échéant, les périodes au cours desquelles elles ont abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour raisons familiales, à condition qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

Art. 35. Pour les personnes visées à l'article 173bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, les périodes d'occupation auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, peuvent être couvertes moyennant un achat rétroactif au titre de l'article 174 du même code. L'alinéa 2 de l'article 174 est applicable. L. 19.12.08,I,10°

Art. 36. La limite d'âge de soixante-cinq ans, prévue aux articles 32 et 34 qui précèdent ainsi qu'à l'article 174, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, ne s'applique pas aux personnes qui ont dépassé cet âge entre le 1er janvier 1999 et l'entrée en vigueur de la présente loi, à condition qu'elles présentent la demande afférente dans un délai d'une année à partir de cette entrée en vigueur. L. 28.7.00

Art. 37. Dans toute disposition légale ou réglementaire future, la référence à la présente loi pourra se faire sous forme abrégée en utilisant les termes « loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ».

[...]

Loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation

NOTE: Voir sous « Revenu d'inclusion sociale et prestations diverses »

Loi du 25 juillet 2002 [1)] concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle

NOTE: Voir sous « Lois - Assurance maladie »

1) *Abrogée par L. 31.7.06, article 2 point 46 à partir du 1.9.06. Les dispositions afférentes sont reprises dans le Code du travail, Livre V, titre V.*

Code civil

SOMMAIRE

LIVRE Ier - DES PERSONNES

TITRE VI - **Du divorce**

Chapitre II - Des conséquences du divorce

Section II - Dispositions applicables au divorce pour rupture irrémédiable des relations conjugales

Paragraphe 3 - De la créance liée au droits de pension *Art. 252*

LIVRE Ier - Des personnes

[...]

Titre VI - Du divorce

[...]

Chapitre II - Des conséquences du divorce

[...]

Section II - Dispositions applicables au divorce pour rupture irrémédiable des relations conjugales

[...]

Paragraphe 3. - De la créance liée aux droits de pension

Art. 252.

(1) En cas d'abandon ou de réduction de l'activité professionnelle par un conjoint au cours du mariage pendant une période qui prend fin au plus tard à la date de la requête de divorce, celui-ci peut demander, avant le jugement de divorce et à condition qu'au moment de la demande il n'ait pas dépassé l'âge de soixante-cinq ans, au tribunal de procéder ou de faire procéder au calcul d'un montant de référence, basé sur la différence entre les revenus respectifs des conjoints pendant la période d'abandon ou de réduction de l'activité professionnelle et destiné à effectuer un achat rétroactif auprès du régime général d'assurance pension, conformément à l'article 174 du Code de la sécurité sociale.

Les deux conjoints ont l'obligation de fournir au tribunal les informations et pièces relatives aux revenus à la base du calcul du montant de référence visé à l'alinéa qui précède ainsi que les informations et pièces relatives à la période d'abandon ou de réduction de l'activité professionnelle. Le tribunal fixe les revenus et la période à considérer pour le calcul.

(2) Aux fins de l'achat rétroactif auprès du régime général d'assurance pension, le conjoint qui a abandonné ou réduit son activité dispose d'une créance envers l'autre conjoint à hauteur de cinquante pourcent du montant de référence visé au paragraphe 1er, considéré dans les limites de l'actif constitué des biens communs ou indivis disponible après règlement du passif.

(3) Un montant équivalent à la créance visée au paragraphe 2 est à charge du conjoint créancier.

(4) Le conjoint qui a abandonné ou réduit son activité peut renoncer à l'achat rétroactif visé au paragraphe 1 er. Cette renonciation peut intervenir jusqu'au jugement de divorce. Elle ne peut intervenir avant l'introduction de la requête de divorce.

(5) Les montants visés aux paragraphes 2 et 3 sont versés à la Caisse nationale d'assurance pension, sauf justification légitime, au plus tard dans les trois mois qui suivent la clôture de la liquidation et du partage des biens communs ou indivis ou la date de la décision fixant la créance visée au paragraphe 2, selon ce qui survient en dernier.

Le conjoint débiteur en vertu du paragraphe 2 est valablement libéré par le paiement effectué entre les mains soit du conjoint créancier, soit de la Caisse nationale d'assurance pension.

(6) À défaut pour le conjoint créancier d'effectuer le versement à la Caisse nationale d'assurance pension, le conjoint débiteur peut demander la restitution du montant par lui versé.

(7) Un règlement grand-ducal précise la méthodologie de calcul du montant de référence, les revenus entrant en compte et les modalités de versement des montants dus et de leur restitution. R. 11.11.18

[...]

PRESTATIONS FAMILIALES

Loi du 20 juin 1977[1)] ayant pour objet: 1)d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2)de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir Livre IV du présent recueil.

Loi du 30 avril 1980[1)] portant création d'une allocation de maternité

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir Livre IV du présent recueil.

Loi du 19 juin 1985[1)] concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir Livre IV du présent recueil.
L. 13.5.08, 16:
L'ancien alinéa 4 de l'article 3 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse nationale des prestations familiales demeure applicable pour les personnes bénéficiaires de l'allocation familiale et de l'allocation spéciale supplémentaire au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
Toutefois, ces allocations ne sont plus dues lorsque la personne handicapée est admise soit au bénéfice du revenu pour salariés handicapés ou du revenu pour personnes gravement handicapées visés par la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, soit à un revenu garanti ou de remplacement ou à toute prestation pour adultes handicapés prévus par un régime non luxembourgeois.
Ancien alinéa 4 de l'article 3 de la loi modifiée du 19 juin 1985:
L'allocation est pareillement maintenue jusqu'à l'âge de vingt-sept ans accomplis au plus pour la personne atteinte depuis sa minorité d'une ou de plusieurs affectations telles que définies à l'article 4, alinéa 5 et qui suit une formation adaptée à ses capacités dans un institut, serivce ou centre d'éducation différenciée, conformément à la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé par le ministre ayant la Famille dans ses attributions, ou dans un établissement équivalent sis à l'étranger, pour autant que cette personne ne soit bénéficiaire ni du revenu pour salariés handicapés ou du revenu pour personnes gravement handicapées visées par la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou de revenus de toute nature égaux ou supérieurs à ce revenu, ni d'un revenu garanti ou de remplacement ou de toute prestation pour adultes handicapés prévus par un régime non luxembourgeois. Le conseil d'administration peut, à titre exceptionnel et individuel, relever la limite d'âge jusqu'à concurrence de trois années au plus. Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'application des présentes dispositions.

Loi du 14 juillet 1986[1)] concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir Livre IV du présent recueil.

Loi du 1er août 1988[1)] portant création d'une allocation d'éducation

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir Livre IV du présent recueil.

Loi du 12 février 1999[1)] portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales

1) La loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales est abrogée par la loi du 15 décembre 2017 portant modification 1. du Code du travail; 2. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d' un Code du travail, et abrogeant 3. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales. Pour le congé parental voir livre IV du Code de la sécurité sociale et articles L. 234-43 à L. 234-49 du Code du travail. Pour le congé pour raisons familiales voir articles L. 234-50 à L. 234-55 du Code du travail.

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail

Congé parental

SOMMAIRE

LIVRE II - REGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

TITRE III - **Repas, congés et jours fériés légaux**

Chapitre IV - Congés spéciaux

Section 6 - Congé parental Art. L. 234 - 43 - L. 234 - 49

LIVRE II - REGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

L. 31.7.06,annexe

[...]

TITRE III - **Repas, congés et jours fériés légaux**

[...]

Chapitre IV - **Congés spéciaux**

[...]

Section 6 - Congé parental

L. 3.11.16,1er,1°

Art. L. 234-43. (1) Tout parent a droit, suite à la naissance ou à l'adoption d'un ou de plusieurs enfants, à un congé parental tant que les enfants n'ont pas atteint l'âge de six ans aux conditions et dans les limites de la présente loi. Le délai de six ans est porté à douze ans pour les parents d'un ou de plusieurs enfants adoptés.

Peut prétendre au congé parental tout parent, pour autant qu'il

- est affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise au moment de la naissance ou de l'accueil du ou des enfants à adopter et sans interruption pendant au moins douze mois continus précédant immédiatement le début du congé parental, soit au sens de l'article 1er, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale moyennant un ou plusieurs contrats de travail totalisant au moins dix heures de travail par semaine, soit au sens de l'article 1er, alinéa 1, sous 2) ou 10) du Code de la sécurité sociale;
- est occupé, en cas d'activité salariale, du chef d'un ou de plusieurs contrats de travail ou d'un contrat d'apprentissage pendant toute la durée du congé parental;
- n'exerce aucune activité professionnelle pendant la durée du congé parental à plein temps ou exerce pendant la durée du congé parental à temps partiel une activité professionnelle à temps partiel auprès du même employeur sans que la durée mensuelle totale de travail effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée de travail presté avant le congé parental ou réduit sa durée de travail soit à raison de vingt pourcent par semaine, soit sur quatre périodes d'un mois pendant une période maximale de vingt mois;
- élève dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonne principalement à leur éducation pendant la durée du congé parental.

(2) La condition d'affiliation continue pendant les douze mois précédant immédiatement le début du congé parental ne vient pas à défaillir par une ou plusieurs interruptions ne dépassant pas sept jours au total.

La période d'affiliation au titre d'une mesure en faveur de l'emploi organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi conformément aux articles L. 523-1 (2), L. 524-1, L. 524-2 à L. 524-7, L. 543-1 à L. 543-13, L. 543-14 à L. 543-28, L. 551-11 du Code du travail et d'une activité d'insertion professionnelle organisée par l'Office national d'inclusion sociale conformément à l'article 10 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti précédant immédiatement une période couverte par un contrat de travail conclu avec le même employeur ou, le cas échéant, avec le promoteur de la mesure ou l'organisme d'affectation est prise en considération au titre de durée d'affiliation requise par le paragraphe 1er ci-avant.

La condition d'affiliation auprès d'un même employeur est présumée remplie si par suite de cession, fusion ou de transfert d'entreprise, le parent salarié est transféré sans interruption à un autre poste de travail.

Si le parent change d'employeur au cours de la période de douze mois précédant le congé parental ou pendant la durée de celui-ci, le congé peut être alloué sous réserve de l'accord du nouvel employeur.

Art. L. 234-44. (1) Chaque parent, remplissant les conditions prévues à l'article L. 234-43, a droit, à sa demande, à un congé parental à plein temps de quatre ou de six mois par enfant. L. 3.11.16,1er,2°

(2) Chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est égale à la durée normale de travail applicable dans l'établissement / l'entreprise en vertu de la loi ou de la convention collective, peut prendre, en accord avec l'employeur, un congé parental sous les formes suivantes:

1. un congé parental fractionné avec réduction de la durée de travail à raison de vingt pourcent par semaine pendant une période de vingt mois;
2. un congé parental fractionné sur quatre périodes d'un mois pendant une période maximale de vingt mois.

(3) Chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est égale ou supérieure à la moitié de la durée normale de travail applicable dans l'établissement / l'entreprise en vertu de la loi ou de la convention collective, peut prendre, en accord avec l'employeur, un congé parental à temps partiel de huit ou de douze mois. Dans ce cas, l'activité

professionnelle doit être réduite de la moitié de la durée de travail presté avant le congé parental déterminée suivant le premier alinéa du paragraphe 5 ci-dessous.

(4) Chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est inférieure à la moitié de la durée normale de travail applicable dans l'établissement / l'entreprise en vertu de la loi ou de la convention collective, a droit à un congé parental conformément aux dispositions du paragraphe 1er du présent article.

En cas de pluralité de contrats de travail, le parent a droit à un congé parental conformément aux dispositions du paragraphe 1er du présent article.

(5) Est considérée comme durée de travail du parent salarié la durée prévue au contrat de travail. En cas de changement de cette durée au cours de l'année qui précède le début du congé parental, est prise en compte la moyenne calculée sur l'année en question.

Pour l'application des paragraphes 2, 3 et 4, est prise en compte la durée de travail applicable au parent bénéficiaire à la date de la notification de la demande à l'employeur. Toutefois, le parent a droit uniquement au congé parental, conformément au paragraphe 1er, si entre le moment de la notification de la demande de congé parental et le début du congé parental, les conditions de durée d'application prévues aux paragraphes 2 et 3 ne sont plus remplies.

(6) Le parent détenteur d'un contrat d'apprentissage peut prétendre au congé parental à temps plein de quatre ou six mois par enfant.

(7) En cas de naissance multiple ou d'adoption multiple, le droit au congé parental est ouvert pour chacun des enfants de la même naissance ou adoption.

(8) Le droit au congé parental prend fin lorsque l'une des conditions prévues à l'article L. 234-43 cesse d'être remplie.

(9) Pour les formes de congé parental prévues au paragraphe 2, un plan de congé parental déterminant les périodes de congé parental effectives est arrêté et signé d'un commun accord par l'employeur et le parent endéans un délai de quatre semaines à dater de la demande du parent. Cet accord s'étend sur toute la période du congé parental arrêté. Des modifications éventuelles, à approuver d'un commun accord entre le parent et l'employeur, ne sont possibles que pour des aménagements d'horaires ou de mois de calendrier.

Si l'employeur refuse l'octroi du congé parental sous une de ces formes, il doit en informer le parent bénéficiaire par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard dans les deux semaines de la demande et inviter le parent à un entretien endéans un délai de deux semaines à partir de cette notification.

Dans le cadre de cet entretien, l'employeur doit motiver sa décision et proposer au parent par écrit une forme alternative de congé parental ou un plan de congé parental différent par rapport à celui demandé par le parent. Si deux semaines après cet entretien les deux parties n'arrêtent et ne signent aucun plan de congé parental, le parent a droit au congé parental suivant son choix de six mois ou de quatre mois à plein temps prévu au paragraphe 1er.

Art. L. 234-45. (1) L'un des parents doit prendre son congé parental consécutivement au congé de maternité ou au congé d'accueil, appelé ci-après «premier congé parental», sous peine de la perte dans son chef du droit au congé parental. L. 3.11.16,1er,3°

Par exception à l'alinéa précédent, le parent qui remplit les conditions pour l'octroi d'un congé parental et qui vit seul avec son ou ses enfants ne perd pas le droit au premier congé parental s'il ne le prend pas consécutivement au congé de maternité ou au congé d'accueil.

Au cas où un congé de maternité ou d'accueil n'est pas dû ou n'a pas été pris, le congé parental éventuellement dû au titre du présent paragraphe doit être pris à partir du premier jour de la troisième semaine qui suit l'accouchement ou, en cas d'adoption, à partir de la date du jugement d'adoption.

Si les deux parents, remplissant les conditions, demandent simultanément le congé parental, ils indiquent dans leurs demandes respectives lequel des deux prend le premier congé parental et celui qui prend le deuxième congé parental. A défaut de commun accord, le premier congé parental revient à celui des parents dont le nom patronymique est le premier dans l'ordre alphabétique.

(2) Le parent qui entend exercer son droit au premier congé parental doit notifier sa demande à son employeur, par lettre recommandée à la poste avec avis de réception deux mois avant le début du congé de maternité. En cas d'adoption et par exception, le parent adoptant qui entend exercer son droit au premier congé parental doit notifier sa demande à son employeur dans les mêmes conditions de forme avant le début du congé d'accueil.

(3) L'employeur est tenu d'accorder le premier congé parental à plein temps demandé. Il peut refuser le congé si la demande n'a pas été faite dans les formes et délais prévus, sauf dans le cas visé au paragraphe 4 de l'article L. 234-47.

Art. L. 234-46. (1) Le parent qui n'a pas pris le premier congé parental, peut prendre son congé parental jusqu'à l'âge de six ans accomplis de l'enfant. En cas d'adoption d'un enfant, le congé parental peut être pris endéans une période de six ans à compter de la fin du congé d'accueil ou, si un congé d'accueil n'a pas été pris, à partir de la date du jugement d'adoption et ce jusqu'à l'âge de douze ans accomplis de l'enfant. L. 3.11.16,1er,4°

Le début de ce congé parental, appelé «deuxième congé parental» doit se situer avant la date du sixième, respectivement du douzième anniversaire de l'enfant.

(2) Le parent qui entend exercer son droit au deuxième congé parental doit notifier sa demande à son employeur, par lettre recommandée à la poste avec avis de réception, au moins quatre mois avant le début du congé parental.

(3) L'employeur est tenu d'accorder le deuxième congé parental à plein temps demandé. Il peut refuser le congé si la demande n'a pas été faite dans les formes et délais prévus, sauf dans le cas visé au paragraphe 4 de l'article L. 234-47.

Il peut exceptionnellement requérir le report du deuxième congé parental à une date ultérieure dans les conditions spécifiées ci-après. La décision de report doit être notifiée au parent par lettre recommandée à la poste avec avis de réception au plus tard dans les quatre semaines de la demande.

Le report du congé sollicité ne peut avoir lieu que pour les raisons et dans les conditions suivantes:

- lorsqu'une proportion significative d'une entreprise ou d'un département d'entreprise demande le congé parental simultanément et que de ce fait l'organisation du travail serait gravement perturbée;
- lorsque le remplacement de la personne en congé ne peut être organisé pendant la période de notification en raison de la spécificité du travail effectué par le demandeur ou d'une pénurie de main-d'oeuvre dans la branche visée;
- lorsque le travail est de nature saisonnière et que la demande porte sur une période se situant dans une période de nature saisonnière;
- lorsque le salarié est un cadre supérieur qui participe à la direction effective de l'entreprise;
- lorsque l'entreprise occupe régulièrement moins de quinze salariés liés par un contrat de travail.

(4) Aucun report n'est justifié en cas de survenance d'un événement grave, dont les conséquences sont en relation avec l'enfant et pour lequel l'assistance et l'intervention ponctuelles extraordinaires de la part du salarié s'avèrent indispensables, notamment:

- en cas de soins ou d'assistance lors d'une maladie ou d'un accident graves de l'enfant nécessitant la présence permanente d'un parent, justifiée par certificat médical;en raison de problèmes scolaires ou de troubles de comportement d'un enfant justifiés par un certificat délivré par l'autorité scolaire compétente.

Le report n'est plus possible après que l'employeur a donné son accord ou en cas d'absence de réponse dans les quatre semaines.

Lorsque le salarié travaille auprès de plusieurs employeurs, le report n'est pas possible en cas de désaccord entre les employeurs.

En cas de report du congé, l'employeur doit proposer au salarié dans le délai d'un mois à partir de la notification une nouvelle date pour le congé qui ne peut se situer plus de deux mois après la date du début du congé sollicité, sauf demande expresse de celui-ci. Dans ce cas, la demande du salarié ne peut plus être refusée.

Lorsque le travail est de nature saisonnière, il peut être reporté jusqu'après la période de nature saisonnière. Pour une entreprise occupant moins de quinze salariés, le délai de report de deux mois est porté à six mois.

La délégation du personnel, s'il en existe, est informée par l'employeur de tout report d'un congé parental. Le salarié concerné, la délégation du personnel, le délégué à l'égalité ou les syndicats bénéficiant de la représentativité nationale générale ou de la représentativité dans un secteur particulièrement important de l'économie au titre des articles L. 161-5 et L. 161-6, liés par convention collective de travail à l'entreprise et représentés au sein de la délégation du personnel, peuvent saisir l'Inspection du travail et des mines s'ils estiment que le motif du report n'est pas justifié. Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou son délégué peut prévenir ou aplanir les divergences.

Si aucun accord n'est trouvé dans la huitaine sur la validité du motif du report, l'une des parties peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail, qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de prononcer la nullité du report et d'ordonner le droit au congé parental dans le délai choisi.

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision: elle est susceptible d'appel qui est porté, par simple requête, dans les quinze jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les recours en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Art. L. 234-47. (1) Le congé parental ne peut pas être accordé deux fois au même parent pour le ou les mêmes enfants. L. 3.11.16,1er,5°

(2) Le congé parental qui n'est pas pris par l'un des parents n'est pas transférable à l'autre parent.

(3) Le congé parental entamé prend fin à la date de décès de l'enfant ou lorsque le tribunal saisi de la procédure d'adoption ne fait pas droit à la demande. Dans ce cas, le bénéficiaire réintègre son emploi au plus tard un mois après la date de décès ou le rejet de la demande d'adoption.

En cas de décès d'un enfant, d'une naissance ou adoption multiple avant la période d'extension du congé parental, la durée du congé est réduite en conséquence.

Lorsque l'employeur a procédé au remplacement du bénéficiaire pendant la durée du congé parental, celui-ci a droit, dans la même entreprise, à une priorité d'affectation à tout emploi similaire vacant correspondant à ses qualifications et assorti d'un salaire au moins équivalent. En cas d'impossibilité de pouvoir occuper un tel emploi, le congé parental est prolongé sans pouvoir dépasser son terme initial.

(4) En cas de décès de la mère avant l'expiration du congé de maternité ou en cas de décès du parent bénéficiaire du premier congé parental avant l'expiration de celui-ci, l'autre parent peut prendre son congé parental consécutivement au décès, après en avoir dûment informé l'employeur. La même disposition s'applique à l'autre parent en cas de décès du parent bénéficiaire avant l'expiration du congé parental de celui-ci.

(5) Pendant la durée du congé parental à plein temps, le contrat de travail est suspendu intégralement. Pendant la durée du congé parental à temps partiel ou les périodes du congé parental fractionné, le contrat de travail est suspendu partiellement ou proportionnellement. Pendant le contrat d'apprentissage, la durée de la formation professionnelle de base, ainsi que celle de la formation professionnelle initiale se prolongent du congé parental accordé.

(6) En cas de grossesse ou d'accueil d'un enfant pendant le congé parental donnant droit, pour le même parent, au congé de maternité ou d'accueil, celui-ci interrompt le congé parental. La fraction du congé parental restant à courir est rattachée au nouveau congé de maternité. Le nouveau congé parental consécutif au congé de maternité auquel pourra prétendre l'un des parents est alors reporté de plein droit jusqu'au terme de la fraction du congé parental rattachée au congé de maternité et doit être pris consécutivement à celle-ci.

(7) Le congé parental ne donne pas droit au congé annuel légal de récréation. Le congé annuel légal de récréation non encore pris au début du congé parental est reporté dans les délais légaux.

(8) A partir du dernier jour du délai pour le préavis de notification de la demande du congé parental et pendant toute la durée du congé, l'employeur n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable tel que prévu par l'article L. 124-2. La résiliation du contrat de travail effectuée en violation du présent article est nulle et sans effet.

Dans les quinze jours qui suivent le licenciement, le salarié peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail, qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de constater la nullité du licenciement et d'ordonner le maintien de son contrat de travail.

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision: elle est susceptible d'appel qui est porté, par simple requête, dans les quinze jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les recours en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

(9) Pendant la durée du congé parental, l'employeur est tenu de conserver l'emploi du salarié ou, en cas d'impossibilité, un emploi similaire correspondant à ses qualifications et assorti d'un salaire au moins équivalent.

La durée de congé parental est prise en compte dans la détermination des droits liés à l'ancienneté. Le salarié conserve en outre le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

(10) En exécution de l'article L. 162-12, paragraphe 5, les salariés bénéficiant d'un congé parental ont droit à l'accès aux mesures de formation continue organisées ou offertes par l'employeur, afin de suivre l'évolution de la technique et des procédés de production.

Sans préjudice de l'alinéa qui précède, l'employeur et le salarié bénéficiaire du congé parental peuvent stipuler d'un commun accord, par avenant au contrat de travail, à signer au plus tard un mois avant le début du congé parental, que le salarié assistera à des manifestations organisées par ou à la demande de l'employeur, et notamment des réunions de service, des réunions ou séances d'information sur, notamment, l'évolution de l'entreprise, l'évolution des procédures ou des techniques, le fonctionnement du service ou de l'entreprise, l'introduction d'innovations, ainsi que des formations continues susceptibles de garantir ou d'améliorer l'employabilité du salarié à la reprise de son travail.

L'avenant fixe le nombre, les horaires et les autres modalités des mesures prévues à l'alinéa qui précède.

Les mesures prévisées ne peuvent pas avoir pour but ou pour effet la participation du salarié au travail normal et courant de l'entreprise, ni à l'exécution de surcroîts de travail. La violation de cette disposition donne droit à des dommages-intérêts au profit du salarié.

Le salarié peut dénoncer unilatéralement l'avenant visé à l'alinéa 2 qui précède. Cette dénonciation se fera soit par lettre recommandée à la poste, soit par remise en mains propres de l'employeur ou de son représentant, soit par courrier électronique, le tout avec accusé de réception. La dénonciation ne donnera lieu à aucune sanction ni civile, ni pénale et ne constituera pas un motif de licenciement.

(11) Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé parental a droit à un entretien avec son employeur ayant pour objet de demander l'aménagement de son horaire et/ou de son rythme de travail pendant une période déterminée ne pouvant pas dépasser la durée d'une année à compter de la date fixée pour le retour au travail. L'employeur examine sa demande et y répond en tenant compte de son propre besoin et de ceux du salarié. En cas de rejet de la demande faite par le salarié, l'employeur est tenu de motiver son rejet.

La violation des obligations imposées par l'alinéa qui précède donne droit à des dommages-intérêts au profit du salarié, à fixer par le tribunal du travail.

(12) La période de congé parental est prise en compte comme période de stage pour l'indemnité pécuniaire de maternité, pour l'indemnité de chômage et un nouveau congé parental.

(13) A l'expiration du congé parental, le bénéficiaire est tenu de reprendre incessamment son emploi sous réserve de la faculté laissée au salarié de mettre fin à son contrat de travail dans les formes prévues par les articles L. 124-4 et L. 124-13.

Le salarié dont le contrat est suspendu suite à la prise d'un congé parental et qui ne souhaite pas reprendre son emploi à l'expiration du congé est tenu d'en informer l'employeur, moyennant lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai égal à celui qu'il devrait respecter en cas de démission conformément à l'article L. 124-4, alinéa 2.

Toutefois, l'obligation visée à l'alinéa qui précède ne dispense pas le salarié de notifier en due forme à l'employeur la résiliation du contrat, la notification ne pouvant cependant avoir lieu qu'au plus tôt le premier jour du préavis prévu à l'article L. 124-4.

Le défaut non justifié par un motif grave et légitime de reprise du travail à l'expiration du congé parental en l'absence de l'information ou de la notification de la démission conformément aux alinéas qui précèdent constitue un motif légitime de résiliation du contrat de travail avec effet immédiat pour motif grave par l'employeur.

(14) Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail par l'employeur pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

Art. L. 234-48. Dans le cas d'un salarié lié par un contrat à durée indéterminée comportant une clause d'essai, le droit au congé parental ne peut prendre effet et le congé ne peut être demandé qu'après l'expiration de la période d'essai. L. 3.11.16,1er,6°

Art. L. 234-49. (article abrogé) L. 3.11.16,1er,7°

Loi du 21 décembre 2007[1)] portant création d'un boni pour enfant

1) *Loi abrogée par L. 23.7.2016 (Mém. A 138 du 28 juillet 2016, p. 2348).*

Loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19 [1)]

1) *Pour la période antérieure il y a lieu de se reporter à R 3.4.20 (Jo, Mém. A 237 du 3 avril 2020)*
L. 20.6.20,6 : *La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et cesse ses effets cinq mois après son entrée en vigueur.*
L. 23.11.2020, 1er : *À l'article 6 de la loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19, la partie de phrase « cinq mois après son entrée en vigueur » est remplacée par les termes « le 25 mai 2021 ». (JO, Mém. A 922 du 23 novembre 2020)*
L.15.12.20,1er, 2 et 3
Art. 1er.
Le Gouvernement est autorisé à participer au financement des mesures suivantes prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 :
(...)
3° le congé pour soutien familial introduit successivement par le règlement grand-ducal modifié du 3 avril 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et par la loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19.
Art. 2.
Les dépenses totales engagées au titre des mesures énumérées à l'article 1er à hauteur de 386 000 000 euros sont à charge du budget de l'État.
La participation de l'État à verser à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie-maternité est échelonnée comme suit :
1° exercice budgétaire 2020 : 200 000 000 euros ;
2° exercice budgétaire 2021 : 62 000 000 euros ;
3° exercice budgétaire 2022 : 62 000 000 euros ;
4° exercice budgétaire 2023 : 62 000 000 euros.
Art. 3.
Après l'article budgétaire 17.5.42.005 de la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020 est inséré l'article budgétaire 17.5.42.006 nouveau, libellé comme suit :
« – 17.5.42.006 – Participation de l'État au financement de l'assurance-maladie : dotation pour dépenses liées aux mesures Covid-19. Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice : 200.000.000 euros ».
L. 20.5.21,1er,2
Art. 1er
À l'article 6 de la loi modifiée du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19, les termes « 25 mai » sont remplacés par les termes « 25 novembre ».
Art. 2.
La présente loi entre en vigueur le 25 mai 2021.

Art. 1er. Définitions

Aux fins de la présente loi, on entend par :

1° « service agréé » :

a) tout service de formation, d'emploi ou d'activité de jour pour personnes en situation de handicap ainsi que tout centre psycho-gériatrique pour personnes âgées agréés conformément à l'article 1er, alinéa 2, de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique ;

b) tout service comparable à ceux énumérés à la lettre a) agréé par une autorité compétente d'un État membre de l'Union européenne ;

2° « ministre » : le ministre ayant la Politique pour personnes handicapées et la Politique pour personnes âgées dans ses attributions ;

3° « personne majeure en situation de handicap » : toute personne en situation de handicap, âgée d'au moins dix-huit ans, usager d'un service agréé ;

4° « personne âgée » : toute personne âgée faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité, usager d'un service agréé ;

5° « salarié » : toute personne engagée par un employeur du secteur privé dont les relations de travail sont régies par le statut de salarié tel qu'il résulte du livre premier, titre II, du Code du travail ;

6° « travailleur indépendant » : toute personne qui exerce au Grand-Duché de Luxembourg pour son 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 ;

7° « agent public » : les agents de l'État, les agents de la Couronne, de la Chambre des députés, des établissements publics, les agents des communes, syndicats de communes et établissements publics placés sous la surveillance des communes ainsi que les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois ;

8° « congé pour soutien familial » : un congé rémunéré pouvant être attribué à un salarié, à un travailleur indépendant ou à un agent public qui s'occupe d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19 suite à la fermeture temporaire d'un service agréé.

Art. 2. Conditions d'obtention du congé pour soutien familial

(1) Peut prétendre au congé pour soutien familial, le salarié, le travailleur indépendant ou l'agent public lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

1° le service agréé a procédé à l'arrêt de ses activités ou d'une partie de ses activités dans le contexte de la pandémie Covid-19 ;

2° le salarié, le travailleur indépendant ou l'agent public s'occupe à domicile de la personne majeure en situation de handicap ou de la personne âgée avec laquelle il réside.

(2) Le salarié, le travailleur indépendant ou l'agent public demande au ministre d'attester la nécessité du congé pour soutien familial. La demande est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

1° un certificat de résidence du demandeur et de la personne à encadrer ;

2° une attestation d'inscription de la personne encadrée au service agréé ou une copie du contrat de travail du salarié handicapé travaillant dans un atelier protégé ou autre service d'emploi ;

3° une attestation de la part du service agréé concerné confirmant que la personne âgée ou la personne majeure en situation de handicap ne dispose plus de place pour cause de fermeture totale ou partielle du service agréé ;

4° une description des missions du service agréé situé en dehors du Luxembourg.

Si les conditions prévues au paragraphe 1er sont remplies, le ministre renvoie un certificat signé, en deux exemplaires, au demandeur, qui vaut certificat médical au sens de l'article L. 121-6, paragraphe 2, du Code du travail à l'égard de l'employeur ou des employeurs et de la Caisse nationale de santé, ci-après « CNS ».

(3) Le salarié et l'agent public sont obligés, le jour même de leur absence, d'en avertir personnellement ou par personne interposée respectivement l'employeur ou les employeurs, le représentant de celui-ci ou de ceux-ci ou le chef d'administration. Cet avertissement est effectué oralement ou par écrit.

(4) Le certificat est à transmettre sans délai à l'employeur ou aux employeurs et à la CNS. L'agent public transmet le certificat sans délai au chef d'administration.

Art. 3. Modalités du congé pour soutien familial

(1) Le congé prend fin si le service agréé notifie au ministre la reprise de ses activités ou d'une partie de ses activités et la disponibilité pour l'usager d'une place dans le service agréé.

(2) Le congé pour soutien familial peut être fractionné. Plusieurs salariés, travailleurs indépendants ou agents publics ne peuvent pas demander, en même temps, le congé pour s'occuper des mêmes personnes majeures en situation de handicap ou personnes âgées.

(3) La période du congé pour soutien familial est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Pendant cette durée, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection au travail relatives à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident sont applicables aux bénéficiaires du congé pour soutien familial.

(4) Le montant des indemnités pécuniaires payées à titre de congé pour soutien familial est entièrement à charge de l'État.

Par dérogation à l'article 9 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire de maladie est également due pendant les périodes de congé pour soutien familial.

Par dérogation à l'article 54, alinéas 1er et 2, et à l'article 12, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs assure également :

1° le remboursement intégral du salaire et autres avantages, les charges patronales incluses, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant le congé pour soutien familial ;

2° le paiement aux travailleurs indépendants du montant intégral des indemnités pécuniaires dues à titre du congé pour soutien familial pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale.

Art. 4. Protection contre le licenciement abusif du salarié

(1) L'employeur, averti conformément à l'article 2, paragraphe 3, n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2 du Code du travail.

Toutefois, les dispositions de l'alinéa 1er cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si le certificat visé à l'article 2, paragraphe 2, alinéa 2, n'est pas présenté. Les dispositions de l'alinéa 1er ne sont pas non plus applicables si l'avertissement, sinon la présentation du certificat visé à l'article 2, paragraphe 2, alinéa 2, sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(2) Les dispositions du paragraphe 1er, alinéa 1er, ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié. Restent également applicables les dispositions de l'article L. 125-1 et de l'article L. 121-5, paragraphe 2, alinéa 4, du Code du travail.

(3) La résiliation du contrat de travail effectuée en violation des dispositions des paragraphes 1er et 2 est abusive.

(4) L'article L.121-6, paragraphe 3, alinéa 2, du Code du travail n'est pas applicable au congé pour soutien familial pour autant qu'il prévoit, au profit du salarié, le maintien intégral de son traitement pour la fraction du mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents.

Art. 5. Voies de recours

Tout litige relatif au congé pour soutien familial relevant d'un contrat de travail entre un employeur et son salarié relève de la compétence des tribunaux du travail.

CHÔMAGE

Loi du 26 juillet 1975[1)] autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles et assurer le maintien de l'emploi

1) *Abrogée par L. 31.7.06, article 2 point 11 et insérée au Code du travail (Livre V, Titre premier, Chapitre premier). Les dispositions afférentes sont reproduites ci-après.*

Loi du 30 juin 1976[1)] portant 1.création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet

1) *Par L. 31.7.06 article 2 point 14 les articles 1er et 2 paragraphes (1) et (2), alinéas 1 à 5, les articles 11 à 16, 18 à 28 et 30 à 48 ont été abrogés et insérés au Code du travail. Les articles correspondants du Code du travail ainsi que les articles maintenus en vigueur de la loi modifiée, du 30 juin 1976 sont reproduits ci-après.*

Art. 3. Le fonds pour l'emploi est alimenté par les ressources ci-après: L. 12.5.87

1) par des cotisations spéciales à charge des employeurs, à l'exception de l'État, des communes, de la société nationale des chemins de fer et des établissements publics non soumis à l'impôt commercial communal sur le revenu et les capitaux d'exploitation, qui occupent sur le territoire luxembourgeois, autrement que de façon purement occasionnelle, une ou plusieurs personnes moyennant rémunération;
2) par des impôts de solidarité prélevés moyennant des majorations de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, et de l'impôt sur le revenu des collectivités;
3) par une contribution à charge des communes;
4) par un droit d'accise autonome additionnel prélevé sur les huiles minérales légères et les gasoils destinés à l'alimentation des moteurs de véhicules circulant sur la voie publique et utilisés comme carburant, dénommé contribution sociale; L. 17.6.94,10,1.
5) par une contribution à charge de l'État à fixer annuellement par la loi budgétaire. L. 12.5.87

Art. 4. 1. L'alimentation du fonds pour l'emploi se fait par exercice budgétaire. Elle est réduite ou suspendue par la loi budgétaire lorsqu'il est à prévoir qu'à la fin de l'exercice précédant celui qui est concerné par ladite loi, l'avoir du fonds atteindra ou dépassera un montant correspondant à la moyenne des dépenses de l'année de référence et des deux années précédentes.

2. L'avoir du fonds pour l'emploi visé au paragraphe 1 du présent article correspond à l'avoir provenant des ressources dont est question à l'article 3 et ne comprend pas les avances prévues à l'alinéa 2 du paragraphe 2 de l'article 9.

Art. 5. 1. Les cotisations spéciales dues pour les années d'alimentation du fonds de chômage sont fixées à 0,25 pour cent[1)] des salaires ou rémunérations cotisables auprès de la Caisse nationale d'assurance pension. L. 30.6.76

2. Ces cotisations sont perçues de la même façon que les cotisations dues à la Caisse nationale d'assurance pension. Elles sont recouvrées d'après les modalités et avec les garanties, privilèges et hypothèques applicables aux cotisations dues aux mêmes organismes. L'article 33 de la loi modifiée du 29 avril 1964 [2)] concernant les prestations familiales est applicable.

3. La fixation de l'assiette des cotisations peut être précisée par règlement grand-ducal.

4. Le produit des cotisations est versé directement, dans le mois suivant la perception ou le recouvrement, au fonds pour l'emploi.

Art. 6.1. Pour les années d'alimentation du fonds pour l'emploi, l'impôt sur le revenu des personnes physiques est porté à 107% du montant qui se dégage de l'application des dispositions des articles 118, 120, 120bis, 121, 131 et 157 à 157ter de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. Le même impôt est porté à 109% pour la tranche du revenu imposable ajusté dépassant respectivement 150.000 € en classes 1 et 1a ou 300.00 € en classe 2. L. 21.12.12,5,1°

2. Un règlement grand-ducal peut majorer les taux des différentes retenues prévues par la loi concernant l'impôt sur le revenu, sans que cette majoration puisse excéder 2,5 pour cent[3)]. Le même règlement peut prévoir que les barèmes de la retenue d'impôt sur les salaires et les pensions sont établis de façon à tenir compte de la majoration introduite par le paragraphe 1 du présent article et de celles décrétées en vertu de ce paragraphe. L. 30.6.76 R. 6.5.04

3. Le produit de la majoration d'impôt relatif à une année d'imposition est censé correspondre à 2,5 pour cent[3)] des recettes faites au titre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques durant l'année civile portant le même millésime.

4. A la fin de chaque trimestre, le produit ainsi déterminé est versé au fonds pour l'emploi.

5. Ce produit est déduit du produit global de l'impôt sur le revenu des personnes physiques avant le calcul de la participation des communes dans le produit de certains impôts de l'État.

Art. 7. 1. Pour les années d'alimentation du fonds pour l'emploi, l'impôt sur le revenu des collectivités est porté à 104 pour cent[3)] du montant qui se dégage de l'application des dispositions de l'article 174 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

2. Le produit de la majoration d'impôt relatif à une année d'imposition est censé correspondre à quatre pour cent [4)] des recettes faites au titre de l'impôt sur le revenu des collectivités durant l'année civile portant le même millésime.

3. A la fin de chaque trimestre, le produit ainsi déterminé est versé au fonds pour l'emploi.

4. Ce produit est déduit du produit global de l'impôt sur le revenu des collectivités avant le calcul de la contribution annuelle de l'État au fonds communal de péréquation conjoncturale prévue à l'article 2 de la loi modifiée du 11 décembre 1967.

---

1) Par L. 1.7.83 (Mém. A 48 du 1.7.1983, pages 1133 ss) ce taux à été réduit à zéro pour cent à partir du 1.1.1984.

2) Il y a lieu de lire « article 315, paragraphe 5 du Code de la sécurité sociale ».

*3) **L. 21.12.12,5,2°:***
A partir du 1er janvier 2013, les taux prévus aux articles 6, 7 et 8 sont fixés comme suit:
a) le taux prévu au paragraphe 2 de l'article 6 est porté de 6% à 9%;
b) le taux prévu au paragraphe 3 de l'article 6 est porté de 4,2% à 7,2%;
c) le taux prévu au paragraphe 1er de l'article 7 est porté de 105% à 107%;
d) le taux prévu au paragraphe 2 de l'article 7 est porté 5% à 7%;
e) le taux prévu au paragraphe 2 de l'article 8 est porté de 0% à 2%.

4) A voir note de bas de page n°3 page précédente.

Art. 7bis.[1)] L'assiette, le taux et les modalités de perception du droit d'accise autonome additionnel prélevé sur les huiles minérales légères et les gasoils destinés à l'alimentation des moteurs de véhicules circulant sur la voie publique et utilisés comme carburant, dénommé contribution sociale sont déterminés par l'article 3 de la loi du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques. L. 17.12.10,10

Art. 8. 1. La contribution à charge des communes est déterminée en fonction du produit de l'impôt commercial d'après le bénéfice et le capital d'exploitation, perçu pendant les années d'alimentation du fonds pour l'emploi. L. 30.6.76

2. La contribution de chaque commune est fixée à deux pour cent[1)] du montant d'impôt commercial lui revenant d'après l'article 7, alinéa 2, du règlement grand-ducal du 20 avril 1962 réglant, en matière d'impôt commercial, les ventilations et la participation des communes de résidence des salariés, le tout sans préjudice de la contribution annuelle des communes au fonds communal de péréquation conjoncturale prévue à l'article 2 de la loi modifiée du 11 décembre 1967.

3. Les contributions des communes sont retenues du montant d'impôt commercial visé à l'alinéa précédent et sont versées directement au fonds pour l'emploi.

4.[2)] Une contribution supplémentaire d'un maximum de 12 millions d'euros pour l'ensemble des communes est versée exclusivement par des communes déterminées au fonds pour l'emploi qui perçoivent des montants d'impôt commercial dépassant proportionnellement de façon substantielle la moyenne du pays. Un règlement grand-ducal fixe les modalités de calcul de la contribution supplémentaire. L. 19.12.14,14

Art. 9. 1. L'avoir disponible du fonds pour l'emploi peut être placé temporairement par le ministre des finances en vertu d'une délibération du Gouvernement en conseil. L. 30.6.76

2. Les revenus provenant de ces placements sont portés directement en recettes au fonds pour l'emploi. Il en est de même des excédents de recettes des comptables extraordinaires chargés éventuellement du paiement des dépenses énumérées à l'article 2 de la présente loi.

3. Au cas où les moyens du fonds pour l'emploi sont temporairement insuffisants pour couvrir les dépenses prévues à l'article 2, des avances peuvent être payées à charge du budget de l'État. Ces avances sont remboursables au fur et à mesure que le fonds pour l'emploi dispose des moyens nécessaires.

Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, une avance de six millions cent quatre-vingt dix-sept mille trois cent trente-huit euros et douze cents (6.197.338,12 €) est mise à la disposition du fonds pour l'emploi à charge du budget de l'État. Cette avance peut être convertie, par règlement grand-ducal, en dotation définitive de l'État par tranches annuelles de un million deux cent trente-neuf mille quatre cent soixante-sept euros et soixante-deux cents (1.239.467,62 €) au maximum.

Art. 10. A la demande du ministre compétent ou de sa propre initiative, le Comité permanent du Travail et de l'Emploi, créée par l'article 32 de la loi du 21 février 1976 [3)], peut faire, dans le cadre de sa compétence, des propositions en vue d'une mise en œuvre efficace des moyens d'intervention du fonds pour l'emploi.

---

1) ***L. 17.12.10,3:***
Droit d'accise autonome additionnel dénommé «contribution sociale»
(1) En vertu de l'article 7bis de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant:
1. création d'un fonds pour l'emploi;
2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, le taux de l'accise autonome additionnel dénommé «contribution sociale», qui ne peut pas être dépassé, est fixé comme suit par mille litres à la température de 15 degrés Celsius:
a) essence au plomb ..... 168,00 R
b) essence sans plomb ..... 168,00 R
c) gasoil ..... 50,00 R
(2) Les biocarburants et les bioliquides au sens de la directive 2009/28/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2009 qui respectent les critères de durabilité y prévus et utilisés à l'état pur, sont exonérés de l'accise.
(3) Les taux et les conditions d'application du présent article sont arrêtés par voie de règlement grand-ducal. ***R. 17.12.10***
(4) Sont applicables au droit d'accise autonome les dispositions légales et réglementaires relatives au droit d'accise sur les produits énergétiques.
R. 17.12.10:
Art. 2. *Les produits énergétiques ci-après utilisés comme carburants, qui sont mis à la consommation dans le pays et destinés à l'alimentation des moteurs de véhicules circulant sur la voie publique, sont soumis à un droit d'accise autonome additionnel dénommé contribution sociale fixé aux taux suivants par 1.000 litres à la température de 15 degrés Celsius:*
a) Essence au plomb ..... 138,17 R
b) Essence sans plomb avec une teneur en soufre de moins de 50 mg/kg ..... 138,17 R
c) Gasoil avec une teneur en soufre de moins de 50 mg/kg ..... 31,20 R

2) La loi du 19.12.14,14 prévoit que l'article 8 est complété par un nouveau point 3 tandis qu'il faudrait compléter l'article 8 par un nouveau point 4. Le point 3 a été inséré par rectificatif (Mém. A 42 du 26 juillet 1976, p. 738) et n'a jamais été abrogé.

3) Par L. 18.1.12 la loi du 21 février 1976 concernant l'organisation et le fonctionnement de l'Administration de l'emploi et portant création d'une commission nationale de l'emploi a été abrogée.

Loi du 24 décembre 1990[1)] sur la préretraite

1) *Abrogée par L. 31.07.2006, article 2, point 25 et insérée au Code du travail (Livre V, Titre VIII). Les dispositions afférentes sont reproduites ci-après.*

Loi du 25 avril 1995[1)] ayant trait à l'octroi d'une indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage involontaire et en cas de chômage accidentel ou technique involontaire

1) Abrogée par L. 31.7.06, article 2 point 33 et insérée au Code du travail, (Livre V, Titre III). Les dispositions afférentes sont reproduites ci-après.

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail

Prévention des licenciements et maintien de l'emploi

Indemnités de chômage complet

Indemnité compensatoire en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique

Préretraite

SOMMAIRE

LIVRE V - EMPLOI ET CHOMAGE

TITRE I - **Prévention des licenciements et maintien de l'emploi**

Chapitre I - Mesures destinées à prévenir les licenciements conjoncturels — *Art. L. 511-1 - L. 511-15*

Section 1 - Objectifs
Section 2 - Subventions aux entreprises destinées à l'indemnisation des chômeurs partiels

TITRE II - **Indemnités de chômage complet**

Chapitre I - Régime général — *Art. L. 521-1 - L. 521-18*

Section 1 - Bénéficiaires
Section 2 - Conditions d'admission
Section 3 - Condition de stage
Section 4 - Conditions d'inscription
Section 5 - Obligations
Section 6 - Durée de l'indemnisation
Section 7 - Montant de l'indemnité de chômage complet

Chapitre II - Chômage des jeunes — Art. L. 522-1 - L. 522-3

Chapitre III - Insertion professionnelle, réinsertion professionnelle et occupation des demandeurs d'emploi — *Art. L. 523-1*

Chapitre IV - Stage de professionnalisation et de réinsertion-emploi — *Art. L. 524-1 - L. 524-11*

Chapitre V - Chômage des indépendants — *Art. L. 525-1*

Chapitre VI - Mesures diverses en relation avec l'organisation du travail ou avec la réintégration dans la vie active — *Art. L. 526-1 - L. 526-3*

Chapitre VII - Dispositions administratives — *Art. L. 527-1 - L. 527-4*

TITRE III - **Indemnité compensatoire de salaire en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique**

Chapitre I - Chômage dû aux intempéries — *Art. L. 531-1 - L. 531-5*

Chapitre II - Chômage accidentel ou technique involontaire — *Art. L. 532-1 - L. 532-4*

Chapitre III - Dispositions communes — *Art. L. 533-1 - L. 533-17*

TITRE VIII - **Préretraite**

Chapitre I - Préretraite-solidarité — *Art. L. 581-1 - L. 581-9*

Chapitre II - Préretraite-ajustement — *Art. L. 582-1- L. 582-3*

Chapitre III - Préretraite des salariés postés et des salariés de nuit — *Art. L. 583-1- L. 583-4*

Chapitre IV - Préretraite progressive — *Art. L. 584-1- L. 584-7*

Chapitre V - Indemnité de préretraite — *Art. L. 585-1- L. 585-7*

Chapitre VI - Attribution du concours du Fonds pour l'emploi — *Art. L. 586-1*

Chapitre VII - Encadrement des demandeurs d'emploi — *Art. L. 587-1*

Chapitre VIII - Contentieux — *Art. L. 588-1*

Chapitre IX - Dispositions financières et relatives à l'accès aux données — *Art. L. 589-1 - L. 589-2*

LIVRE VI - ADMINISTRATION ET ORGANES

TITRE III - **Fonds pour l'emploi** — Art. L. 631-1 - L. 631-3

TITRE IV - **Réseau d'études sur le marché du travail et de l'emploi (RETEL)** — Art. L. 641-1 - L. 641-2

Titre premier - **Prévention des licenciements et maintien de l'emploi**

Chapitre Premier - **Mesures destinées à prévenir les licenciements conjoncturels**

Section 1. Objectifs

Art. L. 511-1. Le présent chapitre a pour objet de prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles dans les entreprises ou dans un ou plusieurs de leurs établissements et de maintenir un niveau satisfaisant de l'emploi en période de récession économique à caractère général.

L'application des mesures préventives et correctives à mettre en oeuvre à cet effet est sujette aux conditions suivantes:

1. il doit être établi que, par suite d'un recul considérable du carnet des commandes, le taux d'activité d'une ou de plusieurs branches économiques accuse une baisse prononcée par rapport à la moyenne des trois dernières années et qu'il y a lieu de s'attendre à une diminution importante des besoins en main-d'oeuvre;
2. il faut que les difficultés mentionnées ci-dessus aient une origine essentiellement conjoncturelle et un caractère temporaire;
3. il faut que l'évolution prévisible permette d'escompter une reprise normale des affaires assurant le rétablissement du plein emploi dans un délai raisonnable.

Art. L. 511-2. Si, après concertation entre les employeurs et leur personnel, toutes les possibilités de maintien d'un niveau normal de l'emploi par les moyens propres des entreprises sont épuisées, les mesures prévues ci-après peuvent être appliquées suivant la gravité des difficultés auxquelles sont confrontées les entreprises et d'après les procédures définies aux sections 2 et 3.

Section 2. Subventions aux entreprises destinées à l'indemnisation des chômeurs partiels

Art. L. 511-3. Dans les conditions énoncées aux articles L. 511-1 et L. 511-2, des subventions peuvent être allouées aux employeurs qui, plutôt que de procéder à des licenciements, s'engagent à maintenir le contrat de travail de leur personnel et à lui verser une indemnité de compensation pour les pertes de salaire subies du fait que la durée normale de travail, légale ou conventionnelle, est réduite dans des entreprises ou dans un ou plusieurs de leurs établissements.

Art. L. 511-4. (1) Le Gouvernement, réuni en conseil, détermine en dernière instance les branches économiques dont les difficultés conjoncturelles sont telles que la réduction de la durée normale de travail est inévitable, ceci sur avis d'un Comité de conjoncture dont l'organisation est déterminée par règlement grand-ducal. La durée de validité de cette décision ne peut être supérieure à douze mois. La décision est renouvelable sur avis du Comité de conjoncture.

(2) Les ministres ayant dans leurs attributions respectivement l'Emploi et l'Economie, sur avis du Comité de conjoncture et procédant par décision commune, désignent les entreprises appartenant à l'une de ces branches d'activité et décident de leur admission au bénéfice des subventions prévues à l'article L. 511-3.

(3) La décision ministérielle visée au paragraphe (2) peut également s'appliquer aux entreprises qui n'appartiennent pas à une des branches visées au paragraphe (1), mais se trouvent dans un lien de dépendance économique déterminant, constaté par le Comité de conjoncture, avec d'autres entreprises admises au bénéfice des dispositions de l'article L. 511-3 et qui empêche le maintien de l'emploi par leurs propres moyens.

(4) La décision ministérielle peut également s'appliquer aux entreprises qui n'appartiennent pas à une des branches visées au paragraphe (1), mais qui sont confrontées à un cas de force majeure autre que ceux qui sont visés par l'article L. 532-1, dont la nature peut être précisée par règlement grand-ducal et qui empêche le maintien de l'emploi par leurs propres moyens.

(5) La décision ministérielle peut également s'appliquer aux entreprises qui n'appartiennent pas à une des branches visées au paragraphe (1) mais qui se trouvent confrontées à une réduction d'au moins quarante pour cent du temps de travail à condition qu'elles aient conclu, au préalable, soit un plan de maintien dans l'emploi homologué au sens de l'article L. 513-3, soit un accord entre partenaires sociaux au niveau approprié. L. 3.8.10,1,(2)

Au sens de l'alinéa qui précède il y a lieu d'entendre par partenaires sociaux au niveau approprié, d'un côté, l'employeur et, d'un autre côté, la délégation du personnel, les organisations syndicales signataires de la convention dans le cas d'entreprises liées par une convention collective de travail sinon, à défaut, les salariés concernés.[1)] L. 23.7.15,3,50°

1) D'après L.23.7.15,5 l'entrée en vigueur de cette disposition intervient après les prochaines élections sociales, au plus tard lors des élections 2018.

Art. L. 511-5. La réduction de la durée de travail ne peut pas excéder 1.022 heures par année de calendrier et par salarié travaillant à temps plein. L. 23.12.16,1°

Pour les salariés travaillant à temps partiel les 1.022 heures sont proratisées

La réduction de la durée de travail ne peut pas excéder 1.714 heures par année de calendrier et par salarié travaillant à temps plein pour les entreprises admises au régime de chômage partiel de source structurelle conformément aux articles L. 512-7 et suivants, pour autant qu'elles soient couvertes par un plan de maintien dans l'emploi accompagnant une restructuration fondamentale, résultant d'un accord entre partenaires sociaux entériné dans le cadre d'une réunion sectorielle à caractère tripartite entre ces partenaires et le Gouvernement et homologué conformément à l'article L. 513-3. L. 24.11.21, 2

Pour les salariés à temps partiel les 1.714 heures sont proratisées. [1)]

Art. L. 511-6. (1) Avant d'introduire sa demande en obtention d'une subvention, le chef d'entreprise est tenu d'informer et d'entendre les délégations du personnel ainsi que les organisations syndicales dans le cas d'entreprises liées par une convention collective de travail. [2)] L. 23.7.15,3,51°

(2) La demande de la direction de l'entreprise est adressée au secrétariat du Comité de conjoncture avant le douzième jour du mois précédant celui visé par la demande d'indemnisation pour raison de chômage partiel. L. 31.7.06,annexe

(3) La demande doit préciser les causes, les modalités et la durée prévisible de la réduction projetée de la durée de travail ainsi que le nombre de salariés touchés. Les informations à renseigner dans la demande peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

(4) La demande doit obligatoirement porter la contresignature des délégués du personnel ou, dans les entreprises non soumises à l'obligation d'instituer une délégation du personnel, des salariés concernés. Cette contresignature vaut confirmation de la part des salariés d'avoir été informés préalablement des intentions de la direction de l'entreprise.

(5) Copie de cette demande est adressée incessamment par le secrétariat du Comité de conjoncture aux ministres ayant dans leurs attributions respectivement l'Emploi et cotisable ainsi qu'à l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. L. 511-7. (1) Les décisions visées à l'article L. 511-4, paragraphes 2, 3 et 4 sont limitées à un mois. Elles peuvent être renouvelées de mois en mois dans les limites de la durée de validité de la décision visée à l'article L. 511-4, paragraphe 1er. L. 23.12.16,2°

(2) Chaque nouvelle demande d'une entreprise à l'intérieur de la période visée à l'article 511-4, paragraphe (1) entraîne un examen approfondi de la situation économique, financière et sociale de l'entreprise par le secrétariat du comité de conjoncture. L. 22.12.06,6

Sur base de cet avis, le comité de conjoncture avisera le Gouvernement en Conseil du maintien des dispositions visées à l'article L. 511-3 au profit de l'entreprise intéressée.

Après avoir procédé à un examen approfondi, le secrétariat du Comité de conjoncture effectue le suivi de l'évolution des entreprises bénéficiant des décisions visées par l'article L. 511-4, paragraphes (2), (3) et (4).

Art. L. 511-8. Si le Gouvernement en conseil décide de ne pas proroger l'allocation d'une subvention, en application des dispositions visées à l'article L. 511-4, paragraphe (2), ou bien si la demande en obtention d'une subvention sur base des dispositions visées à l'article L. 511-3 n'est pas renouvelée, la direction de l'entreprise est tenue d'informer et d'entendre les délégations du personnel ainsi que les organisations syndicales dans le cas d'entreprises liées par une convention collective de travail. [2)] L. 23.7.15,3,52°

Art. L. 511-9. Sont admis au bénéfice des prestations prévues au présent chapitre les salariés régulièrement occupés par l'entreprise lors de la survenance du chômage, à condition de ne pas être couverts par un contrat d'apprentissage, d'être aptes au travail et âgés de moins de soixante-huit ans accomplis, et de ne pas jouir d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité. L. 31.7.06,annexe

Les salariés étrangers et apatrides résidant régulièrement au Grand-Duché sont assimilés aux salariés luxembourgeois.

Les salariés frontaliers sont assimilés aux salariés résidant régulièrement au Grand-Duché.

---

1) ***L. 24.11.21, 1er:*** *Par dérogation à l'article L. 511-5 du Code du travail, la réduction de la durée de travail ne peut pas excéder 1.714 heures par année de calendrier et par salarié travaillant à temps plein pour les entreprises admises au régime de chômage partiel de source structurelle conformément aux articles L. 512-7 et suivants du Code du travail, pour autant qu'elles soient couvertes par un plan de maintien dans l'emploi accompagnant une restructuration fondamentale et homologué conformément à l'article L. 513-3 du Code du travail.*
Pour les salariés à temps partiel les 1.714 heures sont proratisées.
L.24.11.21, 5: *L'article 1er produit ses effets au 1er janvier 2021 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2021.*

2) *D'après L.23.7.15,5 l'entrée en vigueur de cette disposition intervient après les prochaines élections sociales, au plus tard lors des élections 2018.*

Art. L. 511-10. Sont à considérer comme salariés régulièrement occupés par l'entreprise, tels que visés à l'article L. 511-9, les salariés qui:

1. sont légalement occupés auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg et ne se trouvent pas en situation de préavis sur base de l'article L. 124-3 [1];
2. sont normalement occupés sur un lieu de travail situé sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg;
3. sont assurés en qualité de salariés auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois.

Art. L. 511-11. La computation des heures de travail perdues, la détermination du taux de l'indemnité de compensation ainsi que la définition du salaire normal de référence font l'objet d'un règlement grand-ducal. L. 13.5.08,1,25° R. 15.9.75

L'indemnité de compensation est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires, à l'exception toutefois des cotisations d'assurance accident et des cotisations dues en matière de prestations familiales.

Les cotisations patronales de sécurité sociale restent à charge de l'employeur.

Art. L. 511-12. L'indemnité de compensation avancée par l'employeur est remboursée par le Fonds pour l'emploi dans les limites fixées à l'article L. 511-5. L. 23.12.16,3°

Art. L. 511-13. (1) La liquidation, sur le Fonds pour l'emploi, de la subvention incombe à l'Agence pour le développement de l'emploi qui reçoit à cet effet communication de toute décision afférente ayant été prise sur base des dispositions des sections 1 et 2 du présent chapitre. L. 31.7.06,annexe

(2) La subvention est liquidée au vu d'une déclaration de créance mensuelle établie par l'employeur.

(3) Cette déclaration de créance est accompagnée des décomptes mensuels individuels signés par les salariés concernés par le chômage partiel. Cette signature vaut confirmation de la part des salariés qu'ils ont touché les indemnisations. [2]

(4) Cette déclaration de créance, accompagnée des décomptes mensuels individuels, est à introduire auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, sous peine de forclusion, dans les deux mois suivant le mois de survenance du chômage partiel. [3]

(5) En attendant la vérification des déclarations de créance et des décomptes, un acompte à valoir sur le montant de la subvention peut être payé.

Art. L. 511-14. (1) Les subventions accordées sur base de déclarations erronées sont à restituer. L.20.6.20,19,1°

Les subventions accordées sur base de déclarations délibérément fausses et dès qu'il y a un manquement délibéré dans le versement des indemnités de compensation à un ou plusieurs salariés concernés ou que des subventions ont servi à des fins autres que le paiement des salaires, le bénéficiaire doit restituer la totalité des sommes perçues sur base de l'ensemble des demandes introduites et le bénéfice du chômage partiel est retiré avec effet immédiat à l'entreprise concernée.

(2) Les infractions aux dispositions de l'alinéa 1er sont punies d'une amende de 251 à 5.000 euros.

(3) Le présent article s'applique également pour les subventions accordées au titre de l'article L. 512-10.

Art. L. 511-15. L'octroi de l'indemnité de compensation peut être subordonné à une prestation de travail ou à la fréquentation de cours de formation ou de rééducation professionnelles et d'enseignement général organisés par l'État ou l'employeur. En outre, le salarié est tenu d'accepter toute occupation temporaire ou occasionnelle appropriée qui lui est proposée par son employeur ou par l'Agence pour le développement de l'emploi. Les revenus provenant d'une telle occupation ou de toute autre activité occasionnelle peuvent être déduits de l'indemnité de compensation. L.31.7.06,annexe

[...]

1) ***L. 24.11.21, 3:*** *À l'article L. 511-10, du même code, le point 1 est complété par le bout de phrase « et ne se trouvent pas en situation de préavis sur base de l'article L. 124-3 ; ».*

2) ***R. 29.4.20, 2 :*** *Pendant la durée de l'état de crise précitée et par dérogation au paragraphe 3 de l'article L. 511-13 du Code du travail la déclaration de créance est contresignée par la délégation du personnel s'il en existe. (JO, Mém. A 342 du 29 avril 2020)*

3) ***R. 29.4.20, 1er :*** *Pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et par dérogation à l'article L. 511-13, paragraphe 4, du Code du travail, le délai de forclusion est porté à trois mois suivant le mois de survenance du chômage partiel. (JO, Mém. A 342 du 29 avril 2020)*

Titre II - **Indemnités de chômage complet**

Chapitre premier - **Régime général**

Section 1. - Bénéficiaires

Art. L. 521-1. (1) En cas de cessation des relations d'emploi, le salarié sans emploi, habituellement occupé à plein temps par un employeur, a droit à l'octroi d'une indemnité de chômage complet, pourvu qu'il réponde aux conditions d'admission déterminées à l'article L. 521-3.

(2) Il en est de même du salarié

1. occupé à temps partiel au sens de l'article L. 123-1 concernant le travail volontaire à temps partiel, à condition qu'il ait effectué régulièrement seize heures de travail au moins par semaine auprès du même employeur;
2. au service de plusieurs employeurs, à condition qu'il ait perdu un ou plusieurs emplois d'un total de seize heures au moins par semaine dans un délai d'un mois et que le revenu de travail mensuel qui lui reste soit inférieur à cent cinquante pour cent du salaire social minimum pour salariés non qualifiés âgés de plus de dix-huit ans occupés à plein temps;
3. tombant dans le champ d'application de l'article L. 551-6, paragraphe (2), à condition que la première décision de reclassement professionnel se rapporte à un ou plusieurs emplois d'un total de seize heures au moins par semaine et que le revenu de travail mensuel restant soit inférieur à cent cinquante pour cent du salaire social minimum pour salariés non qualifiés âgés de plus de dix-huit ans occupés à plein temps.

Pour le salarié à temps partiel embauché sur un poste de travail libéré partiellement par un salarié admis à la préretraite progressive, les conditions d'obtention de l'indemnité de chômage prévues à l'alinéa qui précède ne sont pas applicables.

(3) En cas de maladie intervenant au cours d'une période d'indemnisation, le droit à l'indemnité de chômage est maintenu. L. 18.1.12,6,1°

Il en est de même en cas de maternité intervenant au courant d'une période d'indemnisation [1)].

Art. L. 521-2. Les dispositions de l'article L. 521-1 sont applicables sans distinction de sexe ou de nationalité. L. 31.7.06,annexe

Section 2. Conditions d'admission

Art. L. 521-3. Pour être admis au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, le salarié doit répondre aux conditions d'admission suivantes: L. 22.12.06,12

1. être chômeur involontaire;
2. être domicilié sur le territoire luxembourgeois au moment de la notification du licenciement dans le cadre d'une relation de travail à durée indéterminée et au plus tard six mois avant le terme du contrat dans le cadre d'une relation de travail à durée déterminée et y avoir perdu son dernier emploi, sans préjudice des règles applicables en vertu de la réglementation communautaire ou de conventions bilatérales ou multilatérales en vigueur;
3. être âgé de seize ans au moins et de soixante-quatre ans au plus;
4. être apte au travail, disponible pour le marché du travail et prêt à accepter tout emploi approprié dont les critères relatifs au niveau de rémunération augmenté, le cas échéant de l'aide temporaire au réemploi, à l'aptitude professionnelle, à l'aptitude physique et psychique, au trajet journalier et à la situation familiale, au régime de travail, à la promesse d'embauche et aux conditions de travail sont fixés par règlement grand-ducal, et ceci sans préjudice de l'application des dispositions des articles L.551-1 à L.552-4; L. 8.4.18,I,9°,a)
5. (abrogé); L. 31.10.12
6. être inscrit comme demandeur d'emploi auprès des services pour développement de l'emploi et avoir introduit une demande d'octroi d'indemnité de chômage complet; L. 22.12.06,12
7. remplir la condition de stage définie à l'article L. 521-6;
8. n'exerce pas la fonction de gérant, d'administrateur, d'administrateur-délégué ou de responsable à la gestion journalière dans une société; L. 8.4.18,I,9°,b)
9. n'est pas titulaire d'une autorisation d'établissement.

Les salariés qui ne remplissent pas une des conditions posées sous les points 8 et 9 ci-avant peuvent néanmoins être admis au bénéfice de l'indemnité de chômage complet en précisant dans leur demande d'admission qu'ils y ont droit après application de l'article L.521-18. L. 8.4.18,I,9°,c)

Le salarié est tenu de remettre à l'Agence pour le développement de l'emploi les bulletins concernant l'impôt sur le revenu se rapportant à la période pendant laquelle des indemnités de chômage ont été versées pour permettre à l'Agence pour le développement de l'emploi d'établir un décompte des indemnités de chômage dues compte tenu des revenus accessoires touchés.

---

1) A voir arrêt de la Cour constitutionnelle n°100/13 du 12 juillet 2013 (Mém. A 135 du 26 juillet 2013, p. 2754).

En cas de non-remise des bulletins concernant l'impôt sur le revenu au courant de l'année subséquente à l'année d'imposition, le chômeur indemnisé est tenu de rembourser les indemnités de chômage touchées.

En cas de fausse déclaration et sans préjudice des peines pénales prévues aux articles 496-1 à 496-3 du Code pénal, l'intéressé doit rembourser à l'Agence pour le développement de l'emploi les indemnités de chômage perçues.

Art. L. 521-4. (1) Aucune indemnité de chômage n'est due: L. 31.7.06,annexe

1. en cas d'abandon non justifié du dernier poste de travail, sauf si l'abandon est dû à des motifs exceptionnels, valables et convaincants;
2. en cas de licenciement pour motif grave.

(2) Dans les cas d'un licenciement pour motif grave, d'une démission motivée par un acte de harcèlement sexuel ou par des motifs graves procédant du fait ou de la faute de l'employeur, le demandeur d'emploi peut, par voie de simple requête, demander au président de la juridiction du travail compétente d'autoriser l'attribution par provision de l'indemnité de chômage complet en attendant la décision judiciaire définitive du litige concernant la régularité ou le bien-fondé de son licenciement ou de sa démission. L. 8.4.18,I,10°,a)

Le président de la juridiction du travail statue d'urgence, l'employeur entendu ou dûment convoqué. L. 31.7.06,annexe

L'Agence pour le développement de l'emploi peut intervenir à tout moment dans l'instance engagée; à cet effet, le greffe lui adresse copie de la requête introductive visée au premier alinéa.

La demande visée au premier alinéa n'est recevable qu'à condition que le demandeur d'emploi ait suffi aux conditions visées à l'article L. 521-7 et qu'il ait porté préalablement le litige concernant son licenciement devant la juridiction du travail compétente.

(3) Le président de la juridiction du travail détermine la durée pour laquelle l'attribution provisionnelle de l'indemnité de chômage est autorisée, sans préjudice des conditions d'attribution visées à l'article L. 521-3. La durée ne peut être supérieure à cent quatre-vingt-deux jours de calendrier.

Le chômeur peut demander, conformément à la procédure du paragraphe (2) du présent article, la prorogation de l'autorisation d'attribution provisionnelle de l'indemnité de chômage sans que la durée totale de l'autorisation ne puisse excéder trois cent soixante-cinq jours de calendrier.

(4) L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision.

Elle est susceptible d'appel qui est porté, par voie de simple requête, endéans les quarante jours à partir de la notification de la décision par la voie du greffe, devant le président de la Cour supérieure de Justice ou le conseiller à la Cour par lui délégué. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Au cas où le licenciement du salarié a été déclaré justifié en première instance, l'ordonnance du président de la juridiction du travail autorisant l'attribution provisionnelle cesse de sortir ses effets nonobstant appel ou opposition.

Les ordonnances visées au présent paragraphe n'ont pas, au principal, l'autorité de la chose jugée.

(5) Le jugement ou l'arrêt déclarant abusif le licenciement du salarié ou justifié la résiliation du contrat de travail par le salarié motivée par un acte de harcèlement sexuel ou par des motifs graves procédant du fait ou de la faute de l'employeur condamne l'employeur à rembourser au Fonds pour l'emploi les indemnités de chômage par lui versées au salarié ainsi qu'aux services publics de l'emploi étrangers en application du règlement (CE) N° 883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale pour la ou les périodes couvertes par les salaires ou indemnités que l'employeur est tenu de verser en application du jugement ou de l'arrêt. Il en est de même du jugement ou de l'arrêt condamnant l'employeur au versement des salaires, ou indemnités en cas d'inobservation de la période de préavis ou en cas de rupture anticipée du contrat conclu à durée déterminée. L. 8.4.18,I,10°,b)

Le montant des indemnités de chômage que l'employeur est condamné à rembourser au Fonds pour l'emploi est porté en déduction des salaires, traitements ou indemnités que l'employeur est condamné à verser au salarié en application du jugement ou de l'arrêt. L. 31.7.06,annexe

Les indemnités de chômage attribuées au salarié sur la base de l'autorisation lui accordée conformément aux dispositions des paragraphes (2) et (3) demeurent acquises au salarié dans les cas visés au présent paragraphe.

(6) Le jugement ou l'arrêt déclarant justifié le licenciement du salarié ou non justifiée la démission du salarié motivée par un acte de harcèlement sexuel ou des motifs graves procédant du fait ou de la faute de l'employeur [1)] condamne ce dernier à rembourser au Fonds pour l'emploi, le cas échéant de façon échelonnée, tout ou partie des indemnités de chômage lui versées par provision.

Lorsque l'Agence pour le développement de l'emploi procède à l'exécution du jugement ou de l'arrêt ordonnant le remboursement visé à l'alinéa qui précède, le salarié peut solliciter le bénéfice d'un sursis d'exécution auprès du président de la juridiction qui a prononcé la

1) Par L. 8.4.18,I,10°,c) les termes « ou des motifs graves précédant du fait ou de la faute de l'employeur » sont ajoutés après les termes « acte de harcèlement sexuel ».

condamnation. Le président statue en référé dès le dépôt de la demande au greffe. Il peut prendre tous renseignements utiles concernant la situation matérielle du salarié.

(7) Lors de la saisine de la juridiction du travail compétente du fond du litige, le Fonds pour l'emploi est mis en intervention par le salarié qui a introduit auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi une demande en obtention de l'indemnité de chômage complet. A défaut de cette mise en intervention du Fonds pour l'emploi, la juridiction saisie peut l'ordonner en cours d'instance jusqu'au jugement sur le fond. Il en est de même pour le Fonds pour l'emploi qui peut intervenir à tout moment dans l'instance engagée.

(8) Dans les cas d'un licenciement avec préavis du salarié, le jugement ou l'arrêt déclarant abusif ce licenciement, condamne l'employeur à rembourser au Fonds pour l'emploi les indemnités de chômage versées au salarié pour la ou les périodes couvertes par des salaires ou indemnités que l'employeur est tenu de verser en application du jugement ou de l'arrêt. L. 8.4.18,I,10°,d)

Art. L.521-4bis. Dans les cas où l'action intentée par le salarié en raison d'un licenciement pour motif grave, d'une démission motivée par un acte de harcèlement sexuel ou par des motifs graves procédant du fait ou de la faute de l'employeur, n'est pas menée à son terme par suite de désistement, le salarié est tenu de rembourser au Fonds pour l'emploi les indemnités de chômage lui versées par provision. L. 8.4.18,I,11°

Si ce désistement résulte d'une transaction entre le salarié et l'employeur, les indemnités de chômage sont à rembourser pour moitié par le salarié et pour l'autre moitié par l'employeur.

Art. L. 521-5. N'est pas à considérer comme apte au travail, au sens des dispositions de l'article L. 521-3, le salarié dont la capacité de travail est réduite de deux tiers et plus de la capacité normale d'un salarié, en raison d'une infériorité physique ou intellectuelle. L. 31.7.06,annexe

Section 3. Condition de stage L. 22.12.06,13

Art. L. 521-6. (1) Répondent à la condition de stage prévue à l'article L. 521-3, le salarié occupé à plein temps et le salarié occupé habituellement à temps partiel sur le territoire luxembourgeois conformément à l'article L. 521-1 à titre de salarié lié par un ou plusieurs contrats de travail, pendant au moins vingt-six semaines au cours des douze mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics.

Ne peuvent être comptées pour le calcul du stage que les périodes ayant donné lieu à affiliation obligatoire auprès d'un régime d'assurance pension.

(2) Lorsque la période de référence de douze mois comprend des périodes d'incapacité de travail ou de capacité de travail réduite d'un taux égal ou supérieur à 50% (cinquante pour cent), celle-ci est prorogée, si nécessaire, pour une période d'une durée égale à celle de l'incapacité de travail ou de la capacité de travail réduite.

La même règle est applicable lorsque ladite période de référence comprend des périodes de détention, des périodes de chômage indemnisé ou des périodes d'attente d'une décision portant sur l'octroi d'une pension d'invalidité à prendre par les juridictions sociales compétentes.

(3) Après épuisement des droits à l'indemnité de chômage complet conformément aux dispositions de l'article L. 521-11 et sous réserve de l'accomplissement des autres conditions d'admission prévues à l'article L. 521-3, le droit à l'indemnité de chômage complet s'ouvre à nouveau au plus tôt après une période de 12 mois qui suit la fin des droits lorsque les conditions de stage prévues au présent article sont de nouveau remplies. Dans ce cas, la période de référence à prendre en considération pour le calcul de la période de stage commence à courir au plus tôt à l'expiration des droits.

Section 4. Conditions d'inscription L. 31.7.06,annexe

Art. L. 521-7. Pour bénéficier de l'indemnité de chômage complet, le salarié sans emploi est tenu de s'inscrire comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics et d'y introduire sa demande d'indemnisation.

(alinéa abrogé) L. 18.1.12,6,2°

Art. L. 521-8. (1) Sous réserve des dispositions des paragraphes 2 et 3 ci-après, le droit à l'indemnité de chômage complet prend cours au plus tôt à partir de la première journée de l'expiration de la relation de travail, à condition que le salarié se fasse inscrire comme demandeur d'emploi le jour même de la survenance du chômage et qu'il introduise sa demande d'indemnisation dans les deux semaines au plus tard de l'ouverture du droit à l'indemnité. L. 22.12.06,14

(2) Pour l'application des dispositions du paragraphe (1) sont à considérer comme faisant partie de la relation de travail les périodes de préavis légal rémunéré ou non ainsi que les périodes d'incapacité de travail temporaire dépassant ou suivant l'expiration de la relation de travail.

(3) En cas d'inscription tardive comme demandeur d'emploi, le droit à l'indemnité prend cours le jour même de l'inscription. En cas d'introduction tardive de la demande d'indemnisation, l'indemnité est accordée avec effet rétroactif portant sur deux semaines au maximum.

(4) Aucune indemnité n'est toutefois due ni pour une journée de chômage isolée, ni pour le samedi et/ou le dimanche constituant la ou les uniques journées de chômage.

Section 5. Obligations

Art. L. 521-9. (1) Les bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet sont tenus de se présenter aux services de l'Agence pour le développement de l'emploi aux jours et heures qui leur sont indiqués. L. 22.12.06,15

Ils peuvent être dispensés, pour une durée maximale de vingt-cinq jours ouvrables par an, de l'observation de l'alinéa qui précède. Cette dispense est accordée à raison d'un douzième par mois entier d'inscription comme demandeur d'emploi sans emploi. L'Agence pour le développement de l'emploi l'accorde sur requête du demandeur d'emploi, à moins que des considérations inhérentes au marché de l'emploi, ou les possibilités d'offres d'emploi déclarées à l'Agence pour le développement de l'emploi s'y opposent. L. 8.4.18,I,12°

(2) Le chômeur indemnisé qui, sans excuse valable, ne se conforme pas à cette prescription, perd le droit à l'indemnité de chômage complet pour sept jours de calendrier, en cas de récidive pour trente jours de calendrier. L. 22.12.06,15

(3) La non-présentation à trois rendez-vous consécutifs entraîne l'arrêt définitif des indemnités de chômage complet à partir du premier jour de non-présentation pour toute la période encore due.

(4) L'Agence pour le développement de l'emploi propose à chaque demandeur d'emploi sans emploi à la recherche d'un emploi, qui vient s'inscrire auprès des bureaux de placement, la conclusion d'une convention de collaboration individualisée.

Cette proposition se fera au plus tard avant la fin de leur troisième mois d'inscription pour les demandeurs d'emploi âgés de moins de trente ans et au plus tard avant la fin de leur sixième mois d'inscription pour les demandeurs d'emploi âgés de plus de trente ans.

La convention fixera les droits et obligations respectifs des services de l'Agence pour le développement de l'emploi et du chômeur. Elle contiendra une partie générale détaillant les procédures régissant les relations entre les deux parties ainsi qu'une partie spécifique axée sur le profil et les besoins individuels du demandeur et fixant, dans la mesure du possible, son plan d'insertion respectivement de réinsertion.

Un règlement grand-ducal précisera le contenu de la convention de collaboration individualisée.

(5) Le refus par le chômeur indemnisé d'un emploi approprié ou d'une mesure active en faveur de l'emploi proposée par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi, avant de pouvoir faire l'objet d'un refus ou d'un retrait des indemnités de chômage complet tel que prévu par l'article L. 527-1, paragraphe (1), donne lieu à un débat contradictoire entre le conseiller professionnel et le demandeur d'emploi.

La condition d'être prêt à accepter tout emploi approprié prévue au point 4 de l'article L.521-3 n'est pas applicable pour une durée maximale de six mois au chômeur indemnisé qui, sur demande et après avoir reçu l'accord de l'Agence pour le développement de l'emploi, prépare au cours de la période d'indemnisation la création d'une entreprise ou la reprise d'une entreprise existante, dans laquelle il ne détenait et ne détient pas de parts, sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg dans laquelle il viendra à détenir la majorité du capital. Cette demande doit être introduite et accordée au plus tard avant la fin du sixième mois d'indemnisation par le demandeur d'emploi indemnisé. Elle doit être accompagnée d'un plan d'affaires, d'un plan financier ainsi que d'une attestation délivrée par le Ministre ayant les autorisations d'établissement dans ses attributions qu'il remplit les conditions pour la délivrance d'une autorisation d'établissement. L. 8.4.18,I,13°

Si la durée de la période d'indemnisation restant à courir au moment de l'accord de l'Agence pour le développement de l'emploi est inférieure à six mois, celle-ci peut être prolongée en application du paragraphe 5 de l'article L.521-11.

Un suivi de l'avancement du projet de création d'entreprise est assuré par l'Agence pour le développement de l'emploi ou par un expert désigné par elle.

Dans le cadre de ce suivi les bulletins concernant l'impôt sur le revenu et, le cas échéant, le revenu des collectivités se rapportant à la période pendant laquelle des indemnités de chômage ont été versées déterminent les revenus qui sont portés en déduction de l'indemnité de chômage en application du paragraphe 1 de l'article L.521-18.

En cas de fausses déclarations, l'intéressé doit rembourser à l'Agence pour le développement pour l'emploi les indemnités de chômage perçues à partir de la date de l'accord prévu à l'alinéa ci-avant, ainsi qu'à un stage non rémunéré organisé par les institutions ou groupements de personnes poursuivant un but non lucratif auprès d'entreprises privées.

(6) Le refus de signer, sans motifs valables et convaincants, la convention de collaboration visée au paragraphe (4) entraîne respectivement la suspension de la gestion du dossier du demandeur d'emploi pendant deux mois et le retrait des indemnités de chômage complet du demandeur d'emploi indemnisé. L. 18.1.12,6,3°

Ces décisions peuvent faire l'objet d'une demande de réexamen auprès de la commission spéciale prévue à l'article L. 527-1.

Art. L. 521-10. (1) Les salariés qui désirent bénéficier de l'indemnité de chômage complet sont tenus de produire les pièces justificatives et de donner les informations qui leur sont demandées à cet effet par les bureaux de placement publics. L. 31.7.06,annexe

(2) Les employeurs sont tenus de délivrer aux salariés ou aux bureaux de placement publics les certificats qui leur sont demandés en vue de l'octroi de l'indemnité de chômage et de donner aux bureaux de placement publics les informations nécessaires y relatives.

(3) Les institutions de sécurité sociale peuvent être appelées à fournir aux services compétents de l'Agence pour le développement de l'emploi toutes informations nécessaires à l'instruction des demandes d'attribution, de maintien, de reprise ou de prorogation de l'indemnité de chômage complet.

Section 6. Durée de l'indemnisation

Art. L. 521-11. (1) La durée de l'indemnisation est égale à la durée de travail, calculée en mois entiers, effectuée au cours de la période servant de référence au calcul de la condition de stage. Les journées de travail dépassant un mois sont à considérer comme mois entier. L. 22.12.06,16

Pour le calcul de la durée d'indemnisation, le total des journées travaillées est arrondi au mois entier.

(2) L'indemnité de chômage complet ne peut dépasser la durée prévue au paragraphe (1) par période de vingt-quatre mois.

(3) Sans préjudice des autres conditions d'admission visées aux articles L. 521-3 à L. 521-5, le droit à l'indemnité de chômage du chômeur indemnisé âgé de cinquante ans accomplis et dont les droits à l'indemnisation sont épuisés conformément aux dispositions du paragraphe (2) qui précède est maintenu, à sa demande, pour une période de:

- douze mois au plus, lorsque le chômeur indemnisé justifie de trente années au moins d'assurance obligatoire à l'assurance pension;
- neuf mois au plus, lorsque le chômeur indemnisé justifie de vingt-cinq années au moins d'assurance obligatoire à l'assurance pension;
- six mois au plus, lorsque le chômeur indemnisé justifie de vingt années au moins d'assurance obligatoire de l'assurance pension.

(4) Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut autoriser, sur requête, le maintien ou la reprise du droit à l'indemnité de chômage complet pour une nouvelle période de cent quatre-vingt-deux jours de calendrier au plus dans l'intérêt de chômeurs particulièrement difficiles à placer dont les droits sont épuisés conformément aux dispositions du paragraphe (2) du présent article et qui ne peuvent prétendre à l'application des dispositions du paragraphe (3).

Pour l'application des dispositions de l'alinéa qui précède un règlement grand-ducal définira le chômeur indemnisé particulièrement difficile à placer en raison de considérations inhérentes à sa personne.

Le chômeur indemnisé sur la base des dispositions du présent paragraphe qui vient à remplir les conditions visées au paragraphe (3) du présent article peut, le cas échéant, solliciter le maintien de l'indemnisation jusqu'au terme des périodes maximales d'indemnisation visées audit paragraphe.

Le chômeur indemnisé dont les droits sont venus à expiration conformément aux dispositions du paragraphe (2) du présent article, est forclos à demander le maintien de l'indemnisation sur la base des dispositions du présent paragraphe, lorsqu'une demande afférente n'a pas été introduite dans les trois mois qui suivent la fin de ses droits.

(5) Le droit à l'indemnité de chômage complet du chômeur indemnisé affecté à des stages et cours conformément aux dispositions de l'article L.523-1, paragraphe 1er peut être maintenu pour une période de six mois au plus à compter de l'expiration du droit à l'indemnité de chômage complet conformément aux dispositions du paragraphe 2. L. 20.7.17,1^{er},1°

Le droit à l'indemnité de chômage complet du chômeur indemnisé affecté à une tâche d'utilité publique conformément aux dispositions de l'article L.523-1, paragraphe 2 est allongé d'une période égale à la durée effective de l'affectation à cette tâche au cours de la période d'indemnisation initiale. L. 20.7.17,1^{er},2°

Le droit à l'indemnité de chômage complet du chômeur indemnisé ayant été licencié par une entreprise bénéficiant du chômage partiel depuis six mois au moins au moment du licenciement et de celui ayant perdu son emploi suite à la cessation des affaires de l'employeur telle que prévue à l'article L.125-1 du Code du travail est maintenu pour une période de six mois au plus à compter de l'expiration du droit à l'indemnité de chômage complet conformément aux dispositions du paragraphe (2) du présent article. L. 3.8.10,1,(5)

(6) Le droit à l'indemnité de chômage complet proratisée du chômeur indemnisé engagé en remplacement d'un salarié admis à la préretraite progressive conformément aux dispositions des articles L. 584-1 à L. 584-7 est maintenu pendant la durée de la préretraite du salarié concerné. L. 22.12.06,16

(7) Lorsque l'indemnisation du chômage complet est prolongée sur la base des dispositions des paragraphes (2) à (5), la période de référence de vingt-quatre mois, visée au paragraphe (2), est allongée d'une période égale à la période maximale pour laquelle la prolongation de l'indemnisation est attribuée.

Art. L. 521-12. (1) Le droit à l'indemnité de chômage complet cesse: L. 31.7.06,annexe

1. lorsque les limites prévues à l'article L. 521-11 sont atteintes, ou
2. lorsqu'une ou plusieurs conditions d'octroi ne sont plus remplies, ou
3. lorsque la limite d'âge de 65 ans accomplis est dépassée, ou
4. en cas de refus non justifié d'un poste de travail approprié, ou

5. en cas de refus non justifié du chômeur de participer à des stages, cours ou travaux d'utilité publique lui assignés par l'Agence pour le développement de l'emploi conformément au paragraphe (3) de l'article L. 523-1.

Lorsque le chômeur ne respecte pas ses obligations fixées par la convention de collaboration individualisée, notamment en matière d'efforts propres à déployer dans le cadre de la recherche active d'un emploi approprié, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut décider soit le retrait de l'indemnité de chômage complet pendant une période allant de cinq jours à trois mois soit le retrait définitif du droit à l'indemnité. L. 22.12.06,17

(2) Le salarié qui, en cours d'indemnisation, transfère son domicile à l'étranger, peut continuer à bénéficier des indemnités dans les conditions et les limites inscrites dans les instruments des Communautés européennes, les conventions bilatérales et multilatérales régissant la matière et les arrangements bilatéraux et multilatéraux pris en exécution de ces instruments. Cette règle vaut également pour l'indemnisation d'un chômeur complet venant de l'étranger. L. 31.7.06,annexe

(3) L'indemnité de chômage est suspendue si le bénéficiaire touche la rente professionnelle d'attente prévue à l'article 111 premier paragraphe et à l'article 112 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même pendant la durée de la dispense, accordée par l'Agence pour le développement de l'emploi sur base de l'alinéa deux du premier paragraphe de l'article L.521-9, laquelle ne peut être imputée pour le calcul de la durée d'indemnisation du chômeur. L. 8.4.18,I,14°

Art. L. 521-13. (1) En cas d'interruption du chômage, le service de l'indemnité de chômage complet reprend le jour même de la nouvelle inscription comme demandeur d'emploi, pourvu que les conditions d'octroi de l'indemnité soient toujours remplies. Sont applicables les dispositions des articles L. 521-7 et L. 521-8. L. 31.7.06,annexe

(2) Lorsque l'interruption du chômage est inférieure à cinq jours ouvrables, le service de l'indemnité de chômage peut reprendre par dérogation au paragraphe (4) de l'article L. 521-8 à partir d'un samedi ou d'un dimanche, à condition que l'inscription comme demandeur d'emploi soit effectuée le premier jour ouvrable de la semaine qui suit.

Section 7. Montant de l'indemnité de chômage complet

Art. L. 521-14. (1) Le montant de l'indemnité de chômage complet est de quatre-vingts pour cent du salaire brut antérieur du salarié sans emploi, sans pouvoir être supérieur au salaire brute qui lui reviendrait en cas d'occupation comme salarié rémunéré sur la base de deux cent cinquante pour cent du salaire social minimum de référence. Il est adapté aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions de l'article 11, paragraphe (1) de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Pour les salariés occupés avant la survenance du chômage soit à temps plein, soit à temps partiel, soit alternativement à temps plein et à temps partiel et qui sont inscrits au titre de demandeurs d'un emploi à temps partiel comportant une durée inférieure à celle de leur ancien emploi, l'indemnité de chômage complet est adaptée proportionnellement en fonction de la durée de travail de l'emploi à temps partiel demandé.

Pour le chômeur bénéficiaire d'une modération d'impôt au titre de l'article 123 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu en raison de la charge d'un enfant au moins, le taux d'indemnisation visé à l'alinéa qui précède est porté à quatre-vingt-cinq pour cent.

Lorsque le chômage dépasse la durée de cent quatre-vingt-deux jours de calendrier au cours d'une période de douze mois, le plafond de deux cent cinquante pour cent visé au premier alinéa est ramené à deux cents pour cent du salaire social minimum de référence.

En cas de maintien de l'indemnité de chômage conformément aux dispositions des paragraphes (2) et (3) de l'article L. 521-11, le plafond visé à l'alinéa qui précède est ramené à cent cinquante pour cent du salaire social minimum de référence.

Toutefois, la dégressivité du plafond fixée aux deux alinéas qui précèdent n'est ni applicable aux chômeurs appelés à bénéficier d'une préretraite-ajustement en vertu de l'article L. 582-2 ni aux chômeurs remplissant les conditions d'admission à la préretraite des salariés postés et des salariés de nuit. Il en est de même pour les chômeurs engagés en remplacement d'un salarié admis à la préretraite progressive conformément aux dispositions du titre VIII, chapitre IV du présent livre. L. 30.11.17,1er

(2) Les taux d'abattement du salaire social minimum ayant trait à l'âge du bénéficiaire sont applicables aux indemnités résultant de l'application des dispositions du paragraphe (1). L. 31.7.06,annexe

(3) L'indemnité de chômage complet est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires. Toutefois, la part patronale des charges sociales est imputée sur le Fonds pour l'emploi.

Art. L. 521-15. (1) Le montant de l'indemnité de chômage complet est déterminé sur la base du salaire brut effectivement touché par le salarié sans emploi au cours des trois mois ayant précédé celui de la survenance du chômage, mais en tenant compte des variations du coût de la vie.

Sont compris dans le salaire de base les indemnités pécuniaires de maladie et les primes et suppléments courants à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et de toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

Les pertes de salaire subies par le salarié au cours de la période de référence au titre de la réduction de la durée de travail en raison de chômage partiel, de nature conjoncturelle ou

structurelle, ou de chômage dû aux intempéries hivernales, sont mises en compte pour la détermination du niveau de l'indemnité de chômage complet.

(2) La période de référence prévue au paragraphe (1) peut être étendue jusqu'à six mois au maximum, lorsque le salaire de base accuse, pendant la période de référence, un niveau moyen sensiblement inférieur ou sensiblement supérieur au salaire moyen des six derniers mois touchés par le salarié. L. 18.1.12,6,4°

(3) Dans le cadre de mesures de réduction de la durée de travail et de salaire dues à des périodes de chômage partiel ou suite à des mesures prévues dans le cadre d'un plan de maintien dans l'emploi homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions conformément à l'article L.513-3, le montant de l'indemnité de chômage complet est déterminé sur base du salaire brut effectivement touché par le salarié sans emploi au cours des trois mois ayant précédé la période de chômage partiel ou l'acceptation de la mesure prévue au plan de maintien dans l'emploi. Il en est de même pour le salarié en période d'utilisation des droits acquis résultant d'un compte épargne-temps pour lequel le montant de l'indemnité de chômage complet est déterminé sur base du salaire brut effectivement touché au cours des trois mois ayant précédé la période visée. L. 12.4.19,1er,4°

Art. L. 521-16. (1) Lorsqu'il s'agit de l'indemnisation de salariés occupés à temps partiel ou de salariés au service de plusieurs employeurs, le montant maximum de l'indemnité prévu à l'article L. 521-14 est réduit, en tenant compte de la durée de travail antérieure. L. 31.7.06,annexe

(2) Dans des cas exceptionnels, et notamment lorsque le chômage résulte d'un licenciement pour manque de qualification ou inaptitude professionnelle ou lorsque les informations valables sur le salaire antérieur font défaut, le montant de l'indemnité de chômage est fixé d'office, en tenant compte de la profession et de la qualification professionnelle du salarié.

Art. L. 521-17. Au cas où le chômeur indemnisé est engagé à temps partiel conformément aux dispositions du titre VIII, chapitre IV du présent livre, concernant la préretraite progressive, le montant de l'indemnité de chômage complet calculé conformément à la présente section est adapté au prorata du temps de travail fixé au contrat de travail conclu par le chômeur engagé en remplacement du salarié admis à la préretraite progressive.

Art. L. 521-18. (1) Sans préjudice des dispositions de l'article L. 521-1, paragraphe (2), le chômeur indemnisé est tenu de déclarer aux bureaux de placement publics tous revenus d'une activité professionnelle rémunérée, régulière ou occasionnelle, en cours d'indemnisation. De tels revenus sont compatibles avec l'indemnité de chômage complet pour autant qu'ils n'excèdent pas dix pour cent du salaire de référence visé à l'article L. 521-14, paragraphe (1), paragraphe (4) ou paragraphe (3). S'il y a lieu, la partie de ces revenus dépassant le plafond précité est portée en déduction de l'indemnité de chômage complet. Les droits acquis dans le cadre d'un compte épargne-temps ne sont pas pris en compte pour la détermination des revenus visés au présent alinéa. L. 12.4.19,1er,5° L. 31.7.06,annexe

Cette règle ne s'applique pas aux revenus de travail dont continue à jouir le salarié au service de plusieurs employeurs, à moins qu'il n'y ait augmentation de ces revenus. Le cas échéant, le montant complémentaire est à déduire de l'indemnité de chômage complet.

(2) Le chômeur indemnisé est tenu en outre de déclarer aux bureaux de placement publics tous autres revenus généralement quelconques. Au cas où ces revenus dépassent le plafond de une fois et demie le salaire social minimum de référence, la partie de ces revenus dépassant le plafond précité est portée en déduction de l'indemnité de chômage complet.

(3) Pour la détermination du montant dépassant les plafonds visés aux paragraphes (1) et (2), l'Agence pour le développement de l'emploi est habilitée à demander aux impétrants toutes pièces et tous certificats qu'elle juge nécessaires à cette constatation, notamment les attestations concernant les montants gagnés accessoirement ou des certificats relatifs aux revenus à délivrer par l'Administration des contributions.

(4) Le versement de l'indemnité de chômage peut être tenu en suspens tant que les pièces requises n'ont pas été communiquées à l'Agence pour le développement de l'emploi.

(5) Les dispositions des paragraphes (1) à (4) sont inapplicables au salaire revenant aux chômeurs indemnisés engagés du chef du remplacement du salarié admis à la préretraite progressive conformément aux dispositions du titre VIII, chapitre IV du présent livre relatif à la retraite progressive.

Chapitre II - **Chômage des jeunes**

Art. L. 522-1. (1) Pour l'application du chapitre Ier et du présent chapitre, le jeune qui, à la fin de sa formation de base à plein temps, se trouve sans emploi, est assimilé au salarié habituellement occupé par un employeur, à condition qu'il soit domicilié sur le territoire luxembourgeois à la fin de sa formation.

(2) Il est dispensé de la condition de stage visée à l'article L. 521-6, pourvu qu'il s'inscrive comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics dans les douze mois suivant la fin de sa formation, qu'il n'ait pas dépassé l'âge de vingt et un ans le jour de son inscription et qu'il demeure inscrit comme demandeur d'emploi au cours des périodes visées au paragraphe (3) ci-après.

Un règlement grand-ducal peut, dans des cas particuliers, relever la limite d'âge prévue à l'alinéa qui précède, sans que toutefois cette limite ne puisse dépasser l'âge de vingt-huit ans. R. 31.7.1987

(3) Le droit à l'indemnité de chômage complet du jeune visé au présent article s'ouvre après un délai d'inscription comme demandeur d'emploi de trente-neuf semaines.

Toutefois, pour le jeune dont la durée de la formation scolaire dépasse neuf années d'études ou qui a terminé des cours ou stages de formation visés à l'article L. 523-1, paragraphe (1) ou des stages de préparation en entreprise, ce délai est ramené à vingt-six semaines.

Par dérogation aux dispositions des deux alinéas ci-dessus, le jeune demandeur d'emploi est admissible à l'indemnité de chômage complet lorsque et aussi longtemps qu'il est affecté à une tâche déclarée d'utilité publique conformément aux dispositions de l'article L. 523-1, paragraphe (2).

La ou les périodes d'affectation et d'indemnisation sont computées pour le calcul des périodes maximales d'indemnisation visées à l'article L. 521-11 et, en cas de besoin, pour le calcul des périodes de stage visées aux articles L. 521-6 et L. 522-1.

(4) En cas d'admission au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, le jeune touche une indemnité correspondant à soixante-dix pour cent du salaire social minimum auquel il pourrait prétendre en cas d'occupation normale comme salarié non qualifié.

Toutefois, l'adolescent âgé de seize ans et de dix-sept ans accomplis et qui ne justifie pas avoir passé avec succès un examen de fin d'apprentissage touche une indemnité correspondant à quarante pour cent du salaire social minimum auquel il pourrait prétendre en cas d'occupation normale comme salarié non qualifié.

Dans le cas visé au deuxième alinéa du paragraphe (1) de l'article L. 521-14, les taux d'indemnisation visés au présent paragraphe sont majorés de cinq pour cent.

Art. L. 522-2. (1) Les dispositions de l'article L. 522-1 s'appliquent tant au jeune qui a terminé un cycle d'études déterminé qu'à celui qui renonce à la poursuite de ses études en cours de formation. Elles s'appliquent également au jeune qui a déjà occupé un emploi sans répondre à la condition de stage, de même qu'au jeune stagiaire et apprenti qui se trouve sans emploi à la fin de sa formation soit en raison de la résiliation du contrat de stage ou d'apprentissage par l'employeur ou sur la base d'un commun accord, soit à la suite de l'interruption de la formation en cours.

En cas de renonciation aux études ou à la formation au cours d'une année d'études ou de formation, la période de stage prévue au paragraphe (3) de l'article L. 522-1 ne prend cours qu'à la fin de l'année scolaire.

(2) Aucune indemnité n'est toutefois due lorsque le chômage résulte de l'abandon non justifié d'un poste de travail, d'un licenciement pour motif grave ou de la résiliation du contrat d'apprentissage ou du contrat de stage pour motif grave.

(3) Les dispositions de l'article L. 521-4 sont applicables.

Art. L. 522-3. (1) Les périodes de stage ou de cours visés au paragraphe (1) de l'article L. 523-1 sont assimilés à des périodes d'inscription comme demandeur d'emploi pour l'application des dispositions du paragraphe (3) de l'article L. 522-1, à condition qu'ils aient été complètement suivis ou accomplis. L. 22.12.06,18

Il en est de même des périodes couvertes par contrat d'apprentissage, des périodes de travail effectuées après la fin de la formation, des stages ou des cours visés au paragraphe (1) de l'article L. 523-1 ainsi que des périodes de formation professionnelle terminées avec succès et qui ont donné lieu à assurance auprès des organismes de sécurité sociale. L. 31.7.06,annexe

(2) Les périodes de service militaire passées aux centres luxembourgeois de formation des forces publiques sont assimilées à des périodes de formation pour l'application des dispositions du paragraphe (3) de l'article L. 523-1.

(3) Les périodes d'incapacité de travail temporaire et d'indisponibilité temporaire pour le marché de l'emploi n'interrompent pas le cours des périodes d'inscription prévues au paragraphe (3) de l'article L. 522-1, pourvu que leur durée globale ne dépasse pas trente jours de calendrier.

Chapitre III - **Insertion professionnelle, réinsertion professionnelle et occupation des demandeurs d'emploi**

Art. L. 523-1. (1) Le concours de la section spéciale du Fonds pour l'emploi au sens de l'article L.631-2, paragraphe (2) du Code du travail est également attribué aux institutions publiques et privées qui organisent des cours de préformation, d'initiation, de formation professionnelle complémentaires, à l'intention de demandeurs d'emploi indemnisés ou non indemnisés, inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi, dans les limites et sous les conditions prévues dans une convention conclue entre l'institution formatrice et le Ministre ayant dans ses attributions l'emploi. L. 8.4.18,I,15°

Une indemnité de formation de quarante-et-un euros et soixante-sept cents(1) par mois à l'indice 100 du coût de la vie est attribuée aux demandeurs d'emploi non-indemnisés inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi participant régulièrement et sur injonction de l'Agence pour le développement de l'emploi, à une mesure de formation visée par l'alinéa qui précède. Au cas où la mesure de formation n'est pas à temps complet, l'indemnité de formation est proratisée.

Est considéré comme participant régulièrement à une mesure de formation, le demandeur d'emploi présentant un taux de fréquentation d'au moins quatre-vingts pour cent de la durée totale des cours.

Les mesures de formation visées à l'alinéa 1 ainsi que d'autres mesures de préparation, d'évaluation, d'initiation et d'orientation à la vie professionnelle organisées par l'Agence pour le développement de l'emploi peuvent comporter l'affectation temporaire du demandeur d'emploi à une expérience de travail utile auprès de l'État, des communes, des établissements publics ou d'autres organismes, institutions ou groupements de personnes poursuivant un but non lucratif ou à un stage non rémunéré auprès d'entreprises privées, ainsi qu'à un stage non rémunéré organisé par les institutions ou groupements de personnes poursuivant un but non lucratif auprès d'entreprises privées.

(2) Moyennant une occupation temporaire indemnisée, le chômeur indemnisé peut être affecté à une tâche déclarée d'utilité publique par règlement grand-ducal. Dans ce cas il a droit à une indemnité complémentaire qui n'est pas considérée comme revenu accessoire au sens des dispositions de l'article L.521-18, mais est soumise aux charges sociales et fiscales conformément aux dispositions de l'article L.521-4, paragraphe 3. L. 20.7.17,2

En cas de travail de nuit, de travail supplémentaire, de travail pendant les jours fériés, de travail de dimanche et de travail insalubre, les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires afférentes s'appliquent et sont à charge du promoteur.

Le cas échéant les suppléments payés au titre de l'alinéa qui précède ne sont pas considérés comme revenu accessoire au sens des dispositions de l'article L.521-18.

Un règlement grand-ducal fixera les modalités pratiques relatives aux occupations temporaires indemnisées et fixera le montant de l'indemnité complémentaire. R. 12.5.11 [1)]

La durée de l'occupation temporaire indemnisée est limitée à six mois au maximum, renouvellements compris.

Sur une période de douze mois le promoteur ne peut bénéficier que d'une seule occupation temporaire indemnisée pour un même poste, sauf si la première occupation temporaire a été interrompue avant son échéance pour des raisons inhérentes à la personne.

Pour les chômeurs de plus de cinquante ans l'occupation temporaire indemnisée peut être prolongée au-delà des six mois visés dans les limites de l'article L.521-11, paragraphe 3.

Pour les chômeurs âgés de plus de cinquante ans, bénéficiant d'une occupation temporaire indemnisée, arrivant en fin de période d'indemnisation, l'occupation temporaire indemnisée peut être prolongée au-delà des limites définies et pour une durée maximale de douze mois renouvelable.

Par dérogation à l'article L.521-11, paragraphe 5 la période d'indemnisation est prolongée en conséquence.

Par dérogation à l'article L.521-14, paragraphe 1er le montant de l'indemnité de chômage servie pendant cette période ne peut pas être supérieur au salaire social minimum pour salariés non qualifiés.

La décision d'une telle prolongation exceptionnelle est prise par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi. R. 27.8.12 [2)]

(3) L'attribution ou le maintien de l'indemnité de chômage complet peuvent être subordonnés à la participation du chômeur à des stages de préparation en entreprise, à des actions de formation, à des travaux d'utilité publique ou à des expériences de travail mis en œuvre sur la base du présent article. L. 31.7.06,annexe

Chapitre IV - **Stage de professionnalisation et contrat de réinsertion-emploi**

Art. L. 524-1. (1) Un stage de professionnalisation peut être proposé par l'Agence pour le développement de l'emploi aux demandeurs d'emploi âgés de trente ans [3)] au moins ou en reclassement externe au sens des articles L.551-1 et suivants ou ayant la qualité de salarié handicapé au sens des articles L.561-1 et suivants et inscrits auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis un mois au moins. L. 18.12.15,1,2°

Ce stage est réservé aux promoteurs qui peuvent offrir aux demandeurs d'emploi visés à l'alinéa qui précède une réelle perspective d'emploi à la fin du stage de professionnalisation ou du contrat de réinsertion-emploi subséquent.

(2) Ce stage est non rémunéré et ne peut excéder la durée de six semaines. Si le demandeur d'emploi visé ci-dessus est considéré comme hautement qualifié la durée peut être portée à neuf semaines sur proposition de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Est considéré comme hautement qualifié un demandeur d'emploi qui peut se prévaloir au moins de trois années d'études supérieures réussies.

Le stage est soumis à l'assurance contre les accidents de travail et donne lieu au payement des cotisations afférentes prises en charge par le Fonds pour l'emploi.

---

1) Mém. A 113 du 1er juin 2011, p. 1758.

2) Mém. A 206 du 21 septembre 2012, p. 2906.

3) Par L. 20.7.17,3 les termes « demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans au moins » sont remplacés par les termes « demandeurs d'emploi âgés de trente ans au moins ».

(3) En cas de placement en stage le chômeur indemnisé garde le bénéfice de son indemnité de chômage complet augmentée d'une indemnité complémentaire fixée à 323 euros à l'indice 775,17 et bénéficie de deux jours de congé par mois.

De même, le demandeur d'emploi bénéficiant d'une indemnité d'attente, d'une indemnité professionnelle d'attente, d'une rente professionnelle d'attente, ou du revenu pour personnes gravement handicapées en garde le bénéfice augmenté d'une indemnité complémentaire fixée à quarante-et-un euros et soixante-sept cents à l'indice 100 et bénéficie de deux jours de congé par mois. L. 8.4.18,I,16°

(4) En cas de placement en stage le chômeur non indemnisé touche une indemnité fixée à 323 euros à l'indice 775,17 et bénéficie de deux jours de congé par mois. L. 18.12.15,1,2°

(5) À la fin du stage l'entreprise utilisatrice informera par écrit l'Agence pour le développement de l'emploi sur les possibilités d'insertion du demandeur d'emploi à l'intérieur de l'entreprise. L. 20.7.17,3,2°

Si le demandeur d'emploi n'est pas embauché par l'entreprise à la fin du stage, celle-ci renseignera l'Agence pour le développement de l'emploi sur les compétences acquises par le demandeur d'emploi durant le stage ainsi que sur les éventuelles déficiences constatées.

Dans ce cas, le droit à l'indemnité de chômage complet est allongé d'une période égale à la durée effective du stage de professionnalisation.

(6) En cas d'embauche du demandeur d'emploi dès la fin du stage l'employeur peut demander d'obtenir les aides prévues à l'article L.541-1. L. 18.12.15,1,2°

Si l'embauche du demandeur d'emploi âgé de 45 ans au moins au moment de la conclusion du stage de professionnalisation ou en reclassement externe au sens des articles L.551-1 et suivants ou ayant la qualité de salarié handicapé au sens des articles L.561-1 et suivants est faite moyennant un contrat de travail à durée indéterminée, le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur, sur demande adressée à l'Agence pour le développement de l'emploi, cinquante pour cent du salaire social minimum pour salariés non qualifiés pour douze mois. L. 8.4.18,I,17°

Le remboursement n'est dû et versé que douze mois après l'engagement à condition que le contrat de travail soit toujours en vigueur au moment de la demande et que la durée du stage de professionnalisation ait été expressément déduite d'une éventuelle période d'essai légale, conventionnelle ou contractuelle. L. 18.12.15,1,2°

Art. L. 524-2. (1) Un contrat de réinsertion-emploi, comprenant des périodes alternées de formation pratique et de formation théorique, peut être proposé par l'Agence pour le développement de l'emploi aux demandeurs d'emploi âgés de 45 ans au moins ou en reclassement externe au sens des articles L.551-1 et suivants ou ayant la qualité de salarié handicapé au sens des articles L.561-1 et suivants et inscrits auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis un mois au moins.

Ce contrat est réservé aux promoteurs qui peuvent offrir aux demandeurs d'emploi visés à l'alinéa qui précède une réelle perspective d'emploi à la fin du contrat de réinsertion-emploi.

(2) Le contrat de réinsertion-emploi est conclu entre le promoteur, le demandeur d'emploi et l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. L. 524-3. Un tuteur est désigné par le promoteur pour assister et encadrer le demandeur d'emploi pendant la durée du contrat de réinsertion-emploi. Dans le délai d'un mois à partir de la conclusion du contrat, le promoteur et le tuteur établissent avec le demandeur d'emploi un plan de formation, envoyé en copie à l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. L. 524-4. (1) En cas de placement en contrat de réinsertion-emploi le chômeur indemnisé garde le bénéfice de son indemnité de chômage complet augmentée d'une indemnité complémentaire fixée à 323 euros à l'indice 775,17 et bénéficie de deux jours de congé par mois.

De même, le demandeur d'emploi bénéficiant d'une indemnité d'attente, d'une indemnité professionnelle d'attente, d'une rente professionnelle d'attente, ou du revenu pour personnes gravement handicapées en garde le bénéfice augmenté d'une indemnité complémentaire fixée à quarante-et-un euros et soixante-sept cents1 à l'indice 100 et bénéficie de deux jours de congé par mois. L. 8.4.18,I,18°

Au cas où son indemnité de chômage, son indemnité d'attente, son indemnité professionnelle d'attente ou son revenu pour personnes gravement handicapées est inférieure au niveau du salaire social minimum pour salariés non qualifiés, le demandeur d'emploi touche une indemnité versée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi et égale au salaire social minimum pour salariés non qualifiés augmentée d'une indemnité complémentaire fixée à 323 euros à l'indice 775,17. L. 18.12.15,1,2°

(2) Le demandeur d'emploi ne bénéficiant pas de l'indemnité de chômage complet touche une indemnité versée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi et égale au salaire social minimum pour salariés non qualifiés et bénéficie de deux jours de congé par mois.

(3) L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales prévues en matière de salaires, la part patronale étant prise en charge par le Fonds pour l'emploi.

Art. L. 524-5. Une quote-part correspondant à cinquante pour cent du salaire social minimum pour salariés non qualifiés est versée par le promoteur au Fonds pour l'emploi. En cas d'occupation de demandeurs d'emploi du sexe sous-représenté, la participation de l'entreprise est ramenée à trente-cinq pour cent de l'indemnité touchée par les demandeurs d'emploi.

Un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'État et de l'assentiment de la Conférence des Présidents de la Chambre des députés peut modifier les taux prévus à l'alinéa qui précède sans que ces taux ne puissent être ni inférieurs à vingt-cinq pour cent ni supérieurs à soixante-quinze pour cent.

Art. L. 524-6. Le promoteur peut verser au demandeur d'emploi une prime de mérite facultative.

Cette prime ne peut être prise en compte comme autre revenu pour le calcul de l'indemnité de chômage complet.

En cas de travail de nuit, de travail supplémentaire, de travail pendant les jours fériés et de travail de dimanche, les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires afférentes s'appliquent aux demandeurs d'emploi sous contrat de réinsertion-emploi.

Art. L. 524-7. (1) Le contrat de réinsertion-emploi prend fin en cas de placement dans un emploi approprié, soit auprès de la même entreprise, soit auprès d'une autre entreprise, et au plus tard après l'expiration d'une période d'occupation de douze mois.

(2) Si le contrat de réinsertion-emploi est conclu immédiatement après le stage de professionnalisation et avec le même promoteur, sa durée doit être réduite de la durée du stage.

Art. L. 524-8. (1) En cas d'embauche du demandeur d'emploi dès la fin du contrat de réinsertion-emploi la durée de celui-ci, augmentée le cas échéant de la durée d'un stage de professionnalisation qui l'a immédiatement précédé, est assimilée à une période d'essai au sens des articles L.121-5 et L.122-11.

De plus l'employeur peut demander d'obtenir les aides prévues à l'article L.541-1.

(2) En cas de recrutement de personnel, le promoteur est obligé d'embaucher par priorité l'ancien bénéficiaire d'un contrat de réinsertion-emploi, redevenu chômeur, qui répond aux qualifications et au profil exigés et dont le contrat de réinsertion-emploi est venu à expiration dans les trois mois qui précèdent celui du recrutement.

Le promoteur doit en informer le bénéficiaire en temps utile s'il répond aux qualifications et profil exigés.

Celui-ci dispose d'un délai de huit jours pour faire connaître sa décision.

Art. L. 524-9. Les périodes d'occupation en stage de professionnalisation et sous contrat de réinsertion-emploi sont prises en compte comme périodes de stage ouvrant droit à l'indemnité de chômage complet.

Art. L. 524-10. L'Agence pour le développement de l'emploi peut faire bénéficier le demandeur d'emploi de l'établissement d'un bilan de compétences. Ce dernier peut être établi, dans le respect de la législation concernant la protection des données personnelles, par un organisme tiers, sur la base d'un accord par écrit de la personne concernée, énumérant limitativement les données nominatives que l'Agence pour le développement de l'emploi est autorisée à transmettre à l'organisme tiers en vue d'établir le prédit bilan de compétences.

Les coûts relatifs à l'établissement d'un tel bilan de compétences sont à charge du Fonds pour l'emploi.

Art. L. 524-11. Le demandeur d'emploi, indemnisé ou non, ne peut refuser, sans motif valable, le stage de professionnalisation, le contrat de réinsertion-emploi ou l'établissement d'un bilan de compétences lui proposés par l'Agence pour le développement de l'emploi.

Lorsque le demandeur d'emploi refuse, sans motif valable, le stage de professionnalisation ou le contrat de réinsertion-emploi ou l'établissement d'un bilan de compétences, il est exclu du bénéfice de l'indemnité de chômage complet.

Pour le stage de professionnalisation et le contrat de réinsertion-emploi le fait que l'occupation ne réponde pas aux critères d'un emploi approprié tel que défini par le règlement grand-ducal pris en exécution de l'article L.521-3 est considéré comme motif valable de refus.

Chapitre V - **Chômage des indépendants**

Art. L. 525-1. (1) Peuvent solliciter l'application des dispositions du titre II du livre V, les salariés indépendants qui ont dû cesser leur activité en raison de difficultés économiques et financières, pour des raisons médicales, ou par le fait d'un tiers ou par un cas de force majeure, lorsqu'ils s'inscrivent comme demandeurs d'emploi auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi. Ils doivent justifier de deux années au moins d'assurance obligatoire à la Caisse nationale d'assurance pension. L. 22.12.06,20

Toutefois, pour la computation de la période de stage de deux ans visée à l'alinéa qui précède, les périodes d'affiliation à titre de salarié auprès d'un régime d'assurance pension sont cumulables à condition que l'indépendant ait exercé une activité indépendante depuis au moins six mois avant le dépôt de la demande d'indemnisation.

Les demandeurs d'emploi doivent être domiciliés sur le territoire luxembourgeois au moment de la cessation de leur activité.

(2) Conformément à l'article L. 521-7, les salariés indépendants doivent s'inscrire comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi dans les six mois suivant la fin de leur activité.

(3) En cas d'admission au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, le travailleur indépendant ayant cessé ses activités du fait d'un tiers, en raison d'un cas de force majeure, pour raisons médicales ou du fait de difficultés économiques et/ou financières a droit à une indemnité correspondant à quatre-vingts pour cent respectivement quatre-vingt-cinq pour cent en cas de charge de famille, du revenu ayant servi pour les deux derniers exercices cotisables comme assiette cotisable auprès d'une des caisses de pension compétentes.

Pour les périodes d'affiliation à la Caisse nationale d'assurance pension, sont uniquement prises en considération pour le calcul du revenu, conformément à l'alinéa qui précède, que les périodes pendant lesquelles les cotisations sociales auprès du Centre commun de la sécurité sociale ont effectivement été réglées.

L'indemnité de chômage complet ne peut excéder les plafonds visés à l'article L. 521-14; elle ne peut être inférieure à quatre-vingts pour cent du salaire social minimum pour salarié non-qualifié.

Pour le travailleur indépendant n'ayant pas suffi aux obligations de paiement des cotisations sociales, l'indemnité de chômage est ramenée à quatre-vingts respectivement quatre-vingt-cinq pour cent du salaire social minimum pour salarié non-qualifié. L. 8.4.18,I,19°

Chapitre VI - **Mesures diverses en relation avec l'organisation du travail ou avec la réintégration dans la vie active** L. 31.7.06,annexe

Art. L. 526-1. Au cas où la convention collective de travail prévoit une réduction du temps de travail en vue de rendre possible l'embauche de chômeurs, le Fonds pour l'emploi verse à l'employeur, pendant une durée minimum de douze mois et une durée maximum de cinq ans, une prime correspondant au montant des cotisations sociales dues pour le salarié nouvellement embauché, inscrit à l'Agence pour le développement de l'emploi avant son embauche.

Le paiement de la prime cesse dès que le chômeur embauché quitte l'entreprise.

Art. L. 526-2. (1) Au cas où un salarié âgé de plus de quarante-neuf ans accomplis décide, d'un commun accord avec l'employeur, de passer d'un travail à temps plein à un travail à temps partiel, le Fonds pour l'emploi verse à l'employeur, pendant sept ans au plus, une prime correspondant au montant de la part patronale des cotisations sociales dues pour le salarié en question, à condition que l'employeur embauche, moyennant contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée d'une durée de dix-huit mois au moins, et au moins pour la fraction du poste libérée par le salarié passé au travail à temps partiel, un demandeur d'emploi sans emploi inscrit depuis trois mois au moins à l'Agence pour le développement de l'emploi.

(2) Au cas où cette embauche se fait moyennant contrat à durée indéterminée, le montant de la prime visée au paragraphe (1) correspond à l'intégralité des cotisations sociales dues pour le salarié passé du travail à plein temps vers le travail à temps partiel.

Il en est de même au cas où l'engagement du demandeur d'emploi se fait à plein temps ou si l'embauche concerne un demandeur d'emploi du sexe sous-représenté.

(3) Le Fonds pour l'emploi verse à l'employeur, pendant sept ans au plus, une prime correspondant au montant de la part patronale des cotisations sociales dues pour le demandeur d'emploi embauché conformément aux modalités fixées au paragraphe (1).

Au cas où le demandeur d'emploi embauché est du sexe sous-représenté et au cas où l'embauche se fait moyennant contrat à durée indéterminée ou à plein temps, le montant de la prime visée à l'alinéa qui précède correspond à l'intégralité des cotisations sociales dues pour le demandeur d'emploi embauché.

(4) L'employeur doit rapporter la preuve de la relation causale entre le passage d'un de ses salariés vers un travail à temps partiel et l'embauche du demandeur d'emploi.

Art. L. 526-3. Le Fonds pour l'emploi prend en charge les frais de déplacement et les frais de garde d'enfants encourus par les parents en situation monoparentale disposant d'un revenu de ménage égal ou inférieur à une fois et demie le salaire social minimum pour salariés non qualifiés du fait de leur participation à une mesure de formation leur assignée par l'Agence pour le développement de l'emploi ou l'Office national d'inclusion sociale ou dans un Centre de formation professionnelle continue.

Chapitre VII - **Dispositions administratives**

Art. L. 527-1. (1) Les décisions portant attribution, maintien, reprise, prorogation, refus ou retrait de l'indemnité de chômage, suspension de la gestion du dossier et retardement du début de l'indemnisation, ainsi que les décisions ordonnant le remboursement des indemnités sont prises par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ou les fonctionnaires par lui délégués à cet effet.

Les décisions portant refus d'attribution, refus de maintien, refus de prorogation, retrait de l'indemnité, suspension du traitement du dossier et retardement du début de l'indemnisation doivent être motivées et notifiées au requérant par lettre recommandée à la poste.

(2) Les décisions de refus ou de retrait visées au paragraphe 1er, les décisions de clôture du dossier, de refus d'attribution, de retrait ou de recalcul de l'indemnité compensatoire, les décisions de refus d'attribution, de recalcul, de retrait temporaire ou définitif de l'indemnité professionnelle d'attente et les décisions de refus d'attribution, de retrait, de fixation et L.24.7.20,2

d'adaptation de la participation au salaire des travailleurs en reclassement interne ou bénéficiant du statut de personne en reclassement externe prévues au titre V du présent livre sont prises par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi et peuvent faire l'objet d'une demande en réexamen auprès d'une commission spéciale instituée par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

La demande en réexamen doit être motivée et introduite par lettre recommandée, et sous peine de forclusion, avant l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision.

La commission spéciale se compose de trois membres titulaires représentant les employeurs et de trois membres titulaires représentant les salariés; les membres titulaires ainsi qu'un membre suppléant pour chaque membre titulaire sont nommés par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur proposition du groupe des membres employeurs et sur proposition du groupe des membres salariés du Comité permanent du Travail et de l'Emploi. L. 31.7.06,annexe

Le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions désigne le président de la commission de même que deux fonctionnaires appelés à le suppléer en cas de besoin.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités d'organisation, de fonctionnement, de délibération et de vote de la commission de même que les règles de procédure applicables devant la commission. R. 7.7.87

(3) Contre les décisions prises par la commission spéciale un recours est ouvert au requérant débouté et au ministre ayant l'Emploi et le Travail dans ses attributions. Ce recours est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale; il n'a pas d'effet suspensif. L. 22.12.06,21 L. 31.7.06,annexe

Le recours doit être formé, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée; sont applicables les règles de procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(4) L'appel contre les décisions du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale selon les règles tracées par les lois et règlements en vigueur pour le contentieux en matière d'accidents de travail; il n'a pas d'effet suspensif.

(5) Un règlement grand-ducal peut adapter les procédures visées aux paragraphes (3) et (4) aux particularités de la matière régie par le présent titre.

Art. L. 527-2. L'indemnité de chômage complet n'a ni le caractère ni les conséquences des secours alloués en application de la loi du 28 mai 1897 sur le domicile de secours [1)].

Art. L. 527-3. S'il a été constaté que des indemnités ont été accordées à la suite d'une erreur matérielle, celles-ci sont redressées ou supprimées.

Les indemnités indûment payées sur la base de déclarations fausses ou erronées sont à restituer.

Art. L. 527-4. Sont punies d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement, à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale, ceux qui ont frauduleusement amené l'Agence pour le développement de l'emploi à fournir des indemnités de chômage qui n'étaient pas dues ou n'étaient dues qu'en partie.

La tentative de ce délit est punie d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 251 à 2.000 euros ou d'une de ces peines seulement.

Titre III - **Indemnité compensatoire de salaire en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique**

Chapitre premier - **Chômage dû aux intempéries**

Art. L. 531-1. (1) En cas de chômage involontaire directement causé par des intempéries, les salariés et les apprentis, ci-après dénommés les salariés, occupés dans les secteurs du bâtiment et du génie civil ainsi que dans les branches artisanales connexes, dont l'activité normale se déroule sur les chantiers, et qui subissent des pertes de salaire sans qu'il y ait interruption des relations d'emploi, ont droit à l'octroi d'une indemnité compensatoire de salaire selon les conditions et les modalités fixées par le présent titre.

(2) Un règlement grand-ducal peut étendre l'application du paragraphe (1) à d'autres secteurs ou branches économiques touchés par des intempéries exceptionnelles.

(3) Sur demande des employeurs concernés, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut appliquer les dispositions du présent chapitre à des entreprises déterminées autres que celles prévues aux paragraphes (1) et (2), à condition qu'il s'agisse de chômage résultant immédiatement d'intempéries.

Art. L. 531-2. (1) Sont considérés comme intempéries, en vue de l'application du présent chapitre, la pluie, le froid, la neige, le gel et le dégel, à condition que l'effet direct et immédiat des intempéries entraîne l'impraticabilité du lieu de travail, ou bien rende l'accomplissement des travaux impossible ou dangereux, eu égard soit à la santé ou à la sécurité des salariés, soit à la nature ou à la technique des travaux à exécuter.

---

1) Abrogée par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.

(2) Sur demande des personnes ou services de protection et de prévention de l'entreprise concernée au sens de l'article L. 322-2, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions ou le fonctionnaire délégué à cet effet, sur avis de l'employeur et du service de santé au travail compétent conformément titre II du présent livre relatif aux services de santé au travail, peut, en cas de chaleur exceptionnelle, admettre au bénéfice des dispositions du présent chapitre les salariés dont l'accomplissement du travail est rendu dangereux eu égard à leur santé ou leur sécurité par suite de l'effet direct et immédiat de la chaleur et de ses conséquences.

Art. L. 531-3. La décision concernant la cessation du travail appartient à l'employeur ou à son représentant dûment mandaté sur le lieu du travail, après consultation du représentant du personnel dûment mandaté sur le lieu du travail. Dans les entreprises soumises à l'obligation légale de faire élire une délégation du personnel, le représentant du personnel précité est obligatoirement un membre de la délégation ou un salarié désigné par la délégation du personnel.

Art. L. 531-4. L'employeur est tenu d'informer l'Agence pour le développement de l'emploi du chômage dû aux intempéries au plus tard le jour ouvrable suivant celui de la survenance du chômage. La déclaration de chômage doit être renouvelée chaque mois, et pour chaque période de chômage lorsqu'il y a eu reprise du travail à plein temps pendant une semaine au moins.

Art. L. 531-5. (1) L'Agence pour le développement de l'emploi est chargée de l'application des dispositions qui précèdent.

(2) Les décisions sont prises par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ou par le fonctionnaire par lui délégué à cet effet. Les décisions de refus ou de restitution sont motivées et notifiées au requérant par lettre recommandée à la poste.

Ces décisions peuvent faire l'objet d'une demande en réexamen auprès de la commission spéciale prévue à l'article L. 527-1.

La demande en réexamen doit être introduite par lettre recommandée et, sous peine de forclusion, avant l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision.

(3) Contre les décisions prises par la commission spéciale un recours est ouvert au requérant débouté, au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions et au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi. Ce recours est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale; il n'a pas d'effet suspensif.

Le recours doit être formé, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée; sont applicables les règles de procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(4) L'appel contre les décisions du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale selon les règles tracées par les lois et règlements en vigueur pour le contentieux en matière d'accidents de travail; il n'a pas d'effet suspensif.

(5) Un règlement grand-ducal peut préciser les procédures visées aux paragraphes (3) et (4) en tenant compte des particularités de la matière régie par le présent chapitre.

Chapitre II - **Chômage accidentel ou technique involontaire**

Art. L. 532-1. (1) En cas d'interruption partielle ou totale du fonctionnement de l'entreprise due à des sinistres revêtant le caractère de force majeure se produisant indépendamment de la volonté de l'employeur et du personnel, une subvention peut être allouée à l'employeur qui, plutôt que de procéder à des licenciements, s'engage à maintenir les contrats de travail ou d'apprentissage de son personnel et à lui verser une indemnité compensatoire de salaire pour les pertes de salaire subies du fait que la durée normale de travail, légale ou conventionnelle, est réduite dans l'entreprise.

(2) Toutefois, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, peut étendre le bénéfice de la subvention visée au paragraphe (1) à l'entreprise dont l'activité se trouve totalement interrompue ou sensiblement réduite du fait de travaux de voirie ou d'infrastructure décidés par l'administration compétente, d'une durée supérieure à un mois, entravant sérieusement l'accès de la clientèle, à condition que la réduction de l'activité en question entraîne une diminution notable du chiffre d'affaires par rapport à une période d'activité normale.

Art. L. 532-2. Les montants alloués à l'employeur en vertu d'un contrat d'assurance conclu auprès d'une compagnie d'assurances pour les heures de travail perdues en raison de chômage accidentel ou technique sont déduits des subventions prévues à l'article L. 532-1, pour autant qu'ils concernent des heures perdues au-delà de la tranche telle que définie à l'article L. 533-9, point 1.

Art. L. 532-3. (1) Avant d'introduire une demande en obtention d'une subvention auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, le chef d'entreprise est tenu d'informer et d'entendre les délégations du personnel ainsi que les organisations syndicales justifiant de la représentativité nationale respectivement justifiant de la représentativité dans un secteur particulièrement important au sens des articles L.161-3 à L.161-8 dans le cas d'entreprises liées par une convention collective de travail. [1)] L. 23.7.15,3,56°

1) D'après L. 23.7.15,5 l'entrée en vigueur de cette disposition intervient après les prochaines élections sociales, au plus tard lors des élections 2018.

(2) L'employeur est tenu d'informer l'Agence pour le développement de l'emploi du chômage involontaire dû à un sinistre, en indiquant la réduction de la durée de travail, les causes, les modalités, la durée prévisible de la réduction et le nombre de salariés concernés, au plus tard le jour ouvrable suivant celui de l'interruption. L. 31.7.06,annexe

Copie en est adressée incessamment par l'Agence pour le développement de l'emploi au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

Art. L. 532-4. Le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions décide, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'admission de l'entreprise au bénéfice des subventions prévues à l'article L. 532-1.

Chapitre III - **Dispositions communes**

Art. L. 533-1. (1) Sont admis au bénéfice des dispositions du chapitre Ier et du chapitre II du présent titre les salariés qui, involontairement et en dehors de tous motifs d'ordre personnel, ne peuvent plus travailler régulièrement par suite de l'effet immédiat des intempéries, à condition:

1. d'être légalement occupés auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire du Grand-Duché;
2. d'être occupés sur un lieu de travail situé sur le territoire du Grand-Duché au moment de la survenance du chômage;
3. d'être assurés en qualité de salariés auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois;
4. d'être aptes au travail et âgés de moins de soixante-huit ans accomplis, et de ne pas jouir d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité.

(2) Toutefois, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, admettre au bénéfice des dispositions du chapitre I^{er} et du chapitre II du présent titre les salariés occupés, lors de la survenance du chômage, sur un lieu de travail situé dans les régions limitrophes du Grand-Duché, à condition:

1. qu'ils soient légalement occupés auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire du Grand-Duché et dont l'activité normale se déroule sur le territoire luxembourgeois;
2. que le lieu de travail concerné se situe à cinquante kilomètres au plus du point de frontière le plus proche;
3. qu'ils soient assurés en qualité de salariés auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois;
4. qu'ils soient aptes au travail et âgés de moins de soixante-huit ans accomplis, et de ne pas jouir d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité.

(3) Le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, peut accorder des dérogations au point 2 du paragraphe (2), sur demande de l'employeur, dans des cas exceptionnels dûment justifiés.

Art. L. 533-2. (1) Les salariés temporairement absents lors de la survenance du chômage par suite de congé de maladie, de congé payé ou de congé non payé, sont assimilés, à partir du jour où ils entrent au service de leur employeur sur le lieu de travail concerné, aux salariés effectivement occupés sur ce lieu de travail le jour de la survenance du chômage.

(2) L'indemnité compensatoire de salaire n'est pas due pour ces absences temporaires.

(3) L'indemnité compensatoire de salaire n'est pas due non plus pour les périodes de congé collectif et pour les deux semaines qui comprennent les jours de Noël et de Nouvel An, sauf en cas de travail autorisé pendant ces périodes. Lorsque la journée de Noël tombe un dimanche, le délai de carence de deux semaines prend cours le lundi qui précède le 25 décembre.

Art. L. 533-3. L'indemnité compensatoire de salaire est due tant pour les heures de chômage isolées que pour les journées entières ou consécutives de chômage.

Art. L. 533-4. Sans préjudice des dispositions du livre Ier, titre III, chapitre II relatif au prêt temporaire de main d'œuvre, l'employeur doit affecter ou détacher, pour autant que possible, les salariés touchés par le chômage dû aux intempéries ou sinistres, soit dans d'autres entreprises, établissements, parties d'entreprise, ateliers, chantiers ou lieux de travail, soit à des travaux de chômage. Il en informe sans délai l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. L. 533-5. Les salariés sont tenus d'accepter toute occupation temporaire ou occasionnelle appropriée qui leur est offerte par l'Agence pour le développement de l'emploi ou leur employeur, sous peine de suppression du droit à l'indemnité compensatoire de salaire pour la semaine en cours, ou, en cas de récidive, pour le mois en cours.

Sous peine des mêmes sanctions, les salariés sont tenus à la fréquentation de cours d'éducation, de rééducation ou d'enseignement général organisés par l'État, les établissements publics ou l'employeur, ainsi qu'à la participation à des mesures d'éducation et de formation continue organisées par les instances et organismes professionnels agréés par l'autorité compétente.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, le salarié qualifié ayant une expérience confirmée, légalement occupé dans une entreprise déterminée depuis douze mois au moins,

peut refuser, de l'accord de son employeur, un emploi dans une autre entreprise qui lui est offert par l'Agence pour le développement de l'emploi, sans que ce refus ne donne lieu à la sanction prévue au premier alinéa du présent article.

Art. L. 533-6. La notion d'emploi approprié au sens de l'article L. 533-5 est définie conformément au règlement grand-ducal pris en exécution de l'article L. 521-3.

Art. L. 533-7. Tant l'employeur que l'Agence pour le développement de l'emploi peuvent obliger les salariés au chômage à se présenter régulièrement ou sur convocation au lieu de travail habituel, sans que cette obligation ne puisse créer des charges supplémentaires pour les salariés par rapport aux pratiques usuelles de l'entreprise ou du secteur en matière de transport à destination du lieu de travail..

Art. L. 533-8. (1) L'employeur qui occupe des salariés répondant aux conditions qui précèdent est tenu de leur verser une indemnité compensatoire de salaire jusqu'à la reprise du travail ou jusqu'à la cessation des relations d'emploi.

L'employeur est tenu d'avancer l'indemnité en la payant aux échéances normalement prévues, sous peine de suppression de l'intervention financière du Fonds pour l'emploi dans l'octroi de l'indemnité.

(2) Les sommes ainsi avancées par l'employeur lui sont remboursées dans les conditions et limites et selon les modalités déterminées à l'article L. 533-13.

Art. L. 533-9. L'indemnité compensatoire de salaire est due pour chaque heure de travail perdue involontairement et en dehors de tous motifs d'ordre personnel au-delà d'un nombre de huit heures au maximum par mois de calendrier, sans préjudice des dispositions de l'article L. 533-13, point 1.

Sont à déduire du nombre des heures perdues:

1. les heures de travail perdues qui ont été récupérées à l'entreprise au cours du mois considéré,
2. les heures de travail effectuées au cours du mois pour le compte d'autres employeurs; le salarié est tenu de signaler à son employeur normal les heures de travail accessoires ainsi effectuées,
3. les heures de travail supplémentaires dépassant la durée de travail hebdomadaire normale du salarié.

Les sanctions prévues à l'article L. 533-5 sont applicables aux salariés qui omettent de faire des déclarations ou qui font des déclarations inexactes au sujet des heures de travail accessoires effectuées ou qui, sans motifs valables, refusent de récupérer des heures de travail perdues.

Art. L. 533-10. La durée hebdomadaire de travail à mettre en compte pour la fixation du nombre normal des heures de travail du mois considéré et, partant, du nombre des heures de travail perdues, est la durée de travail hebdomadaire prévue au contrat de travail ou d'apprentissage du salarié ou de l'apprenti concerné. Les heures supplémentaires ne sont pas prises en considération.

Cette durée ne peut en aucun cas être supérieure à la durée de travail hebdomadaire normale prévue dans la loi ou dans les conventions collectives de travail applicables.

Pour les salariés à temps partiel, cette durée ne peut en aucun cas être supérieure à la durée de travail prévue au contrat, à l'exclusion des heures supplémentaires.

Art. L. 533-11. Le montant brut de l'indemnité horaire compensatoire de salaire est fixé à quatre-vingts pour cent du salaire horaire moyen brut effectivement touché par le salarié au cours des trois mois ayant précédé le mois de la survenance du chômage, sans qu'il puisse toutefois dépasser le montant de deux cent cinquante pour cent du salaire social minimum horaire revenant à un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Sont compris dans le salaire horaire brut au sens de l'alinéa qui précède les indemnités pécuniaires de maladie et les primes et suppléments courants, à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et de toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

L'indemnité compensatoire de salaire est soumise aux charges fiscales et sociales généralement prévues en matière de salaires, à l'exception toutefois des cotisations d'assurance accident et des cotisations dues en matière de prestations familiales.

Le salaire horaire brut au sens des alinéas qui précèdent d'un salarié rémunéré au mois est obtenue en divisant le salaire mensuel brute au sens du deuxième alinéa par cent soixante-treize heures.

Art. L. 533-12. Les heures de travail perdues indemnisées en vertu du présent titre sont assimilées à des heures de travail effectives pour l'application des dispositions légales ou contractuelles ayant trait à l'octroi de congés payés et d'autres avantages dont l'attribution ou les modalités sont liées à l'accomplissement d'une certaine durée de travail. Cependant, les heures de travail perdues ne sont pas imputées sur la durée de la période d'essai qui est prorogée en conséquence.

Art. L. 533-13. L'indemnité compensatoire de salaire avancée par l'employeur concerné en vertu des dispositions du présent titre est prise en charge, par l'employeur et par le Fonds pour l'emploi selon les modalités suivantes: L. 22.12.06,8

1. l'indemnité compensatoire de salaire correspondant à la première tranche de seize heures perdues au maximum par mois de calendrier est prise en charge par l'employeur;

2. le montant du remboursement à verser par le Fonds pour l'emploi à l'employeur concerné correspond au montant global de l'indemnité compensatoire de salaire avancée par l'employeur pour les heures de travail perdues au-delà de la tranche telle que définie au point 1 ci-dessus; L. 31.7.06,annexe
3. le versement de l'indemnité compensatoire de salaire et le remboursement par le Fonds pour l'emploi selon les modalités fixées au présent article sont limités à un maximum de trois cent cinquante heures de travail par salarié et par année de calendrier. En cas d'intempéries rigoureuses ou de sinistre grave d'une durée exceptionnelle, ce nombre-limite peut être majoré, par décision du Gouvernement en conseil sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, jusqu'à cinq cents heures;
4. les salaires dus pour les jours de congé payé et pour les jours fériés légaux ou d'usage ainsi que d'autres prestations extra-légales restent à charge de l'employeur;
5. les cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception toutefois des cotisations d'assurance accident et des cotisations dues en matière de prestations familiales, restent à charge de l'employeur;
6. le remboursement est refusé pour des heures ou journées de chômage reconnues comme non justifiées;
7. le remboursement est refusé pour les heures ou journées de chômage non déclarées en temps utile à l'Agence pour le développement de l'emploi conformément aux articles L. 531-4 et L. 532-3, dans la mesure où ce retard avait provoqué des dépenses qui auraient pu être évitées;
8. le refus de remboursement prononcé en vertu des points 6 et 7 ne peut préjudicier le droit du salarié de toucher l'indemnité compensatoire de salaire conformément aux articles L. 533-8 et L. 533-9.

Art. L. 533-14. (1) Au début du mois suivant celui de la survenance du chômage, l'employeur adresse à l'Agence pour le développement de l'emploi une déclaration de créance portant sur le montant des indemnités compensatoires de salaire à rembourser. Cette déclaration est accompagnée de décomptes mensuels individuels signés par les salariés concernés par le chômage dû aux intempéries ou le chômage accidentel ou technique. Cette signature vaut confirmation, de la part des salariés, d'avoir touché les montants indiqués.

Les décomptes mensuels individuels peuvent être dénoncés par les salariés moyennant lettre recommandée dans les quarante jours suivant la date à laquelle les décomptes sont entrés à l'Agence pour le développement de l'emploi. La dénonciation doit être motivée et indiquer les droits invoqués.

La déclaration de créance précitée, accompagnée des décomptes mensuels individuels, est à introduire auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi sous peine de forclusion, dans les douze mois suivant le mois de survenance du chômage.

(2) Dans l'attente de la vérification des décomptes mensuels présentés par l'employeur, le Fonds pour l'emploi leur verse, sur le vu d'une déclaration appuyée par des pièces justificatives, des acomptes à valoir sur les remboursements, de l'ordre de quatre-vingt-dix pour cent du montant présumé des remboursements à effectuer.

Art. L. 533-15. Pour autant que de besoin, les salariés indemnisés en vertu des dispositions du présent titre peuvent être assurés contre le risque accident à charge du Fonds pour l'emploi.

Un règlement grand-ducal peut en fixer les modalités d'exécution.

Art. L. 533-16. De l'accord de l'Agence pour le développement de l'emploi, les administrations communales sont autorisées à occuper les salariés visés par le présent titre à des travaux de déblaiement de la voie publique.

Le Fonds pour l'emploi prend à charge trente pour cent des salaires brutes accordés aux salariés concernés, à l'exclusion toutefois des cotisations patronales de sécurité sociale et des suppléments accordés pour heures de travail effectuées en dehors de l'horaire de travail normal.

Art. L. 533-17. Les indemnités accordées par suite d'une erreur matérielle sont redressées ou supprimées.

Sans préjudice des droits des salariés de toucher l'indemnité compensatoire de salaire, les montants indûment payés aux employeurs sur base de déclarations fausses ou erronées sont à restituer.

[...]

Titre VIII - **Préretraite**

L. 31.7.06,annexe

Chapitre Premier - **Préretraite-solidarité** [1) 2)]

Art. L. 581-1. à Art. L. 581-9 (articles abrogés)

L. 30.11.07,2,1°

Chapitre II - **Préretraite-ajustement**

L. 31.7.06, annexe

Art. L. 582-1. (1) L'employeur peut solliciter l'admission de son personnel à la préretraite-ajustement par convention conclue avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, en cas de fermeture de l'entreprise ou pour éviter des licenciements résultant de la suppression d'emplois engendrée par la restructuration de l'entreprise ou de la transformation d'emplois consécutive à des mutations technologiques.

Il en est de même des curateurs d'entreprises déclarées en état de faillite, des commissaires d'entreprises placées sous gestion contrôlée et des liquidateurs de sociétés en voie de liquidation judiciaire.

(2) L'employeur engagé dans un processus de restructuration sur une longue période peut être autorisé par la convention conclue avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions ou par avenant à la convention à réajuster la structure d'âge de son personnel par des embauches nouvelles ayant pour objet de compenser, en tout ou en partie, les départs à la préretraite.

(3) La convention visée aux paragraphes 1er et 2 est conclue après consultation du Comité de conjoncture et ne peut pas dépasser la durée de validité d'une année de calendrier.

L. 30.11.17,2,2°

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa qui précède, la durée de validité de la convention peut dépasser la durée de validité d'une année de calendrier pour les entreprises ayant conclu un plan social ou un plan de maintien dans l'emploi prévoyant l'application de la préretraite-ajustement. La durée de validité de la convention rendant possible des départs en préretraite-ajustement ne peut cependant pas dépasser la durée de validité du plan social respectivement du plan de maintien dans l'emploi.

(4) La convention conclue en application du paragraphe 1er précise, le cas échéant, si elle s'applique à une ou plusieurs unités d'une entité économique et sociale.

Art. L. 582-2. (1) Le salarié âgé de cinquante-sept ans accomplis, occupé dans l'entreprise comprise dans le champ d'application des dispositions du présent chapitre conformément aux dispositions de l'article L. 582-1 depuis au moins cinq ans, a droit à l'admission à la préretraite et au versement d'une indemnité de préretraite selon les modalités visées à l'article L. 585-1 au plus tôt trois années avant le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il vient à remplir les conditions d'ouverture du droit soit à une pension de vieillesse, soit à une pension de vieillesse anticipée.

L. 30.11.17,2,3°

(2) La période d'indemnisation en préretraite-ajustement ne peut dépasser trois années et prend fin à l'âge de soixante-trois ans accomplis au plus tard.

(3) La condition de la durée d'occupation minimale prévue au paragraphe 1er est réduite à une année pour les salariés ayant travaillé précédemment dans une entreprise tombée en faillite ou ayant fait l'objet d'une liquidation judiciaire.

(4) Le salarié ayant été occupé dans une entreprise éligible à la préretraite-ajustement conformément à l'article L. 582-1, et ayant fait l'objet d'un licenciement collectif, d'un licenciement pour des motifs non inhérents à sa personne ou d'une cessation de la relation de travail en cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'employeur, et qui vient à remplir les conditions d'admission à la préretraite fixées au paragraphe 1er au cours des périodes d'indemnisation au titre de chômage complet prévues par l'article L. 521-11 peut également faire valoir le droit d'admission à la préretraite-ajustement.

(5) La condition d'âge prévue au paragraphe 1er ne s'applique pas aux personnes admises à la pension de vieillesse anticipée au titre de l'assurance supplémentaire des salariés mineurs ou en qualité de salarié technique des mines du fond.

(6) Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1er, l'entreprise peut être autorisée par la convention visée à l'article L. 582-1 à admettre son personnel à la préretraite-ajustement à partir au plus tôt du 1er janvier de la troisième année de calendrier précédant celle au cours de laquelle le salarié vient à remplir les conditions d'ouverture du droit soit à une pension de vieillesse, soit à une pension de vieillesse anticipée.

---

1) ***L. 30.11.17,4:***
Les articles L. 581-1 à L. 581-9 du Code du travail continuent à s'appliquer dans les entreprises dont la convention collective de travail conclue avant la date fixée à l'article 5 prévoit l'application de la préretraite solidarité, aux départs autorisés pendant la durée de validité de la convention.
Il en est de même pour les entreprises couvertes par une convention en matière de préretraite-solidarité signée avant cette date avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, pendant une durée maximale de deux ans à compter de la signature de cette convention. (Pour la teneur de ces articles voir Code du travail).

2) ***L. 30.11.17,5:***
Le point 1 de l'article 2 de la présente loi entre en vigueur 6 mois après le premier jour du mois qui suit sa publication.

(7) Une période d'indemnisation en préretraite-ajustement au-delà de soixante-trois ans et jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans accomplis peut être autorisée par la convention prévue au paragraphe 1er de l'article L. 582-1 à condition que le montant de la pension à laquelle les salariés concernés ont déjà droit ne dépasse pas le montant de la pension minimale telle que définie à l'article 223 du Code de la sécurité sociale.

Art. L. 582-3. (1) Le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur l'intégralité des charges résultant pour lui du versement de l'indemnité de préretraite visée à l'article L. 585-1, y compris la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité. L. 31.7.06,annexe

Toutefois une entreprise jugée par le Gouvernement, sur avis obligatoire du comité de conjoncture, en situation économique et financière équilibrée, est tenue de participer aux charges résultant du versement de l'indemnité de préretraite.

La participation aux charges résultant du versement de l'indemnité de préretraite n'est ni applicable à la partie indemnité compensatoire prévue à l'article L. 551-2 ni à la partie aide au réemploi visée au point 9 du paragraphe 1er de l'article L. 631-2. L. 30.11.17,2,4°

(2) Le taux de participation se situe en principe entre trente et soixante-quinze pour cent de l'indemnité de préretraite, y compris la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité. Ce taux ne pourra être inférieur à trente pour cent que dans le cadre de l'exécution d'un plan de maintien dans l'emploi au sens de l'article L. 513-3, homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions. L. 22.12.06,4,1

(3) En cas de cessation des affaires de l'entreprise, le Fonds pour l'emploi verse l'indemnité de préretraite directement au salarié, sur demande de celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L. 585-4. L. 31.7.06,annexe

(4) Le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut, sur demande de l'employeur, consentir au versement direct de l'indemnité de préretraite au salarié conformément aux dispositions de l'article L. 585-4, lorsque des difficultés financières particulièrement graves équivalant à un cas de force majeure sur le plan économique placent l'employeur dans l'impossibilité de remplir ses obligations.

Chapitre III - **Préretraite des salariés postés et des salariés de nuit**

Art. L. 583-1. (1) Le salarié âgé de cinquante-sept ans accomplis au moins, ayant été occupé pendant cinq années au moins auprès de l'employeur qui introduit la demande, et justifiant de vingt années au moins de travail posté dans le cadre d'un mode d'organisation du travail fonctionnant par équipes successives, comprenant obligatoirement un poste de nuit, a droit à l'admission à la préretraite et au versement par l'employeur d'une indemnité de préretraite dans les conditions et selon les modalités visées à l'article L. 585-1 au plus tôt trois années avant le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il vient à remplir les conditions d'ouverture du droit soit à une pension de vieillesse, soit à une pension de vieillesse anticipée. L. 30.11.17,2,5°

Le salarié sollicitant le bénéfice de la préretraite pour travail posté ou de nuit doit apporter la preuve d'avoir travaillé pendant au moins vingt pour cent de la durée de travail mensuelle normale dans la fourchette de temps comprise entre 22.00 heures et 6.00 heures au cours de la période de référence visée aux paragraphes 1er et 2 du présent article.

Il en est de même du salarié justifiant de vingt années de travail prestées en poste fixe de nuit tel que défini à l'article L. 211-14 pour autant que son temps de travail normal corresponde au moins à cinquante pour cent d'un poste à temps plein.

(2) Par dérogation au paragraphe 1er, le salarié justifiant de quinze années de travail prestées dans le cadre d'un mode d'organisation du travail fonctionnant par équipes successives, comprenant obligatoirement un poste de nuit, ou en poste fixe de nuit au cours des vingt-cinq années précédant immédiatement le départ en préretraite peut également prétendre à l'admission à la préretraite.

Un règlement grand-ducal peut étendre le bénéfice des dispositions du présent article à des salariés justifiant de vingt années de travail dans le cadre d'autres modes d'organisation du travail comportant la prestation régulière du travail de nuit.

La condition de la durée d'occupation minimale prévue au paragraphe 1er est réduite à une année pour les salariés en provenance d'une entreprise en faillite ou en liquidation judiciaire.

La condition d'âge prévue au premier alinéa du paragraphe 1er ne s'applique pas aux personnes admises à la pension de vieillesse anticipée au titre de l'assurance supplémentaire des salariés mineurs ou en qualité de salarié technique des mines de fond.

(3) La période d'indemnisation en préretraite ne peut pas dépasser trois années entières et prend fin à l'âge de soixante-trois ans accomplis au plus tard.

Toutefois, tout en respectant la limite des trois années, la fin de la période d'indemnisation en préretraite pour travail posté ou de nuit peut s'étendre jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans accomplis pour les salariés qui n'ont pas droit à une pension de vieillesse anticipée.

(4) Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du paragraphe 1er, l'entreprise éligible à la préretraite-ajustement conformément à l'article L. 582-1 peut être autorisée par la convention visée à l'article précité à admettre son personnel à la préretraite des salariés postés et des salariés de nuit au plus tôt à partir du 1er janvier de la troisième année de calendrier précédant celle au cours de laquelle les salariés viennent à remplir les conditions d'ouverture du droit soit à une pension de vieillesse, soit à une pension de vieillesse anticipée.

Le taux de participation visé au paragraphe 2 de l'article L. 582-3 s'applique à la période se situant avant la date de départ en préretraite des salariés postés et des salariés de nuit définie au paragraphe 1er.

(5) Le salarié ayant fait l'objet d'un licenciement collectif, d'un licenciement pour des motifs non inhérents à sa personne ou d'une cessation de la relation de travail en cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'employeur, et qui vient à remplir les conditions d'admission à la préretraite fixées aux paragraphes 1er et 2 qui précèdent au cours des périodes d'indemnisation au titre de chômage complet prévues par l'article L. 521-11 peut également bénéficier du régime de la préretraite.

Art. L. 583-2. Le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur l'intégralité des charges résultant pour lui du versement de l'indemnité de préretraite visée à l'article L. 585-1, y compris la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité. L. 31.7.06,annexe

Art. L. 583-3. (1) Le salarié sollicitant l'admission à la préretraite conformément aux dispositions de l'article L. 583-1 introduit auprès de l'employeur une demande écrite trois mois au plus tard avant la date présumée de l'admission à la préretraite.

Le salarié joint à sa demande un certificat établi par le ou les organismes compétents de la sécurité sociale établissant la date d'ouverture de ses droits à une pension de vieillesse ou à une pension de vieillesse anticipée.

Il joint en outre à sa demande tous documents, certificats, attestations, informations ou déclarations permettant d'apprécier l'accomplissement des conditions particulières d'occupation visées à l'article L. 583-1.

Les modalités relatives aux preuves à rapporter pour justifier la période de travail posté par équipes successives peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

(2) L'employeur adresse copie de la demande à la délégation du personnel de l'entreprise. L. 30.11.17,2,6°

Art. L. 583-4. (1) La décision d'admission à la préretraite des salariés est prise par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur la base d'une demande de concours du Fonds pour l'emploi à la préretraite pour travail posté ou de nuit lui présentée par l'employeur, après consultation des délégations compétentes de son personnel; l'employeur est obligé de présenter la demande précitée au plus tard un mois avant l'ouverture des droits. Passé ce délai, le remboursement du Fonds pour l'emploi prend effet le premier jour du mois au cours duquel la requête est introduite. L. 30.11.17,2,7°

L'employeur devra communiquer, par les moyens appropriés, la liste des départs en préretraite des salariés concernés à la délégation du personnel de l'entreprise.

(2) La décision d'admission visée au paragraphe 1er confère au salarié le droit à l'admission à la préretraite et au versement par l'employeur de l'indemnité de préretraite conformément aux dispositions de l'article L. 585-1, de même, elle confère à l'employeur le droit au concours du Fonds conformément aux dispositions de l'article L. 583-2.

Chapitre IV - **Préretraite progressive**

Art. L. 584-1. Le bénéfice de la préretraite progressive est accordé aux salariés des entreprises éligibles en vertu d'une stipulation expresse d'une convention collective de travail, stipulation à agréer par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, ou en vertu d'une convention spéciale conclue entre ce ministre et une entreprise déterminée soit non couverte par une convention collective, soit couverte par une convention collective applicable à la branche d'activité ne prévoyant pas l'application de la préretraite progressive. L. 31.7.06,annexe

La conclusion de la convention spéciale visée à l'alinéa qui précède est subordonnée à la présentation de l'avis de la délégation du personnel de l'entreprise. L. 30.11.17,2,8°

Art. L. 584-2. (1) Le salarié âgé de cinquante-sept ans accomplis au moins, occupé depuis cinq années au moins sur un poste de travail comportant une durée de travail d'au moins soixante-quinze pour cent d'un poste à temps plein, qui accepte une réduction de son temps de travail, peut solliciter le bénéfice de la préretraite progressive dans les conditions et selon les modalités de l'article L. 585-1, à condition d'être occupé dans une entreprise éligible conformément aux dispositions de l'article L. 584-1. L. 30.11.17,2,9°

Le salarié sollicitant l'admission à la préretraite progressive doit remplir les conditions d'ouverture du droit soit à la pension de vieillesse, soit à la pension de vieillesse anticipée après la fin de la période d'indemnisation en préretraite.

(2) Le salarié visé au paragraphe 1er et occupé dans une entreprise couverte par une convention collective de travail et éligible au sens du paragraphe 1er de l'article L. 584-1, a droit à l'admission à la préretraite progressive.

(3) Le salarié visé au paragraphe 1er et occupé dans une entreprise ayant conclu une convention spéciale avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, peut demander le bénéfice de l'admission à la préretraite progressive.

(4) La durée d'indemnisation en préretraite progressive ne peut pas dépasser trois années entières se situant entre le premier jour du mois suivant son cinquante-septième anniversaire et l'âge de soixante-trois ans accomplis.

Toutefois, la durée d'indemnisation en préretraite progressive peut s'étendre jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans accomplis pour les salariés qui n'ont pas droit à une pension de vieillesse anticipée.

La condition d'âge prévue au paragraphe 1er ne s'applique pas aux personnes admises à la pension de vieillesse anticipée au titre de l'assurance supplémentaire des salariés mineurs ou en qualité de salarié technique des mines du fond.

Art. L. 584-3. (1) Le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur l'intégralité des charges résultant pour lui du versement de l'indemnité de préretraite calculée conformément aux dispositions de l'article L. 585-1 y compris la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité, à condition que l'employeur justifie l'embauche effective, sous le couvert d'un contrat de travail à temps plein ou d'un contrat de travail à temps partiel conclu à durée indéterminée, ou d'un contrat d'apprentissage: L. 30.11.17,2,10°

1. d'un ou de plusieurs chômeurs indemnisés ou de demandeurs d'emploi sans emploi inscrits depuis trois mois au moins et lui proposés par l'Agence pour le développement de l'emploi, afin de pourvoir, pour le moins, à la fraction du poste libérée par suite de la réduction de la durée de travail du salarié bénéficiant de la préretraite progressive. Sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi la durée d'inscription minimale peut être réduite à un mois;
2. d'un ou de plusieurs salariés dont le contrat de travail à durée déterminée a été transformé en contrat à durée indéterminée dans les délais visés aux paragraphes 2 et 3 à condition que le contrat à durée déterminée ait été précédé d'une période d'indemnisation conformément aux dispositions du Livre V, Titre II ou d'une période d'inscription comme demandeur d'emploi sans emploi proposé à l'employeur conformément aux articles L. 622-1 et suivants;
3. d'un ou de plusieurs demandeurs d'emploi sans emploi bénéficiant d'une mesure en faveur de l'emploi prévue aux Chapitres III et IV du Titre II du Livre V et au Chapitre III du Titre IV du Livre V;
4. d'un ou de plusieurs salariés ou d'apprentis provenant d'une entreprise confrontée à des difficultés conjoncturelles ou structurelles et exposés à un risque imminent de licenciement;
5. d'un ou de plusieurs salariés provenant d'une entreprise ayant conclu un plan de maintien dans l'emploi au sens de l'article L. 513-3, homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions;
6. d'un ou de plusieurs salariés provenant d'une entreprise en faillite ou en liquidation judiciaire.

(2) Pour les besoins de l'application des dispositions du présent article, peuvent être prises en considération les embauches effectuées dans les six mois qui précèdent l'admission à la préretraite respectivement dans les six mois qui suivent l'admission à la préretraite.

(3) Au cas où l'embauche compensatrice est effectuée moyennant contrat d'apprentissage, le délai fixé au paragraphe qui précède est étendu jusqu'au début de l'année scolaire d'apprentissage précédant le départ à la préretraite respectivement au début de l'année scolaire d'apprentissage suivant le départ à la préretraite.

(4) Pour les besoins de l'application des dispositions du présent article, peuvent être prises en considération les embauches de remplacement effectuées au sein d'une entité économique et sociale.

(5) Le droit au remboursement par le Fonds pour l'emploi est conditionné par le maintien dans l'entreprise, après la fin de la période de préretraite, pendant une période d'au moins deux années, du salarié ou apprenti ayant fait l'objet de l'embauche compensatrice, sinon d'un autre demandeur d'emploi, répondant aux conditions fixées au paragraphe 1er.

(6) Sans préjudice des dispositions de l'article L. 585-7, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut, à la demande de l'employeur et après consultation du Comité de conjoncture, accorder dispense, temporaire ou définitive, de l'observation de la condition de rééquilibrage visée à l'article L. 584-3, aux employeurs confrontés à des difficultés conjoncturelles ou structurelles particulièrement graves pour l'attribution du concours du Fonds pour l'emploi aux charges de la préretraite des salariés admis à la préretraite antérieurement à la demande de la dispense.

(7) L'entreprise comprise dans le champ d'application des dispositions des Chapitres II et IV du présent Titre, peut solliciter l'admission de son personnel à la préretraite progressive sans être tenue à l'observation de la condition de rééquilibrage visée au paragraphe 1er.

Le taux de participation défini à l'article L. 582-3 s'appliquera également aux départs en préretraite progressive.

Art. L. 584-4. (1) La réduction, le cas échéant progressive, du temps de travail du salarié admis à la préretraite progressive ainsi que les conditions et modalités d'exécution du contrat de travail font l'objet d'un avenant écrit établi conformément aux dispositions du livre Ier, titre II, chapitre III relatif à l'emploi des salariés à temps partiel, qui régissent la relation de travail concernée. L. 31.7.06,annexe

L'article L. 121-7 est inapplicable à la conclusion de l'avenant précité, en ce qui concerne la seule réduction du temps de travail devenue nécessaire par suite de l'admission du salarié à la préretraite progressive.

La durée de travail à temps partiel du salarié admis à la préretraite progressive, fixée par l'avenant précité, doit être égale à quarante pour cent au moins et à soixante pour cent au plus de la durée de travail antérieure. L. 30.11.17,2,11°

(2) L'embauche compensatrice prévue à l'article L. 584-2 peut se faire moyennant: L. 31.7.06,annexe

1. contrat de travail à temps plein;
2. contrat de travail à temps partiel conformément aux dispositions du livre Ier, titre II, chapitre III relatif à l'emploi des salariés à temps partiel;
3. contrat d'apprentissage.

Art. L. 584-5. La convention visée à l'article L. 584-1, sinon la délégation du personnel de l'entreprise, peut établir les critères de priorité pour l'admission à la préretraite. À défaut d'obligation d'avoir une délégation du personnel, l'employeur, après consultation du personnel de l'entreprise, établit les critères de priorité. L. 30.11.17,2,12°

Dans les entreprises occupant moins de cent cinquante salariés l'employeur établit les critères de priorité après consultation de la délégation du personnel. L. 31.7.06,annexe

Les critères de priorité définis conformément aux dispositions de l'alinéa qui précède doivent conférer un rang de priorité absolue aux salariés justifiant de quatre cent quatre-vingt mois de travail au moins constatés par l'affiliation obligatoire à l'assurance pension.

Art. L. 584-6. (1) L'employeur sollicitant le concours du Fonds pour l'emploi adresse au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions une requête sur la base d'un formulaire-type. L. 30.11.17,2,13°

(2) Le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions constate, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi et par décision individuelle, pour chaque salarié admis à la préretraite, que les conditions d'ouverture pour l'attribution du concours du Fonds sont remplies. L. 31.7.06,annexe

La décision visée à l'alinéa qui précède prend effet à partir du jour où les conditions d'ouverture pour l'attribution du concours du Fonds sont remplies, à la condition que la requête soit introduite avant l'expiration d'un délai de trois mois à partir de ce jour. Passé ce délai, elle prend effet le premier jour du mois au cours duquel la requête est introduite.

Art. L. 584-7. Le remboursement du Fonds pour l'emploi est suspendu aussi longtemps que l'emploi libéré par le salarié admis à la préretraite n'est pas occupé par un salarié remplissant les conditions légales ouvrant droit au remboursement par le Fonds.

Il n'en est pas ainsi lorsque dans les deux mois l'emploi est pourvu à nouveau par un salarié remplissant les conditions légales ouvrant droit au remboursement par le Fonds.

Chapitre V - **Indemnité de préretraite**

Art. L. 585-1. (1) L'indemnité mensuelle de préretraite servie au salarié admis à la préretraite est égale à quatre-vingt-cinq pour cent du salaire mensuel brut ainsi que de la partie variable du salaire effectivement dus pour les douze mois précédant immédiatement la période d'indemnisation pour une première période de douze mois, à quatre-vingts pour cent de ce salaire pour une seconde période de douze mois et à soixante-quinze pour cent de ce salaire pour la période restant à courir jusqu'au jour où le service de l'indemnité cesse conformément aux dispositions de l'article L. 585-6. L. 30.11.17,2,14°

L'indemnité ne peut être supérieure au montant mensuel du plafond cotisable à l'assurance-pension.

(2) Toutefois, en cas d'application de l'article L. 582-2, paragraphe 4, et de l'article L. 583-1, paragraphe 5, l'indemnité mensuelle de préretraite servie au salarié admis à la préretraite est égale au montant de l'indemnité de chômage complet telle que fixée aux premier et deuxième alinéas du paragraphe 1er ainsi qu'aux paragraphes 2 et 3 de l'article L. 521-14.

(3) En cas d'application du paragraphe 6 de l'article L. 582-2, l'indemnité mensuelle de préretraite servie au salarié admis à la préretraite est calculée sur base du salaire mensuel brut auquel le salarié a droit pour le mois au cours duquel il vient à remplir les conditions d'admission à la préretraite, conformément au paragraphe 1er de l'article L. 582-2.

Il en est de même au cas où le salarié a droit à une augmentation salariale prenant effet moins de trois mois avant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel il vient à remplir les conditions d'admission à la préretraite, à condition toutefois qu'il fasse effectivement partie du personnel de l'entreprise au moment de la prise d'effet de l'augmentation en question.

(4) Sur demande, la période de référence à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de préretraite peut être portée jusqu'à dix-huit mois par décision du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

(5) Doivent être compris dans le salaire de référence servant au calcul de l'indemnité mensuelle de préretraite:

1. les indemnités pécuniaires de maladie;
2. les primes et suppléments courants;
3. le treizième mois à raison d'un douzième par mois;
4. la moyenne de la gratification des trois dernières années à raison d'un douzième par mois;
5. l'indemnité compensatoire visée à l'article L. 551-2 (3);
6. l'aide temporaire au réemploi visée au point 9 du paragraphe 1er de l'article L. 631-2;
7. les pertes de salaire subies par le salarié au cours de la période de référence au titre de chômage partiel ou de chômage dû aux intempéries ou en cas de chômage accidentel ou technique.

Sont exclus les salaires pour heures supplémentaires et toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

Sont à considérer comme augmentations du salaire au sens du deuxième alinéa du paragraphe 3, celles découlant d'adaptations barémiques telles l'attribution de biennales, de promotions, de recalculs du salaire personnel ou de dispositions de conventions collectives.

(6) L'indemnité de préretraite doit être adaptée aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions de l'article 11, paragraphe (1) de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État. L. 31.7.06,annexe

(7) En cas de préretraite progressive conformément aux articles L. 584-1 et suivants, le montant de l'indemnité de préretraite établi conformément aux paragraphes (1) à (6) du présent article est adapté au prorata de la réduction de la durée de travail du salarié bénéficiant de la préretraite progressive.

(8) Lors du premier versement de l'indemnité de préretraite, l'employeur ou, en cas de subrogation conformément aux articles L. 582-3 et L. 585-4, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions remet au bénéficiaire un décompte détaillé relatif au calcul de l'indemnité.

Art. L. 585-2. (1) L'indemnité de préretraite est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements, à l'exception des cotisations dues à l'Association d'assurance accident et à la Caisse de l'avenir pour les enfants.

(2) Les bénéficiaires de l'indemnité de préretraite sont assimilés en matière d'assurance maladie aux bénéficiaires de pensions en ce qui concerne l'affiliation et le taux de cotisation.

(3) L'indemnité est versée par l'employeur ou, s'il y a lieu, par le Fonds pour l'emploi aux termes normaux prévus pour le paiement des salaires et traitements, sous déduction des versements à qui de droit et des charges visées au présent article.

Art. L. 585-3. (1) L'employeur est obligé d'informer immédiatement l'Agence pour le développement de l'emploi:

1. en cas d'arrêt du versement de l'indemnité de préretraite;
2. en cas de cessation de l'emploi du salarié embauché en remplacement du salarié admis à la préretraite conformément aux dispositions de l'article L. 584-3; L. 30.11.17,2,15°
3. en cas de réembauchage d'un salarié conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 584-7.

(2) Le salarié admis à la préretraite est obligé d'informer immédiatement l'employeur et l'Agence pour le développement de l'emploi de toute modification de sa situation personnelle susceptible d'influer sur ses droits à indemnisation et, le cas échéant, sur le droit de l'employeur au concours du Fonds. L. 31.7.06,annexe

Art. L. 585-4. (1) En cas de cessation des affaires de l'entreprise, intervenue après le départ en préretraite du salarié, le Fonds pour l'emploi se trouve, sur demande du salarié, subrogé dans les obligations de l'employeur à l'égard du salarié admis à la préretraite sur la base des dispositions des articles L. 582-2, L. 583-1 et L. 584-2. L. 30.11.17,2,16°

(2) Sur demande de l'employeur, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut consentir la subrogation du Fonds dans les obligations de l'employeur visées au paragraphe (1), lorsque des difficultés financières particulièrement graves équivalant à un cas de force majeure sur le plan économique placent l'employeur dans l'impossibilité de remplir ses obligations. L. 31.7.06,annexe

(3) En cas de faillite ou de liquidation judiciaire, le versement de l'indemnité de préretraite par le Fonds pour l'emploi est de droit. L. 30.11.17,2,16°

Dans les cas visés à l'alinéa qui précède, le bénéficiaire de l'indemnité de préretraite progressive peut demander le bénéfice de l'indemnité de chômage complet proratisée conformément aux articles L. 521-7 et suivants. L'indemnité de chômage complet proratisée sera calculée sur la perte de salaire subie par le salarié en préretraite progressive.

Art. L. 585-5. S'il survient une modification dans la situation de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation de fonds, mise en société, les obligations résultant pour l'employeur des dispositions du présent titre subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise transférée dans la mesure où elles se trouvent en cours au jour de la modification. L. 31.7.06,annexe

Art. L. 585-6. Les droits à l'indemnité de préretraite cessent de plein droit:

1. à partir du jour où les conditions d'ouverture du droit à une pension de vieillesse sont remplies;
2. à partir du jour où le préretraité remplit les conditions de stage pour avoir droit à la pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de soixante-trois ans, sauf en cas d'application du quatrième alinéa du paragraphe 7 de l'article L. 582-2; L. 30.11.17,2,17°
3. dans tous les cas, à partir du jour où le préretraité a droit, sur sa demande, à une pension de vieillesse anticipée ou à une pension d'invalidité; L. 31.7.06,annexe
4. à partir du jour du décès du préretraité;
5. à partir du jour où le bénéficiaire exerce ou reprend une activité lui rapportant un revenu qui, sur une année civile, dépasse par mois la moitié du salaire social minimum applicable au salarié concerné.

Art. L. 585-7. (1) L'indemnité de préretraite doit être supprimée si les conditions prévues par le présent titre ne sont plus remplies.

S'il est constaté que l'indemnité de préretraite a été accordée par suite d'une erreur matérielle, elle est relevée, réduite ou supprimée.

(2) En cas d'inobservation des obligations imposées respectivement à l'employeur par le paragraphe (1) de l'article L. 585-3 et au salarié par le paragraphe (2) du même article, les indemnités touchées peuvent être récupérées au profit du Fonds pour l'emploi respectivement auprès de l'employeur ou auprès du salarié. La restitution est obligatoire si l'employeur ou le salarié a provoqué son attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis, dans une intention frauduleuse, de signaler après l'attribution de l'indemnité des faits importants.

(3) Les indemnités indûment touchées sont à restituer par l'employeur, par le salarié ou par ses ayants droit sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles; elles peuvent être déduites des indemnités ou des arrérages restant dus soit à l'employeur soit au salarié.

La décision de restitution est prise par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions après avoir entendu les intéressés ou leurs ayants droit soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.

(4) En cas d'inobservation par l'employeur des obligations lui imposées par le paragraphe 5 de l'article L. 584-3, les indemnités touchées sont obligatoirement récupérées au profit du Fonds pour l'emploi. L. 30.11.17,2,18°

Chapitre VI - **Attribution du concours du Fonds pour l'emploi**

Art. L. 586-1. Le concours du Fonds pour l'emploi, attribué conformément aux articles L. 582-3, L. 583-2 et L. 584-3, est liquidé sur la base d'un décompte mensuel établi par l'employeur et vérifié par l'Agence pour le développement de l'emploi ; le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions détermine la forme et le contenu du formulaire-type à utiliser par l'employeur. L. 30.11.17,2,19°

Le décompte mensuel est à présenter, sous peine de forclusion, dans les six mois qui suivent la fin du mois concerné.

Chapitre VII - **Encadrement des demandeurs d'emploi** L. 31.7.06,annexe

Art. L. 587-1. (1) Les salariés bénéficiant d'une indemnité de préretraite en application du présent titre peuvent être affectés à l'encadrement ou au tutorat de demandeurs d'emploi bénéficiant d'une mesure de mise au travail ou de formation.

(2) Cette affectation se fait sur base d'un engagement volontaire des salariés concernés et fait l'objet d'une convention entre le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, l'organisateur de la mesure de mise au travail ou de la formation et le salarié préretraité.

(3) Cette convention fixe les droits et obligations des parties et les modalités d'exécution des mesures.

(4) Les préretraités affectés à l'encadrement des demandeurs d'emploi ont droit à une indemnité correspondant au maximum à la moitié du salaire social minimum horaire applicable au salarié concerné. L'indemnité est à charge du Fonds pour l'emploi.

Chapitre VIII - **Contentieux**

Art. L. 588-1. (1) Le salarié qui prétend au droit d'admission à la préretraite et ne figurant pas sur le relevé établi par l'employeur peut se pourvoir devant le président de la juridiction du travail compétente qui statue d'urgence dès le dépôt du recours au greffe. Il en est de même en cas de non-présentation de la liste par l'employeur et dans le cas de refus d'admission à la préretraite par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

(2) La décision du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, prise en vertu de l'article L. 585-7, est susceptible d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(3) Sans préjudice des dispositions qui précèdent, les contestations à naître de l'application des dispositions du présent titre et de ses mesures d'application sont jugées par les juridictions de travail compétentes.

(4) Dans les cas de subrogation du Fonds pour l'emploi dans les obligations de l'employeur conformément aux dispositions de l'article L. 585-4, les contestations relatives aux prestations du Fonds sont jugées comme en matière d'indemnisation du chômage complet. L. 30.11.17,2,20°

Chapitre IX - **Dispositions financières et relatives à l'accès aux données**

Art. L. 589-1. (1) La caisse de pension compétente verse au Fonds pour l'emploi le montant brut de la pension de vieillesse anticipée à laquelle le salarié, bénéficiant de l'indemnité de préretraite en vertu des chapitres II et III du présent titre, a droit en vertu de l'article 184, alinéas 1 et 2 du Code de la sécurité sociale, indépendamment de la présentation d'une demande de pension en vertu de l'article 273 du même code par l'assuré lui-même. L. 31.7.06,annexe

(2) Le versement de la pension s'effectue mensuellement à la demande du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions et en sa qualité de gestionnaire du Fonds pour l'emploi. Le

recalcul prévu à l'article 194 du même code s'applique par analogie au moment de la cessation de l'indemnité de préretraite.

Les ministres ayant respectivement dans leurs attributions l'Emploi et la Sécurité sociale peuvent, d'un commun accord, charger la caisse de pension compétente d'effectuer le versement prévisé directement à l'employeur.

(3) Les dispositions du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles ont trait au bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée, s'appliquent, pendant la période où celui-ci touche une indemnité de préretraite, au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions en sa qualité de gestionnaire du Fonds pour l'emploi. La situation du bénéficiaire reste régie exclusivement par le présent titre.

Art. L. 589-2. Le Centre commun de la sécurité sociale est tenu de transmettre par la voie informatique au ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur sa demande, les données contenues dans les banques de données gérées par le Centre, en vue de la mise en oeuvre du présent Titre. Les données qui sont fournies par les employeurs au Centre commun de la sécurité sociale et transmises au ministère en vue de consultation sont le synoptique des affiliations ainsi que la gestion des salaires, traitement du fichier salaires. L. 30.11.17,2,21°

LIVRE VI - ADMINISTRATION ET ORGANES

[...]

Titre III - **Fonds pour l'emploi**

Art. L. 631-1. Il est institué un Fonds pour l'emploi, géré suivant les règles fixées à l'article 76 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

Art. L. 631-2. (1) Le Fonds pour l'emploi est destiné à couvrir les dépenses résultant:

1. de l'octroi des indemnités de chômage complet, conformément au livre V, titre II;
2. de l'allocation de subventions aux entreprises pour l'indemnisation des chômeurs partiels en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technologique, conformément au livre V, titre III;
3. de la mise en œuvre de travaux extraordinaires d'intérêt général, autorisés conformément au livre V, titre Ier, chapitre Ier, section 3;
4. des frais résultant du détachement de main-d'œuvre par des entreprises disposant d'unités en surnombre, en vue du renforcement temporaire des effectifs de l'Agence pour le développement de l'emploi, et des frais résultant du prêt temporaire de main-d'œuvre par des entreprises respectivement des organisations patronales mettant à la disposition temporaire de l'Agence pour le développement de l'emploi des spécialistes en matière de recrutement en vue d'assurer la prospection des offres d'emploi et la sélection des demandeurs d'emploi en vue du renforcement temporaire des actions des services de l'Agence pour le développement de l'emploi; R. 22.12.06,23[1)]
5. de la garantie des créances visées au paragraphe 2 de l'article L.126-1. Les remboursements au Fonds pour l'emploi des avances par lui consenties sont portés directement en recette au Fonds pour l'emploi; L. 12.4.19,1er,6°
6. du remboursement à l'employeur de la quote-part du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité visée à l'article L. 543-14 et de la prise en charge de la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité;
7. de la prise en charge des frais relatifs aux cours de formation visés à l'article L. 543-3 [2)];
8. de la prise en charge des frais relatifs à l'établissement, par des organismes tiers, sur demande de l'Administration de l'emploi, de bilans d'insertion professionnelle et de bilans de compétences pour chômeurs, indemnisés ou non indemnisés, inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi;
9. de l'octroi d'une aide temporaire au réemploi conformément aux articles L.541-5 et suivants; L. 8.4.18,I,27°,b) R. 17.6.94
10. des frais informatiques résultant de l'application des lois et règlements ayant pour objet la lutte contre le chômage et le sous-emploi et la protection sociale des personnes sans emploi;
11. de l'octroi d'une aide forfaitaire à la mobilité géographique des demandeurs d'emploi, sans emploi, inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi dans les conditions et d'après les modalités d'attribution déterminées par règlement grand-ducal;
12. de l'octroi aux employeurs d'une aide à l'embauche de chômeurs indemnisés de longue durée ainsi que de demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi et particulièrement difficiles à placer. Un règlement grand-ducal détermine les

1) Mémorial A 231 du 28.12.2006.

2) La loi du 29 mars 2013 portant modification du Chapitre III du Titre IV du Livre V du Code du travail, ayant modifié les articles L. 543-1 à L. 543-33, le présent renvoi devrait être adapté en ce sens (Mém. A 57 du 2 avril 2013, p. 746).

catégories de personnes auxquelles s'applique la présente disposition, ainsi que les conditions et modalités d'attribution de l'aide;

13. (point abrogé) [1];
14. de l'octroi de l'aide à la création d'entreprises par les chômeurs indemnisés visée à l'article 37 de la loi du 19 décembre 1983 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 1984;
15. du concours du Fonds pour l'emploi à la préretraite conformément au livre V, titre VIII;
16. de l'affectation de demandeurs d'emploi sans emploi inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi à des tâches déclarées d'utilité publique ou à des expériences de travail conformément aux dispositions des paragraphes (2) et (3) de l'article L. 523-1, y compris notamment les indemnités complémentaires, les dépenses d'assurance, de sécurité sociale, de transport, de matériel, d'outillage, de moyens de sécurité et de protection et de tous autres frais connexes. Il en est de même des dépenses d'assurance, de transport, de matériel, d'outillage, de moyens de sécurité et de protection résultant des activités d'insertion professionnelle prévues à l'article 10 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti;
17. de l'octroi des aides à l'embauche de chômeurs âgés et de chômeurs de longue durée;
18. de la préparation et du fonctionnement des actions de prospection, de gestion des offres et demandes d'emploi, de conseil et de placement organisées par l'Agence pour le développement de l'emploi dans le cadre des missions lui dévolues sur le plan national et international. Les aides accordées éventuellement par les instruments financiers des Communautés européennes aux actions financières sur la base des dispositions du présent point sont portées directement en recette au Fonds pour l'emploi;
19. du remboursement aux employeurs de la quote-part du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité compensatoire de salaire due aux salariés en cas de chômage involontaire pour intempéries ou en cas de chômage accidentel ou technique involontaire et des cotisations, le cas échéant, dues à l'Association d'assurance accident pour les salariés concernés;
20. du paiement des salaires dus au personnel d'encadrement psycho-socio-pédagogique des demandeurs d'emploi, conformément à l'article VI de la loi du 31 juillet 1995 relative à l'emploi et à la formation professionnelle;
21. de l'octroi des indemnités dues aux demandeurs d'emploi affectés au pool d'assistants aux directeurs des établissements d'enseignement postprimaire conformément à l'article VII de la loi du 31 juillet 1995 relative à l'emploi et à la formation professionnelle;
22. de l'octroi des indemnités dues aux préretraités affectés à l'encadrement des demandeurs d'emploi placés dans une mesure de mise au travail ou de formation professionnelle conformément à l'article L. 587-1;
23. de la prise en charge de la quote-part de l'indemnité de base versée au jeune dans le cadre du stage d'insertion conformément à l'article L. 543-14 [2];
24. de la prise en charge de la quote-part revenant au demandeur d'emploi indemnisé ou non, ainsi que la prise en charge des cotisations en matière de sécurité sociale et d'assurance accident au cours des stages de professionnalisation et des contrats de réinsertion-emploi prévus aux articles L.524-1 et L.524-4; L. 31.7.06,annexe
25. de la prise en charge de la prime versée à l'employeur en cas de passage d'un salarié d'un travail à temps plein vers un travail à temps partiel conformément à l'article L. 526-2;
26. de la prise en charge de la prime versée à l'employeur en cas d'embauche de chômeurs inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi par suite d'une réduction du temps de travail prévue par la convention collective, conformément à l'article L. 526-1;
27. de la prise en charge des frais occasionnés par les examens médicaux ou psychologiques des demandeurs d'emploi décidés en application de l'article L. 622-9 [3];
28. de la prise en charge des frais de voyage et des frais de garde d'enfants encourus par les personnes visées au paragraphe (1) de l'article L. 526-3;
29. de la prise en charge de la différence entre l'indemnité de chômage et l'indemnité de stage conformément à l'article L. 543-20 [2];
30. de la prise en charge du complément d'indemnité versé aux personnes adultes qui suivent un apprentissage conformément à l'article 26 de la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue;
31. de la prise en charge des dépenses liées à l'exploitation des possibilités offertes par la création d'emplois à l'échelon local, dans l'économie sociale et dans les nouvelles activités liées aux besoins non encore satisfaits par le marché notamment dans les domaines de la rénovation urbaine, de l'environnement, de l'exploitation touristique, de l'encadrement des jeunes et de l'aide familiale de proximité;

---

1) Par L. 8.4.18,I,27°,c, le point 13 « de l'octroi de l'aide à la création d'emplois d'utilité socio-économique dans les conditions et d'après les modalités à fixer par règlement grand-ducal » a été supprimé.

2) La loi du 29 mars 2013 portant modification du Chapitre III du Titre IV du Livre V du Code du travail, ayant modifié les articles L. 543-1 à L. 543-33, le présent renvoi devrait être adapté en ce sens (Mém. A 57 du 2 avril 2013, p. 746).

3) Par L. 18.1.12 la référence à l'article L. 622-10 a été remplacée par une référence à l'article L. 622-9.

32. de l'octroi d'une indemnité compensatoire visée à l'article L. 551-2;

33. 3de l'octroi aux employeurs des aides prévues à l'article L. 551-7, paragraphes (2) et (3);

34. de la prise en charge des frais résultant de l'application des mesures de réhabilitation, de reconversion et de formation professionnelle continue prévues à l'article L.522-2; L.24.7.20,13

35. de la prise en charge de l'indemnité compensatoire versée aux salariés handicapés en vertu de l'article 45, paragraphe (1), deuxième alinéa de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; L.31.7.06, annexe

36. de la prise en charge, totale ou partielle, des dépenses des mesures d'insertion ou de réinsertion organisées à l'intention des chômeurs, indemnisés ou non, inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi et assignées par le service du placement de l'Agence pour le développement de l'emploi. Les conditions et modalités d'attribution de l'aide sont régies par une convention à conclure avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions;

37. de la prise en charge, totale ou partielle, des dépenses de mesures de qualification individuelles, à l'intérieur du pays ou à l'étranger, pour chômeurs, indemnisés ou non, inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi, en vue d'augmenter leur employabilité, mesures assignées par le service du placement de l'Agence pour le développement de l'emploi. Un règlement grand-ducal détermine les conditions et modalités de l'attribution de l'aide;

38. assurer la mise en œuvre et le suivi des mesures visées au titre IX du livre V. L. 3.3.09,III

39. de la prise en charge des frais d'évaluation qualitative[1)] et quantitative permanente, par des experts externes, de la mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives à la loi du 18 janvier 2012 portant création de l'Agence pour le développement de l'emploi, ainsi que des mesures actives en faveur de l'emploi telles que décrites par le livre V du Code du travail. L. 18.1.12,6,5°

40. de la prise en charge des frais résultant de l'application, de la promotion et du suivi de la loi du 11 novembre 2009: 1. concernant certaines mesures temporaires visant à atténuer les effets de la crise économique sur l'emploi des jeunes; 2. modifiant certaines dispositions du Code du travail. L. 11.11.09,12,3

41. de la prise en charge des frais engendrés par la collaboration entre les services de l'Agence pour le développement de l'emploi et les entreprises du secteur du travail intérimaire respectivement du secteur du recrutement; L. 22.12.06,11

42. de la pise en charge des frais d'expertise par des experts externes visés à l'article L. 513-1(3) et des frais engendrés par des mesures de maintien dans l'emploi prévues dans un plan de maintien dans l'emploi au sens de l'article L. 513-3 homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

43. (point supprimé) L. 12.7.19,5

44. (...) L. 19.12.08,61,(4)

45. de la moitié de l'octroi d'une indemnité professionnelle d'attente visée à l'article L. 551-5, paragraphe 2 et de la prise en charge de la moitié de la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité. L. 23.7.15,I,30°

46. des frais résultant du détachement de main-d'œuvre, autorisé par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, par des entreprises disposant d'unités en surnombre, en vue du renforcement temporaire des effectifs du Service de la formation professionnelle, et des frais résultant du prêt temporaire de main d'œuvre par des entreprises mettant à la disposition temporaire du Service de la formation professionnelle des spécialistes en matière de formation. L. 23.12.16,4°

47. des frais résultant du détachement de main-d'œuvre, autorisé par le Gouvernement en conseil, par des entreprises disposant d'unités en surnombre, en vue du renforcement temporaire des effectifs auprès d'administrations publiques autres que celles visées par les points 4 et 46 qui précèdent, et des frais résultant du prêt temporaire de main-d'œuvre par des entreprises mettant à la disposition temporaire de ces administrations des spécialistes dans leurs domaines respectifs;

48. de la prise en charge des aides à l'embauche de chômeurs de longue durée prévues aux articles L. 541-5 et L. 541-6. L. 20.7.17,9

49. de la mise en place et de la mise en œuvre de tout programme visant à développer les compétences des salariés d'entreprises connaissant les transformations techniques majeures ou les changements importants de leur environnement concurrentiel. L. 15.12.17,35

50. de la prise en charge des dépenses en relation avec l'assistance à l'inclusion dans l'emploi en vertu des articles L. 553-4 et L. 553-6. L. 1.8.19,2

51. de la mise en œuvre de tout programme visant à développer les compétences des salariés occupés dans une entreprise qui s'est vue accorder le bénéfice du chômage partiel. L. 16.4.21

(2) Le Fonds pour l'emploi comprend une section spéciale destinée à promouvoir la formation pratique en entreprise ainsi que l'insertion et la réinsertion professionnelles des demandeurs d'emploi. L. 31.7.06,annexe

Art. 631-3. Les aides pouvant être sollicitées par l'employeur pour favoriser l'insertion et la réinsertion des demandeurs d'emploi sur le marché de l'emploi en application de l'article L. 8.4.18,I,28°

1) Par L. 21.12.12,1,6° le terme « qualificative » *a été remplacé par le terme* « qualitative ».

L. 631-2 ne sont pas cumulables avec la bonification d'impôt prévue à l'article 3 de la loi du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu.

[...]

Titre IV - **Réseau d'études sur le marché du travail et de l'emploi (RETEL)** L. 8.4.18,I,29°

Art. 641-1. (1) Il est créé auprès du Ministre ayant l'emploi dans ses attributions un réseau d'études sur le marché du travail et de l'emploi, ci-après désigné par le sigle RETEL. L. 8.4.18,I,30°

(2) Le RETEL a pour missions:

1. l'organisation d'un travail en réseau des producteurs, analystes et utilisateurs d'études et de données sur le marché du travail et de l'emploi au Grand-Duché;
2. la création, centralisation et gestion de bases de données et d'études garantissant une meilleure connaissance et compréhension de la situation et des évolutions du marché du travail et de l'emploi;
3. la réalisation d'évaluations des politiques en faveur de l'emploi;
4. la réalisation d'études statistiques ponctuelles sur l'emploi pour répondre aux demandes du Ministre ayant le travail et/ou l'emploi dans ses attributions ou aux demandes d'un autre membre du gouvernement;
5. la conceptualisation et réalisation d'indicateurs statistiques sur l'emploi;
6. l'élaboration de prévisions et d'évolutions futures du marché du travail;
7. la collaboration avec les organismes européens et internationaux oeuvrant dans le même domaine.

(3) Le RETEL remplit ses missions en étroite collaboration et en concertation avec le Comité des statistiques publiques et le Comité permanent du travail et de l'emploi, qui peut lui donner des missions ponctuelles à réaliser.

(4) Dans le cadre de ses missions prévues au paragraphe 2, le RETEL peut recevoir communication de données de la part de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, du Ministre ayant l'Éducation nationale dans ses attributions, du Centre de documentation et d'information sur l'enseignement supérieur, et de l'Institut National pour le développement de la Formation Professionnelle Continue, en vue de la création d'un fichier ayant pour finalité la réalisation d'études et de recherches statistiques ou scientifiques dans le domaine du marché du travail et de l'emploi.

Les catégories de données communiquées peuvent être précisées dans un règlement grand-ducal. Le fichier ne peut contenir que des données pseudonymisées, soit à travers une solution logicielle, soit par un tiers intermédiaire.

Le RETEL peut accorder, à des fins d'analyses statistiques ou scientifiques du marché du travail, l'accès aux données pseudonymisées de son fichier. La recevabilité de la demande et l'autorisation d'accès à des fins statistiques ou scientifiques aux données pseudonymisées sont subordonnées à l'examen du bien-fondé et de l'intérêt scientifique des projets de recherche pour lesquels l'autorisation est sollicitée, ainsi qu'à l'examen de la qualification scientifique du ou des demandeurs. Les modalités d'accès sont déterminées par le RETEL.

Art. 641-2. (1) Le RETEL est présidé par le Ministre ayant l'emploi dans ses attributions ou un fonctionnaire par lui délégué à cette fin.

(2) Un comité de gestion est présidé par le Ministre ayant l'emploi dans ses attributions ou un fonctionnaire par lui délégué à cette fin et il définit l'orientation générale des travaux du RETEL. Ce comité de gestion est composé d'un ou de plusieurs représentants des institutions suivantes: l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) et l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché du Luxembourg (STATEC). Les membres du comité de gestion sont nommés par le Ministre ayant l'emploi dans ses attributions, sur proposition des institutions respectives.

(3) Pour réaliser ses missions, le RETEL peut recourir à des experts externes.

REVENU D'INCLUSION SOCIALE ET PRESTATIONS DIVERSES

Revis

Loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité

Revis

SOMMAIRE

Chapitre Ier	-	**Institution, but et nature du fonds**	Art. 1er
Chapitre II	-	**Les prestations du fonds**	Art. 2 - 15 abrogés
Chapitre III	-	**Organisation du fonds**	Art. 16 - 20
		Le conseil d'administration	*Art. 16*
		Concours des autorités	*Art. 17 - 17bis*
		Surveillance de l'État	*Art. 18*
		Etablissement du budget du fonds	*Art. 19*
		Compte d'exploitation et bilan	*Art. 20*
Chapitre IV	-	**Procédure, contentieux et dispositions pénales**	Art. 21 - 30
		Demande d'obtention d'une pension et décision	*Art. 21*
		Paiement de la pension de solidarité	*Art. 22*
		Recours contre les décisions du fonds	*Art. 23 - 26*
		Audition des témoins	*Art. 27*
		Secret professionnel	*Art. 28*
		Dispositions pénales	*Art. 29 - 30*
Chapitre V	-	**Voies et moyens du fonds**	Art. 31 - 36
		Les ressources du fonds	*Art. 31*
		Contribution des communes	*Art. 33 abrogé*
		Administration du patrimoine	*Art. 34*
		Privilèges fiscaux	*Art. 35*
		Frais administratifs	*Art. 36*

Chapitre Ier - **Institution, but et nature du fonds** L. 30.7.60

Art. 1er. (1) Il est institué un Fonds national de solidarité, ci-dessous nommé «le fonds», qui a le caractère d'un établissement public; il possède la personnalité civile et l'autonomie financière. L. 26.7.86,44,1)

Chapitre II - **Les prestations du fonds**[1)]

Chapitre III - **Organisation du fonds** L. 30.7.60

Le conseil d'administration

Art.16. (1) Le fonds est administré et géré par un conseil d'administration comprenant un président et sept membres nommés par le Gouvernement. Le président est obligatoirement choisi parmi les fonctionnaires de l'État, l'un des sept autres membres est obligatoirement le directeur de l'Office national d'inclusion sociale. L. 16.6.89,II

(2) Le conseil d'administration représente et gère le fonds dans toutes les affaires qui n'auront pas été déférées à un autre organe par la loi. L. 30.7.60

(3) Il lui appartient notamment:

a) de présenter au ministre d'État le projet de budget et les arrêtés de compte annuels;

b) de statuer au sujet des prestations légales et des demandes en restitution;

c) d'engager, de nommer et de congédier les employés du fonds;

d) de statuer sur le placement de la fortune du fonds;

e) de statuer sur l'acquisition et l'aliénation d'immeubles ainsi que sur la constitution de charges sur ces immeubles.

(4) Le conseil d'administration peut nommer dans son sein des sous-commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches déterminées ou l'exercice de certaines attributions déterminées.

Le président du conseil d'administration

(5) Le président représente le fonds dans les actes publics et sous seing privé; les actions judiciaires sont intentées et défendues au nom du fonds, poursuite et diligence du président du conseil d'administration.

(6) Dans les votes du conseil d'administration du fonds la voix du président prévaudra en cas de partage.

(7) Si les décisions du conseil d'administration du fonds semblent contraires aux lois et règlements, le président formera une opposition motivée qui aura un effet suspensif et qui sera vidée par le ministre d'État, le tout sans préjudice des recours devant les juridictions compétentes.

(8) Toutes les questions de prestation pourront faire l'objet d'une décision provisoire du président à approuver par le conseil d'administration. Ces décisions ne seront susceptibles d'aucun recours.

(9) Les actes posés par le président ou le conseil d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent le fonds.

(10) Le président est chargé de la gestion des affaires courantes du fonds dont il pourra déléguer l'évacuation à un employé supérieur.

(11) En cas d'empêchement du président il est remplacé par le membre par lui désigné.

Les cadres administratifs

(12) Le président est assisté par des employés nommés par le conseil d'administration et placés sous la direction et l'autorité de ce comité.

Dispositions d'exécution

(13) Les modalités d'application du présent article seront fixées par règlement d'administration publique. R. 20.8.60

(14) Ce règlement portera notamment sur:

a) la composition du conseil d'administration;

b) la gestion du fonds;

---

1) ***L. 26.7.86, 44, 2 tel que modifié par L. 27.7.87, XVI:***
Les articles 2 à 15 sont abrogés. Toutefois les personnes ayant bénéficié de prestations en vertu de ces dispositions bénéficieront d'office des prestations prévues par la loi sur le revenu minimum garanti. Si les prestations dues en vertu de cette loi sont inférieures à celles dont les ayants droit bénéficient actuellement, un complément à charge du fonds est accordé pour parfaire la différence. Ce complément est adapté dans la même mesure que le montant prévu à l'alinéa 1 de l'article 3 de la loi sur le revenu minimum garanti.

c) les droits et devoirs et les conditions de nomination, de rémunération et de retraite du président et des employés du fonds.

Concours des autorités

Art. 17. (1) Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations et des établissements publics et notamment les agents fiscaux ainsi que les agents des organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir au fonds les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la liquidation et au contrôle des pensions de solidarité et en général au fonctionnement du fonds.

(2) Les infractions à la présente loi et à ses règlements d'exécution sont constatées par les fonctionnaires du Fonds du grade de rédacteur, rédacteur principal, chef de bureau adjoint, chef de bureau, inspecteur, inspecteur principal, inspecteur principal 1er en rang. L. 19.12.14,6,2°

(3) Les fonctionnaires visés au paragraphe 2 doivent avoir suivi une formation professionnelle spéciale portant sur la recherche et la constatation des infractions ainsi que sur les dispositions pénales de la présente loi. Le programme et la durée de la formation ainsi que les modalités de contrôle des connaissances sont arrêtés par règlement grand-ducal.

(4) Dans l'exercice de leurs fonctions relatives à la présente loi, les fonctionnaires ainsi désignés ont la qualité d'officiers de police judiciaire. Ils constatent les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Leur compétence s'étend à tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(5) Avant d'entrer en fonction, ils prêtent devant le tribunal d'arrondissement de leur domicile, siégeant en matière civile, le serment suivant: «Je jure de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité». L'article 458 du Code pénal leur est applicable.

Art. 17bis. Les agents du Fonds national de solidarité peuvent, dans l'exercice de leurs missions et munis des pièces justificatives de leurs fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité une prestation du Fonds national de solidarité, afin de procéder à tous les examens, contrôles ou enquêtes jugés nécessaires pour déterminer si les conditions en vue de l'octroi de ces prestations se trouvent remplies. Les visites à domicile ne peuvent avoir lieu qu'entre six heures et demi et vingt heures. L. 29.4.99,44

Surveillance de l'État

Art. 18. (1) Le fonds est soumis à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale et s'étend à l'observation des prescriptions légales et réglementaires ainsi qu'à la régularité des opérations financières. L. 9.8.18,3,a)

(2) À cette fin, l'autorité de surveillance peut en tout temps contrôler ou faire contrôler le Fonds national de solidarité.

(3) Le fonds est tenu de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres, à la détermination des prestations et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance.

(4) Le procès-verbal des délibérations du conseil d'administration du fonds est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

(5) Sont applicables par analogie les articles 405, 406, 407 et 408*bis* du Code de la sécurité sociale.

(6) Sans préjudice des dispositions qui précèdent le contrôle de la gestion financière est assuré encore par la Cour des comptes, suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal. R. 11.8.70

Etablissement du budget du fonds

Art. 19. (article abrogé) [1)]

Compte d'exploitation et bilan

Art. 20. (article abrogé) [1)] R. 19.12.08

Chapitre IV - **Procédure, contentieux et dispositions pénales**

Demande d'obtention d'une pension et décision

Art. 21. (1) Les requêtes en obtention d'une pension de solidarité seront adressées par écrit au fonds qui les instruira à l'aide des moyens d'investigation qu'il déterminera. L. 30.7.60

(2) Sans préjudice de la disposition de l'article 16, alinéa 8, il y sera statué par le comité-directeur.

(3) La décision sera notifiée au requérant au plus tard dans les trois mois de l'introduction de la requête.

1) Par L. 9.8.18,3,b) les articles 19 et 20 sont abrogés.

(4) La décision portant octroi d'une pension de solidarité doit indiquer le montant et le calcul détaillé de la pension ainsi que la date à partir de laquelle elle est accordée.

(5) Le rejet d'une demande d'obtention d'une pension ne pourra être prononcé que par une décision motivée.

Paiement de la pension de solidarité

Art. 22. (1) La pension de solidarité définitivement allouée est payée par douzième par mandat ou par virement postal au début de chaque mois. Les termes de ces paiements pourront être modifiés par règlement grand-ducal. L. 1.3.79,3

(2) Le fonds pourra charger du paiement le service ou organisme public débiteur de l'avantage mensuel principal repris dans le revenu global annuel fixé selon l'article 3 de la présente loi. L. 30.7.60

(3) Le fonds désigne dans sa décision l'organisme en question lequel doit faire l'avance des fonds nécessaires pour le paiement de la pension.

(4) Les montants ainsi avancés sont remboursés trimestriellement par le fonds sur présentation d'un état détaillé des sommes payées.

Recours contre les décisions du fonds

Art. 23. (1) Les intéressés ont le droit de se pourvoir contre toute décision du fonds devant le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale dans le délai de quarante jours à partir de la notification de cette décision.

(2) La décision du président du Conseil arbitral de la sécurité sociale est susceptible, dans le délai de quarante jours à partir de la notification de la décision attaquée, d'un recours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale composé du président et des membres magistrats.

(3) Sans préjudice des dispositions suivantes, la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale et les frais de justice seront arrêtés par un règlement d'administration publique. R. 20.8.60

(4) Le Conseil arbitral statuera en dernier ressort jusqu'à une valeur de deux cent quatre-vingt dix-sept euros et quarante-sept cents (297,47 euros) et à charge d'appel lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. Un règlement d'administration publique fixera la valeur en capital pour laquelle les pensions demandées entreront en ligne de compte pour l'application de la présente disposition. R. 29.10.86

(5) Les décisions rendues en dernier ressort par le Conseil arbitral ainsi que les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont susceptibles, dans le délai de quarante jours à partir de la notification de la décision attaquée, d'un recours en cassation. Le recours ne sera recevable que pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité. Le pourvoi sera introduit, instruit et jugé dans les formes prescrites pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale.

(6) Le fonds et les ayants droit à pension jouiront de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire, tant devant le Conseil arbitral que devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale et devant la cour de cassation, et ce bénéfice s'étendra à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière, ainsi qu'à toute contestation pouvant surgir à l'occasion de l'exécution.

(7) Les jugements et arrêts, ainsi que tous autres actes relatifs aux contestations dont s'agit, seront exempts des droits d'enregistrement, de timbre et de greffe et ne donneront lieu à d'autres salaires qu'à ceux des greffiers.

Art. 24. (1) Toute décision doit contenir des instructions au sujet des voies de recours, notamment la possibilité de former un recours, le délai de recours et l'autorité devant laquelle il doit être formé.

(2) Si ces instructions sont incomplètes ou inexactes ou s'il n'a pas été donné d'instructions à la partie, la décision passe en force de chose jugée si elle n'est pas attaquée dans les douze mois du jour de la signification.

Art. 25. (1) Les notifications ayant pour objet de faire courir les délais des voies de recours prévues par la présente loi seront faites par lettre recommandée à la poste.

(2) Si le destinataire refuse l'acceptation de la lettre recommandée, le délai courra à dater du refus.

(3) Si l'intéressé n'a pas eu connaissance de la notification ou s'il en a eu une connaissance tardive, sans qu'une faute lui soit imputable, il sera réintégré dans ses droits par la juridiction compétente, pourvu qu'il en ait formé la demande dans les trente jours à partir de celui où il a eu connaissance de l'existence de la notification.

Art. 26. (1) Pour assurer l'évacuation normale des litiges à naître de l'application de la présente loi, le président du Conseil arbitral pourra se faire remplacer, soit par un ou plusieurs membres de l'ordre judiciaire, soit par un ou plusieurs membres du barreau remplissant les conditions requises pour être nommé aux fonctions judiciaires. Les nominations à cette fonction sont faites par le Grand-Duc pour un terme de trois ans.

(2) Les juges ainsi nommés toucheront des vacations ou indemnités à fixer par règlement d'administration publique. R. 29.10.86

Audition des témoins

Art. 27. (1) Les témoins qui, dans les enquêtes instituées par le conseil d'administration, refuseraient de comparaître ou de déposer seront passibles des peines comminées par l'article 80 du code d'instruction criminelle[1]. Le procès-verbal constatant le refus sera transmis au procureur d'État.

(2) La taxe des témoins sera celle applicable en matière judiciaire.

Secret professionnel

Art. 28. (1) Les agents du fonds, de même que ceux de tout autre organisme public, sont tenus de garder le secret des faits dont ils obtiennent connaissance dans l'accomplissement de leur mission dans le cadre de la présente loi.

(2) L'article 458 du code pénal est applicable.

Dispositions pénales

Art. 29. (1) Seront punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de deux cent quarante-huit euros et trente-neuf cents (248,39 €) à deux mille quatre cent soixante-dix-huit euros et quatre-vingt-quatorze cents (2.478,94 €), à moins qu'une peine plus forte ne résulte d'une autre disposition légale, ceux qui auront frauduleusement amené le fonds à fournir une pension ou d'autres avantages qui n'étaient pas dus ou qui n'étaient dus qu'en partie.

(2) La tentative de ce délit sera punie d'un emprisonnement de huit jours à deux ans et d'une amende de deux cent quarante-huit euros et trente-neuf cents (248,39 €) à deux mille quatre cent soixante-dix-huit euros et quatre-vingt quatorze cents (2.478,94 €).

(3) Les coupables pourront de plus être placés, pour un terme de deux à cinq ans, sous la surveillance spéciale de la police et condamnés à l'interdiction de tout ou partie des droits énumérés à l'article 31 du code pénal, pour un terme de cinq à dix ans.

Art. 30. Les dispositions du livre 1er du code pénal à l'exception des paragraphes 2, 3 et 4 de l'article 76, ainsi que celles des lois des 18 juin 1879 [2] et 16 mai 1904 portant attribution au cours et tribunaux de l'appréciation des circonstances atténuantes, seront applicables aux infractions prévues par la présente loi.

Chapitre V - **Voies et moyens du fonds**

Les ressources du fonds

Art. 31. Pour faire face à ses engagements, le fonds dispose de moyens financiers provenant de:

a) la dotation annuelle de l'État, fixée par la loi budgétaire, compte tenu des recettes, visées sub b) à g) ci-après, et des besoins du fonds, qui se dégagent des obligations légales et réglementaires. Le crédit à inscrire dans la loi budgétaire sera non limitatif et sans distinction d'exercice; L. 17.4.74,1

b) (abrogé) L. 24.12.96,I,3

c) la quote-part dans le produit de la loterie nationale à déterminer par règlement d'administration publique; L. 17.4.74,1

d) les dons et legs: le fonds peut recevoir des dons et legs conformément à l'article 910 du code civil;

e) la perception des sommes revenant au fonds en exécution des dispositions de la présente loi;

f) les revenus propres;

g) les revenus divers.

Art. 32. (abrogé) L. 14.6.83,2

Contribution des communes

Art. 33. (abrogé) L. 24.12.96,I,3

Administration du patrimoine

Art. 34. (1) Le fonds peut, sans autorisation et sans limitation, placer son patrimoine soit en titres de la dette publique, soit en obligations communales, soit en prêts à consentir à l'État et aux communes indigènes. L. 30.7.60

(2) Il peut, avec l'autorisation du ministre d'État, faire d'autres placements, par exemple en titres publics étrangers, en titres d'entreprises industrielles, en prêts hypothécaires et en acquisitions immobilières.

1) Il y a lieu de lire « article 77 du code d'instruction criminelle ».
2) Abrogée et remplacée par L. 13.6.94 (Mém. A 1994, p. 1096).

(3) Pour les titres de la dette publique il sera fait une déclaration de dépôt contre certificat nominatif au nom du fonds.

(4) Les autres titres seront déposés à la caisse générale de l'État.

(5) Les placements temporaires seront effectués auprès de la caisse d'épargne de l'État ou auprès d'autres établissements de crédit.

(6) Le ministre d'État, d'accord avec le ministre des finances, fixera le taux d'intérêt à servir par la caisse d'épargne, celle-ci entendue.

Privilèges fiscaux

Art. 35. (1) Les actes passés au nom ou en faveur du fonds sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèque ou de succession.

(2) Ses valeurs mobilières et immobilières, ainsi que les revenus en provenant, sont affranchis de tous impôts de l'État et des communes.

(3) Tous les actes dont la production sera la suite de la présente loi et notamment les extraits des registres de l'état civil, les certificats, les actes de notoriété, d'autorisation ou de révocation seront délivrés gratuitement avec exemption de tous droits et taxes.

(4) Dans les actions intentées en vertu des articles 7 et 12, les actes de procédure de toutes les parties sont dispensés de la formalité de l'enregistrement et de tout droit de timbre.

Frais administratifs

Art. 36. Tous les frais d'administration et de contentieux et notamment les traitements du personnel du fonds sont à charge de l'État.

Loi du 13 juin 1975 portant création d'une allocation compensatoire en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions

Par L. 26.7.86,47 la loi du 13 juin 1975 portant création d'une allocation compensatoire en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions est abrogée.

D'après L. 27.2.89,3 (Mém. A 1989, p. 121) le montant nominal de l'allocation compensatoire résultant pour le mois de décembre 1988 reste définitivement acquis aux bénéficiaires de celle-ci, tant qu'ils ont droit à une pension ou à une rente et pour autant qu'ils ne touchent pas le complément prévu par la loi sur le revenu minimum garanti.

Par L. 27.7.87 XVIII, 10) le revenu annuel global prévu à l'article 3 de la loi du 13 juin 1975 a été refixé à deux mille quarante-huit euros et soixante-huit cents (2.048,68 €) (n.i. 100).

Loi du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées

Abrogée avec effet au 1.1.1999 par l'article XI de la loi du 19.6.1998 portant introduction d'une assurance dépendance. Cependant l'article VIII de cette loi dispose:

Les personnes bénéficiant en date du 31 décembre 1998 de prestations au titre [...]

2) de la loi modifiée du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées; [...]

continuent à bénéficier des dispositions de ces lois, aussi longtemps que des prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur auront pas été allouées pour la même période à leur demande.

Toutefois les prestations prévues à l'alinéa qui précède sous 2) et 4) sont majorées jusqu'à concurrence de quatre-vingt-neuf euros et vingt-quatre cents (89,24 €), montant correspondant au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. A partir du 1er janvier 1999 l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance rembourse mensuellement les prestations visées sous 2) au Fonds national de solidarité et assure le paiement de celles visées sous 4) ordonnancées par le ministre ayant dans ses attributions la Santé.

L. 29.4.99, art. 46:

L'allocation pour personnes gravement handicapées... versées en vertu de l'article VIII 4) de la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, ne sont pas prises en compte pour la détermination des ressources d'un ayant droit du revenu minimum garanti.

Loi du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité

Revis

Art. 1er. Toute pension alimentaire due à un conjoint, un ascendant ou un descendant est payée, sur demande, au créancier qui remplit les conditions prévues à l'article 2, par le Fonds national de solidarité, désigné ci-après le Fonds, et recouvrée par celui-ci. L. 26.7.80

Art. 2. La demande en paiement est adressée par le créancier ou par son représentant légal au président du Fonds.

Cette demande est admise par le président ou par son délégué si le créancier justifie:

a) qu'il a son domicile légal dans le pays et que lui-même ou son représentant légal y réside depuis cinq ans;

b) que sa pension alimentaire est fixée par une décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg;

c) que le recouvrement total ou partie de la pension n'a pu être obtenu par une voie d'exécution de droit privé effectivement exercée;

d) qu'il se trouve dans une situation économique difficile.

Encore que la condition énoncée sous c) ne soit pas remplie, la demande est admise, lorsque le recours aux voies d'exécution paraît voué à l'échec ou lorsque le débiteur réside à l'étranger.

Le président doit notifier sa décision motivée dans les deux mois de l'introduction de la demande.

Art. 3. Les contestations relatives à l'application de l'article 2 sont de la compétence du juge de paix du domicile du créancier, lequel doit être saisi dans le délai de quarante jours à partir de la notification de la décision du président du Fonds.

Ces contestations sont plaidées et jugées, tant en première instance qu'au degré d'appel, sans remise et avant toutes autres affaires.

Les décisions sont exécutoires par provision.

Les créanciers jouissent de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire.

Art. 4. A partir de l'admission de la demande jusqu'à la cessation des paiements par le Fonds, l'échéancier ne peut plus exercer aucune action contre le débiteur pour le recouvrement de sa pension.

Art. 5. Pour les sommes qu'il doit recouvrer, le Fonds est subrogé dans les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire.

Art. 6. A compter de la notification au débiteur des sommes faisant l'objet du recouvrement, le débiteur ne peut plus s'en libérer valablement qu'entre les mains du président du Fonds.

Art. 7. Le Fonds paie les termes à échoir de la pension alimentaire et, le cas échéant, ceux qui sont échus à compter du sixième mois ayant précédé la date du dépôt de la demande.

Les termes à échoir et, le cas échéant, ceux qui sont échus à compter du sixième mois ayant précédé la date du dépôt de la demande ne peuvent pas dépasser les limites prévues par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale[1)]. L. 19.12.14,17

Art. 8. Le Fonds peut se faire payer les termes à échoir de la pension alimentaire directement par les tiers débiteurs de sommes liquides et exigibles envers le débiteur de la pension. L. 26.7.80

La demande en paiement direct est faite par lettre recommandée adressée par le président du Fonds au tiers débiteur. Le président avise simultanément le débiteur par lettre recommandée.

Les termes sont prélevés sur les portions incessible et insaisissable des rémunérations, pensions, rentes et indemnités de chômage complet.

Le tiers débiteur est tenu de verser directement au Fonds les termes exigibles, sans que l'exercice d'une action aux fins de révision de la pension puisse suspendre cette obligation.

Les contestations entre le tiers débiteur et le Fonds relatives à la procédure de paiement direct sont de la compétence du juge de paix du domicile du tiers débiteur.

Art. 9. Le montant des sommes à recouvrer est majoré de dix pour cent au profit du Fonds à titre de frais de recouvrement.

Les frais de poursuite sont mis à charge du débiteur.

Art. 10. Le Fonds cesse de payer la pension alimentaire en cas de décès du débiteur ou en cas de renonciation du créancier ou encore lorsque la condition énoncée à l'article 2 a) n'est plus remplie.

En cas de contestation l'article 3 est applicable.

Art. 11. Le débiteur qui, ayant acquitté les arriérés de la créance prise en charge par le Fonds, a versé, durant douze mois consécutifs, le montant des termes courants de la pension au Fonds, sans que celui-ci ait eu à exercer des poursuites, peut demander de se libérer à l'avenir directement entre les mains du créancier de la pension. Il adresse sa demande au président du Fonds qui peut mettre fin à l'intervention du Fonds.

---

1) Par L. 28.7.18,46,1° les termes « législation portant sur le droit à un revenu minimum garanti » sont remplacés par les termes « loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ». Cette loi contient une erreur matérielle dans l'énumération. Cette modification devrait figurer sous l'article 45 de la loi car l'article 46 prévoit les modifications relatives à la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

Art. 12. Dans le cas d´une nouvelle défaillance du débiteur, le créancier peut, dès que le retard dans le paiement est supérieur à un mois, demander à nouveau l'intervention du Fonds sans avoir à recourir préalablement à une voie d'exécution de droit privé.

Si la demande est admise, il est procédé au recouvrement de toutes les sommes restant redues depuis la cessation de l'intervention du Fonds.

Art. 13. Le fonds peut réclamer au créancier ainsi qu'aux héritiers, donataires et légataires des créancier ou débiteur la restitution des pensions alimentaires par lui versées, sous les conditions et dans les limites fixées à l'article 30 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. L. 28.7.18,45

Pour garantir la restitution des pensions alimentaires versées, les immeubles appartenant au créancier ou au débiteur sont grevés d'une hypothèque légale régie par les dispositions de l'article 32 de la loi précitée.

Art. 14. En cas d'intervention du Fonds, les litiges entre le créancier et le débiteur portant sur la révision ou la suppression de la pension alimentaire restent régis par les règles normales de compétence et de procédure, sauf que le Fonds doit être mis en cause sous peine d'irrecevabilité de la demande. L. 26.7.80

Les demandes en révision ou en suppression de la pension n'interrompent ni le paiement ni le recouvrement des pensions par le Fonds.

Art. 15. Si la pension cesse d'être nécessaire en tout ou en partie, le Fonds peut, en cas d'inaction du débiteur, agir en ses lieu et place contre le créancier pour obtenir la révision ou la suppression de la pension. Le débiteur doit être mis en cause sous peine d'irrecevabilité de la demande.

Le créancier d'aliments est tenu de signaler au Fonds, dans le délai d'un mois, tous les faits qui seraient de nature à éteindre ou à diminuer son droit à pension.

Art. 16. Les articles 17, 28, 29. 30, 34 et 35 (1) (2) (3) de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité sont applicables.

Le Fonds bénéficie de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement dans toutes les procédures contentieuses et voles d'exécution.

Art. 17. L'État met à la disposition du Fonds un fonds de roulement de dix millions de francs. Ce montant peut être adapté par la loi budgétaire aux besoins réels du Fonds.

Pour faire face aux engagements qui résultent de la présente loi, le Fonds dispose des moyens financiers suivants:

a) recouvrement de pensions alimentaires en exécution de l a présente loi;
b) dons et legs adressés au Fonds dans le but de couvrir les dépenses résultant de l'application de l a présente loi;
c) dotation annuelle de l'État fixée par la loi budgétaire;
d) frais de recouvrement récupérés sur les débiteurs des pensions alimentaires;
e) revenus provenant du placement temporaire de tout ou partie du fonds de roulement.

A la fin de chaque exercice le Fonds verse au Trésor les frais de recouvrement des pensions alimentaires effectivement récupérées sur les débiteurs ainsi que les revenus provenant du placement de tout ou partie du fonds de roulement.

Loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins

Abrogée avec effet au 1.1.1999 par l'article XI de la loi du 19.6.1998 portant introduction d'une assurance dépendance. Cependant l'article VIII de cette loi dispose:

Les personnes bénéficiant en date du 31 décembre 1998 de prestations au titre [...]

4) de la loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins;

continuent à bénéficier des dispositions de ces lois, aussi longtemps que des prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur auront pas été allouées pour la même période à leur demande.

Toutefois les prestations prévues à l'alinéa qui précède sous 2) et 4) sont majorées jusqu'à concurrence de quatre-vingt-neuf euros et vingt-quatre cents (89,24 €), montant correspondant au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État. A partir du 1er janvier 1999 l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance rembourse mensuellement les prestations visées sous 2) au Fonds national de solidarité et assure le paiement de celles visées sous 4) ordonnancées par le ministre ayant dans ses attributions la Santé.

L. 29.4.99,46:

… et l'allocation de soins, versées en vertu de l'article VIII 4) de la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, ne sont pas prises en compte pour la détermination des ressources d'un ayant droit du revenu minimum garanti.

Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti [1)]

L. 29.4.99, article 45:

La loi modifiée du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un Service national d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité est abrogée.

Toutefois, les personnes ayant bénéficié de prestations en vertu de ces dispositions abrogées bénéficieront d'office des prestations prévues par la présente loi.

Si les prestations dues en vertu de la présente loi sont inférieures à celles dont les ayants droit bénéficient actuellement, un complément à charge du fonds est accordé pour parfaire la différence. Ce complément, est adapté à l'indice du coût de la vie.

Pour les personnes ayant bénéficié de la disposition abrogée du paragraphe (4) de l'article 3, (majoration d'impotence du revenu minimum garanti) les montants prévus sous (1) a) ou b) de l'article 5 sont majorés d'un montant égal à quatre-vingt-neuf euros et vingt-quatre cents (89,24 euros) aussi longtemps que des prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur ont pas été allouées pour la même période à leur demande.

1) Cette loi a été abrogée par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale (JO, Mém. A 630 du 30 juillet 2018).

Loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation[1)]

1) *Entrée en vigueur: 1.7.2002*
L. 28.6.02,IX,7°:
Les personnes bénéficiaires d'une pension au 1er juillet 2002 ont droit à la mise en compte du forfait d'éducation dans les conditions et d'après les modalités prévues par la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation. Pour ces bénéficiaires, il n'est pas procédé à un recalcul en raison de la mise en compte des périodes prévues à l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code des assurances sociales pour les enfants nés avant le 1er janvier 1988.

1 **Art. 1er.** Il est créé un forfait d'éducation accordé au parent qui s'est principalement consacré à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif domicilié au Grand-Duché de Luxembourg et y résidant effectivement au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant au titre duquel l'octroi du forfait est demandé, la mise en compte de périodes au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 7) du Code de la sécurité sociale, de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois ou de l'article 9.I.a) 9. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État respectivement des dispositions correspondantes des législations régissant les autres régimes spéciaux transitoires. L. 19.12.08,VII,1°

2. La condition de domiciliation et de résidence prévue à l'alinéa 1er ne s'applique pas aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale. L. 19.12.08,VII,2°

3 [1)]Le ministre ayant dans ses attributions la Famille peut dispenser de la condition de résidence effective au Grand-Duché de Luxembourg si au moment de la naissance de l'enfant le parent était éloigné du territoire national pour des raisons de force majeure. L. 28.06.02

4 [1)]Le forfait d'éducation est encore attribué à toute personne qui s'est occupée en lieu et place des parents de l'éducation de l'enfant.

5 Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions et les modalités de la preuve établissant que le parent s'est principalement consacré à l'éducation de l'enfant au titre duquel l'octroi du forfait d'éducation est sollicité. L. 19.12.08,VII,3°

1 **Art. 2.** Le bénéfice du forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de soixante-cinq ans. L. 16.12.10,1[2)]

2 Le retrait de la pension comporte le retrait du forfait d'éducation.

3 Le forfait d'éducation est dû à partir de la date du dépôt de la demande, sous condition que le demandeur ait atteint l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 3. Le forfait d'éducation est fixé à 86,54 euros par mois. L. 27.6.06,10

Art. 4. Le forfait d'éducation est soumis aux charges sociales et fiscales prévues en matière de pensions. L. 28.06.02

Art. 5. Pour les bénéficiaires d'un complément pension minimum, le forfait d'éducation est diminué à raison de la part du complément résultant de la mise en compte des périodes d'éducation prévues à l'article 172, alinéa 1, sous 4) du Code de la sécurité sociale.

Art. 6. Pour la détermination des ressources conformément à l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, le forfait d'éducation est assimilé à un revenu de remplacement.

1 **Art. 7.** Le forfait d'éducation est suspendu jusqu'à concurrence des prestations non luxembourgeoises de même nature.

2 (alinéa abrogé) L. 19.12.08,VII,5°

3 En cas de contestation sur l'attributaire, le forfait d'éducation est alloué à celui des parents qui s'est occupé de l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue. L. 28.6.02

Art. 8. Le forfait d'éducation est cessible et saisissable dans les conditions prévues par la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes.

1 **Art. 9.** Le forfait d'éducation est à charge de l'État.

2 Celui-ci verse chaque mois des avances à l'organisme gestionnaire.

Art. 10. La gestion du forfait d'éducation incombe au Fonds national de solidarité.

1 **Art. 11.** Les demandes en vue de l'octroi du forfait d'éducation sont à adresser au Fonds national de solidarité.

2 Les requérants sont tenus de fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi du forfait d'éducation.

3 Les administrations et établissements publics, notamment les organismes de sécurité sociale, sont tenus de fournir au Fonds national de solidarité les renseignements que celui-ci leur demande pour le contrôle des conditions et la détermination du forfait.

4 Un règlement grand-ducal peut préciser les modalités d'exécution du présent article.

Art. 12. Le forfait d'éducation est liquidé mensuellement par anticipation. La mensualité est entièrement due à partir de son échéance.

Art. 13. Sont applicables les articles 23 à 29 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité.

---

1) Alinéas rénumérotés par L. 19.12.08, VII, 2°.

*2) **L. 16.12.10,2:***
Les personnes qui au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi bénéficient du forfait d'éducation continuent à le toucher conformément aux anciennes dispositions.

Loi du 30 avril 2004 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit

Revis

Art. 1er. Il est institué au profit des personnes visées à l'article 2 un droit à un complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil, appelé par la suite le complément. L. 30.4.04[1)]

Ce complément, qui est défini à l'article 3, est dû dans la mesure où les dépenses ne peuvent pas être couvertes par les ressources personnelles du bénéficiaire.

Art. 2. Peuvent prétendre au complément:

1) les personnes admises à durée indéterminée dans les centres intégrés pour personnes âgées, les maisons de soins, ou les autres établissements médico-sociaux assurant un accueil de jour et de nuit dûment agréés conformément à la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique;

2) les personnes séjournant dans un hôpital et considérées comme cas de simple hébergement au sens de l'article 17 du Code de la sécurité sociale.

1 **Art. 3.** Sont concernées par la présente loi toutes les prestations de l'accueil qui ne sont pas couvertes par les prestations des assurances sociales.

2 Un règlement grand-ducal détermine les prestations obligatoires dans le cadre de l'accueil dont le coût est compris de manière forfaitaire dans le prix de base mensuel que le gestionnaire de l'établissement ou du centre d'accueil est en droit de mettre en compte.

1 **Art. 4.** Le complément est versé par le Fonds national de solidarité.

2 Le montant du complément est déterminé en fonction:

a) des ressources personnelles du bénéficiaire de l'accueil, déterminées conformément aux articles 6 à 10;

b) d'un montant mensuel immunisé sur les ressources du bénéficiaire, destiné à couvrir ses besoins personnels;

c) d'un montant qui représente le prix de base mensuel des prestations de l'accueil, ci-après appelé montant minimum mensuel de référence.

3 Le montant indiqué sous b) est fixé par règlement grand-ducal. R. 27.9.04

1 **Art. 5.** Le montant minimum mensuel de référence servant de base de calcul à la fixation du montant mensuel maximum du coût des prestations fournies dans le cadre de l'accueil pris en compte en vue de la participation du Fonds national de solidarité est fixé à 248,48 euros par pensionnaire.

2 Il est identique pour le pensionnaire qui, avec une autre personne, partage deux chambres communicantes.

3 Il est fixé à 215 euros par pensionnaire dans le cas où deux personnes partagent une seule chambre.

1 **Art. 6.** Sont considérées comme ressources personnelles, au sens de l'article 1er ci-avant, l'ensemble des revenus annuels dont le bénéficiaire seul ou avec son époux ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, dispose, déduction faite des impôts et des éléments qui, selon les dispositions de la loi concernant l'impôt sur le revenu, sont mis en compte pour la détermination du revenu imposable. L. 9.7.04,22,1° [2)]

2 Sont notamment à prendre en compte, comme ressources personnelles: L. 30.4.04

- le revenu provenant d'une activité professionnelle quelconque;
- les revenus de biens mobiliers et immobiliers;
- les rentes et pensions et tous les autres revenus de remplacement dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère;
- les allocations, prestations ou secours touchés de la part d'un organisme public ou privé;
- les pensions alimentaires dues en vertu de l'article 10.

3 Lorsqu'il existe à un autre titre une prise en charge d'une partie du prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil par un organisme ou une institution sociale, cette partie est considérée comme revenu.

4 Le revenu est diminué du montant effectivement presté en vertu d'une obligation alimentaire à laquelle le requérant est tenu envers une personne ayant vécu avec lui dans une même communauté domestique.

5 Le revenu mensuel est obtenu en divisant par douze le montant total des revenus obtenus à la suite de l'application des alinéas qui précèdent.

1 **Art. 7.** Sont également à considérer comme ressources personnelles au sens de l'article 1er et à utiliser pour le paiement du prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil, prioritairement avant toute autre prise en charge par le Fonds national de solidarité:

a) l'argent comptant, les avoirs en compte et, d'une façon générale, tous les moyens de paiement selon leur valeur nominale;

b) les actions, les parts de société, les obligations selon leur valeur boursière;

---

1) R. 27.9.04 - Voir dans le présent recueil sous « Règlements - Revenu d'inclusion sociale ».

2) La loi du 9 juillet 2004 a modifié l'article 5 alinéa 1 de la loi abrogée du 23 décembre 1998.

c) les objets de luxe ou d'art, les collections, selon leur valeur vénale;

d) le gros bétail selon sa valeur marchande;

e) en général, tous les autres biens meubles, selon leur valeur vénale.

2 Les éléments énumérés ci-avant ne sont pris en compte que pour la part qui dépasse le montant de 2.500 euros.

Art. 8. (1) Dans la mesure où des biens immobiliers qui appartiennent en tout ou en partie au bénéficiaire, et qui sont situés au Grand-Duché de Luxembourg, ne peuvent pas servir à couvrir le prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil, le Fonds national de solidarité ne tient pas compte de leur valeur pour la détermination des ressources visées à l'article 7, sauf les revenus qui en proviennent.

Dans ce cas, l'article 17 est applicable.

(2) La valeur vénale de la fortune immobilière, située au Grand-Duché de Luxembourg, est déterminée comme suit:

a) les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'administration des contributions pour la fixation de l'impôt sur la fortune des terrains agricoles et forestiers sont multipliées par le coefficient 60;

b) les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'administration des contributions pour la fixation de l'impôt sur la fortune de tous les immeubles qui ne sont pas visés sous a) ci-avant sont multipliées par le coefficient 100.

Si le requérant conteste la valeur ainsi déterminée, celle-ci est évaluée par voie d'expertise.

Les coefficients retenus au premier alinéa du présent paragraphe sont adaptés tous les cinq ans par règlement grand-ducal. R. 27.9.04

Art. 9. (1) Les ressources provenant d'immeubles qui appartiennent au bénéficiaire et qui sont situés en dehors du territoire du Grand-Duché se déterminent par conversion en rente viagère immédiate de la valeur vénale des immeubles à l'aide de multiplicateurs arrêtés par règlement grand-ducal.

(2) Le bénéficiaire qui est propriétaire d'un ou de plusieurs immeubles situés en dehors du territoire du Grand-Duché doit produire une attestation, établie par un organisme public compétent permettant soit d'appliquer les critères du paragraphe 2 de l'article 8, soit d'établir la valeur de la fortune immobilière en question.

S'il est incapable de produire une telle attestation, le Fonds national de solidarité évalue la valeur de la fortune immobilière en fonction des éléments d'appréciation dont il dispose.

(3) Le Fonds national de solidarité peut, le cas échéant, demander au bénéficiaire propriétaire de biens mobiliers ou immobiliers situés en dehors du territoire du Grand-Duché de vendre ces biens et d'utiliser le produit de la vente en vue de couvrir le prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil.

En cas de refus, le fonds peut refuser le complément.

Art. 10. (1) Pour l'appréciation des ressources, il est tenu compte des aides alimentaires instituées par les articles 203, 212, 214, 267bis, 268, 277, 300 du code civil.

(2) Si l'aide alimentaire n'est pas fixée par le juge ou si les débiteurs d'aliments ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leur dette alimentaire, le créancier d'aliments est tenu, dès que le Fonds national de solidarité l'y invite par lettre recommandée, de faire valoir ses droits en vertu des dispositions précitées dans un délai de six mois.

(3) Si le créancier d'aliments refuse de faire valoir ses droits contre le débiteur ou renonce à poursuivre les démarches entreprises, le fonds fixe, conformément aux principes de l'article 208 du code civil, l'aide alimentaire à un montant approprié qui est compté comme revenu du débiteur.

(4) Si le créancier d'aliments a personnellement utilisé les possibilités légales de réclamer les aliments selon la législation luxembourgeoise ou étrangère et si les débiteurs d'une obligation alimentaire, tout en étant solvables d'après les constatations du fonds faites dans le cadre du présent article, ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leurs dettes alimentaires, le fonds peut, en lieu et place du créancier et selon les règles de compétence et de procédure qui sont applicables à l'action de celui-ci, agir en justice pour la fixation, la révision et le recouvrement de la créance d'aliments.

Cette action peut porter sur la période écoulée et remonter dans ses effets à la date à laquelle le fonds a invité par lettre recommandée les débiteurs d'aliments à s'acquitter de leur obligation.

Les transactions sur les pensions alimentaires ou renonciations à des aliments contenues dans des conventions de divorce par consentement mutuel ne sont pas opposables au fonds.

Le versement de la dette alimentaire, fixée en vertu d'une action judiciaire intentée par le fonds en vertu des alinéas qui précèdent, est effectué entre les mains du fonds.

Le complément pour compte de l'intéressé ne doit en aucun cas être inférieur aux aliments touchés en ses lieu et place par le fonds.

Art. 11. (1) Le Fonds national de solidarité instruit les demandes et il détermine les pièces à fournir par le requérant. L'instruction comporte, le cas échéant, une enquête sociale pouvant être effectuée au domicile du requérant.

(2) Les décisions d'octroi ou de refus du complément sont notifiées au requérant au plus tard dans les trois mois qui suivent la date où toutes les pièces demandées ont été fournies.

(3) La notification détermine notamment le montant et le début du complément et fait état des éléments de revenu et de fortune ayant été pris en considération.

(4) Le complément est versé aux établissements et centres énumérés à l'article 2 ayant fourni des prestations au requérant.

Art. 12. Si l'un des époux d'un couple est admis dans un des établissements ou centres énumérés à l'article 2 précité, le Fonds national de solidarité évalue les ressources personnelles du bénéficiaire de l'accueil de sorte à ce que l'autre conjoint bénéficie au moins des mêmes avantages que le bénéficiaire de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. L. 28.7.18,46,2°

Si le conjoint du pensionnaire d'un des établissements ou centres dont question à l'article 2 ci-avant continue à occuper le domicile conjugal et qu'il doit s'acquitter d'un loyer ou d'une dette en rapport avec l'acquisition de son logement, le montant de cette dépense est à immuniser sur les revenus du couple, au maximum jusqu'à un plafond mensuel de 100 euros. L. 30.4.04

Si les deux époux sont admis dans un des établissements ou centres dont question à l'article 2, le Fonds national de solidarité, en appliquant les articles ci-avant, définit les ressources personnelles de chaque conjoint en retenant un montant équivalent à cinquante pour cent de l'ensemble des revenus du ménage.

Art. 13. Les bénéficiaires du complément doivent déclarer immédiatement au Fonds national de solidarité tous les faits qui sont de nature à modifier leur droit au complément.

Le fonds examine régulièrement si les conditions d'octroi sont toujours remplies.

Art. 14. (1) Le complément est supprimé si les conditions qui l'ont motivé viennent à défaillir.

Si les éléments de calcul du complément se modifient ou s'il est constaté qu'il a été accordé par suite d'une erreur matérielle, le complément est relevé, réduit ou supprimé.

(2) Lorsque, pendant la période pour laquelle un complément a été accordé, un bénéficiaire a disposé de ressources qui auraient dû être prises en considération pour le calcul du complément, les sommes payées en trop peuvent être récupérées à charge du bénéficiaire ou de ses ayants droit.

Sa restitution est obligatoire si le bénéficiaire a provoqué son attribution en alléguant des faits inexacts, ou en dissimulant des faits importants, ou s'il a omis de signaler des faits importants après l'attribution.

(3) Les sommes indûment touchées sont à restituer par le bénéficiaire ou ses ayants droit sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles; elles peuvent être déduites du complément ou des arrérages restant dus au bénéficiaire.

Le fonds ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droit soit verbalement, soit par écrit.

La décision doit être motivée.

Art. 15. Le Fonds national de solidarité réclame dans les limites à fixer par un règlement grand-ducal la restitution des sommes par lui versées au titre du complément:

a) contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune;

b) contre la succession du bénéficiaire, au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession;

c) contre le donataire du bénéficiaire, lorsque ce dernier a fait la donation directe ou indirecte postérieurement à la demande du complément, ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande ou après l'âge de cinquante ans accomplis[1)], au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens, au jour de la donation.

d) contre le légataire du bénéficiaire, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens à lui légués au jour de l'ouverture de la succession.

Les montants touchés par le Fonds en lieu et place du bénéficiaire, en exécution du paragraphe 4 de l'article 10 de la présente loi, sont à déduire du montant à récupérer en vertu du présent article. Il en est de même des montants dont les descendants se sont acquittés à l'égard du bénéficiaire en raison de l'obligation alimentaire résultant des articles 205 et 206 du code civil.

Le Fonds renonce également à la restitution des montants correspondant aux pensions alimentaires versées effectivement à un bénéficiaire conformément au paragraphe 1er de l'article 10.

Ces montants sont à considérer comme une créance desdits héritiers et à déduire de l'actif de la succession avant la restitution au profit du Fonds national de solidarité.

Le Fonds ne fait valoir aucune demande en restitution pour une première tranche de l'actif de la succession fixée à mille sept cents euros [2)].

---

1) Par L. 19.12.14,30,1° les termes « ou après l'âge de cinquante ans accomplis » sont ajoutés.

2) Par L. 19.12.14, 30,2° les termes « deux mille cinq cents euros » sont remplacés par les termes « mille sept cents euros ».

Art. 16.- Le Fonds peut réclamer la restitution du complément contre le tiers responsable du fait qui a rendu nécessaire une telle participation du Fonds.

Art. 17.- (1) Pour la garantie des demandes en restitution par la présente loi, les immeubles appartenant aux bénéficiaires du complément sont grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription, la postposition et la mainlevée partielle ou totale sont requises par le Fonds national de solidarité dans la forme et de la manière prescrite par les dispositions légales en vigueur.

(2) Les bordereaux d'inscription doivent contenir une évaluation du complément alloué au bénéficiaire. Cette évaluation est faite d'après une table de mortalité à arrêter par règlement grand-ducal. En cas de modification du complément, l'inscription est changée en conséquence. Lorsque le complément servi dépasse l'évaluation figurant au bordereau d'inscription, le Fonds requiert une nouvelle inscription d'hypothèque.

(3) Les modalités relatives à l'inscription de l'hypothèque légale sont déterminées par règlement grand-ducal.

(4) Les formalités relatives à l'inscription de l'hypothèque visée au présent article ainsi que sa radiation ne donnent lieu à aucune perception au profit du Trésor.

Art. 18.- Le complément ne peut être cédé, ni mis en gage, ni saisi.

Art. 19.- Contre les décisions prises par le Fonds national de solidarité, la personne concernée dispose d'un recours devant le conseil arbitral et devant le conseil supérieur des assurances sociales. La procédure à suivre et les frais de justice sont régis par le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale[1)] la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice.

Art. 20.- Sont applicables en outre pour l'exécution de la présente loi, sauf adaptation de la terminologie et pour autant que de besoin,

- les articles 16 à 20, 22 à 30, 35 et 36 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité;
- les articles 28 à 31 et 33 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale; L: 28.7.18,46,3°
- ainsi que les articles 291 et 292bis du code des assurances sociales. L. 30.4.04

Art. 21.- Les montants visés aux articles 5, 7 et 12[2)] correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, chaque variation de 2,5 points de ce nombre-indice donnant de plein droit lieu à une adaptation proportionnelle de ces montants.

Les montants créés aux articles 5 et 12 peuvent être modifiés annuellement dans la loi sur le budget des recettes et des dépenses de l'État.

Art. 22.- La loi du 23 décembre 1998 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique aux usagers des centres intégrés, maisons de soins, centres sociogérontologiques et foyers de jour psychogériatriques est abrogée.

1) Ancien article 294 du Code des assurances sociales.
2) Par L. 19.12.14,30,3° les termes « et 15 » sont supprimés.

Loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale [1)]

et portant modification

1° du Code de la Sécurité sociale;

2° du Code du travail;

3° de la loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité;

4° de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat;

5° de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées;

6° de la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit;

7° de la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale et portant abrogation de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

---

1) Pour les annexes
- Annexe A: Multiplicateurs de la fortune pour la conversion en rente viagère immédiate des ressources de la fortune
- Annexe B: Table de référence pour le calcul des obligations alimentaires
- Annexe C: Évaluation de l'allocation d'inclusion allouée au bénéficiaire en vue de la garantie des demandes en restitution
voir JO, Mém. A 630 du 30 juillet 2018 pages 19 à 23.

SOMMAIRE

Chapitre Ier	-	**Dispositions générales**	Art. 1er - 4
		Section 1re - Conditions d'accès au Revis	
		Section 2 - Détermination de la communauté domestique	
Chapitre 2	-	**Allocation d'inclusion**	Art. 5 - 11
		Section 1re - Déclaration et détermination des ressources	
		Section 2 - Prise en compte de l'obligation alimentaire	
Chapitre 3	-	**Activation sociale et professionnelle**	Art. 12 - 25
Chapitre 4	-	**Procédures, révision et voies de recours**	Art. 26 - 34
		Section 1re - Demande en obtention du Revis	
		Section 2 - Révision de la décision d'octroi et restitution de l'allocation d'inclusion	
		Section 3 - Voie de recours	
Chapitre 5		**Office national d'inclusion sociale**	Art. 35 - 36
Chapitre 6		**Dispositions additionnelles**	Art. 37 - 41

Chapitre 1er - **Dispositions générales**[1)]

Art. 1er. (1) Il est institué un revenu d'inclusion sociale qui confère, à toute personne qui remplit les conditions fixées par la présente loi, des moyens d'existence de base pouvant être associés à des mesures d'activation sociale et professionnelle appelées ci-après « mesures d'activation ». L. 28.7.18

Le revenu d'inclusion sociale, dénommé ci-après « Revis » peut être composé de:

a) l'allocation d'inclusion, destinée à parfaire la différence entre les montants maxima définis à l'article 5 et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose;

b) l'allocation d'activation destinée à soutenir une personne participant à une mesure d'activation définie au chapitre 3.

(2) La charge des composantes du Revis incombe au Fonds national de solidarité, dénommé ci-après « Fonds ».

Section 1re - Conditions d'accès au Revis

Art. 2. (1) Peut prétendre au Revis, toute personne qui remplit les conditions suivantes:

a) bénéficier d'un droit au séjour, être inscrite au registre principal du registre national des personnes physiques et résider effectivement au lieu où est établi sa résidence habituelle;

b) être âgée de vingt-cinq ans au moins;

c) disposer de ressources, telles que définies au chapitre 2, sections 1 et 2, d'un montant inférieur aux limites fixées à l'article 5, soit à titre individuel, soit ensemble avec les personnes avec lesquelles elle forme une communauté domestique;

d) rechercher un travail tout en étant et restant inscrite comme demandeur d'emploi à l'Agence pour le développement de l'emploi;

e) être prête à épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère afin d'améliorer sa situation.

(2) La personne qui n'est pas ressortissante du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse et qui n'est pas reconnue apatride sur base de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954, ni bénéficiaire d'une protection internationale au sens de la loi du 18 décembre 2015 relative à l'accueil des demandeurs de protection internationale et de protection temporaire, doit avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant cinq ans au moins au cours des vingt dernières années ou disposer du statut de résident de longue durée.

Ne sont pas visés par cette condition de résidence les membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un État

---

1) ***L. 28.7.18,49:***
(1) La loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti est abrogée.
(2) Toutefois, les communautés domestiques ayant bénéficié de prestations en vertu de ces dispositions abrogées bénéficieront d'office du revenu d'inclusion sociale prévu par la présente loi.
Par dérogation à l'alinéa qui précède, les communautés domestiques dont l'allocation d'inclusion sociale due en vertu des nouvelles dispositions est inférieure à l'allocation complémentaire dont les ayants droit bénéficient la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi, continuent à bénéficier de ce même montant tant qu'aucun élément autre qu'une adaptation indiciaire, du taux du salaire social minimum ou des pensions n'exige d'en modifier le calcul. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie.
(3) Les communautés domestiques dont les seuls revenus sont constitués par une ou plusieurs pensions au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère ou par le forfait d'éducation la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi, et dont l'allocation d'inclusion sociale due en vertu des nouvelles dispositions est inférieure à l'allocation complémentaire dont les ayants droit bénéficient la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi, continuent à bénéficier d'un montant qui est déterminé en fonction de la composition de la communauté domestique au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Par dérogation à l'article 5, paragraphe 1er, le montant Revis est fixé à:
a) cent soixante-dix-huit euros vingt-neuf cents pour une personne seule;
b) deux cent soixante-sept euros et quarante-quatre cents pour la communauté domestique composée de deux adultes;
c) cinquante-et-un euros et deux cents pour l'adulte supplémentaire vivant dans la communauté domestique;
d) seize euros et vingt-et-un cents pour chaque enfant ayant droit à des allocations familiales qui vit dans la communauté domestique.
Les montants susvisés correspondent au nombre indice cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptés suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.
Par dérogation à l'article 9, paragraphe 3, alinéa 2, les revenus visés au présent paragraphe ne sont pas pris en compte jusqu'à concurrence de trente pour cent du Revis dû au ménage.
(4) Si le nombre des personnes, visées au paragraphe 3, formant une communauté domestique diminue, le montant auquel pourra prétendre le bénéficiaire sera calculé conformément aux dispositions du paragraphe 3 en fonction de sa nouvelle situation familiale. Si le nombre des personnes formant une communauté domestique augmente, le bénéficiaire touchera les montants prévus à l'article 5.
En cas d'interruption du droit au Revis après l'entrée en vigueur de la présente loi ou de toute augmentation de la situation de revenu de la communauté domestique, toute nouvelle demande du Revis du même bénéficiaire sera soumise aux dispositions de la présente loi et bénéficiera des montants prévus à l'article 5.

ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ainsi que du bénéficiaire de protection internationale, définis par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation et l'immigration et quelle que soit leur nationalité.

(3) Le citoyen de l'Union européenne et le ressortissant d'un État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou un membre de la famille, quelle que soit sa nationalité, n'a pas droit au Revis durant les trois premiers mois de son séjour sur le territoire ou durant la période où il est à la recherche d'un emploi s'il est entré à ces fins sur le territoire.

Cette disposition ne s'applique pas aux travailleurs salariés ou non-salariés ou aux personnes qui gardent ce statut ou aux membres de leur famille quelle que soit leur nationalité.

(4) Peut prétendre au Revis sans avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans:

a) la personne qui élève un enfant pour lequel elle touche des allocations familiales et la femme enceinte au cours des huit semaines précédant la date d'accouchement théorique moyennant un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement;

b) la personne majeure qui, par suite de maladie ou de handicap n'est pas en état de gagner sa vie dans les limites prévues à l'article 5;

c) l'aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7, du Code de la sécurité sociale.

(5) Peut prétendre au Revis sans remplir la condition de l'article 2, paragraphe 1er, lettre d) la personne:

a) salariée à temps plein;

b) empêchée pour des raisons de santé physique ou psychique moyennant avis médical établi par un médecin mandaté par le président du Fonds;

c) disposant d'un avis motivé, élaboré au plus tard un mois à partir de la date d'admissibilité de la demande du Revis, de l'Agence pour le développement de l'emploi relatif à l'incapacité de la personne à intégrer le marché de l'emploi ordinaire. Cette incapacité est évaluée en fonction de la situation personnelle, des connaissances linguistiques et du parcours professionnel de la personne;

d) bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité;

e) âgée de plus de soixante-cinq ans;

f) bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité;

g) bénéficiaire du congé parental détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est égale à la durée normale de travail applicable dans l'établissement ou l'entreprise en vertu de la loi ou de la convention collective;

h) aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7, du Code de la sécurité sociale;

i) qui achève des études de l'enseignement secondaire classique ou de l'enseignement secondaire général;

j) qui exerce une activité à titre d'indépendant pendant une période de six mois renouvelable une fois, qui ne génère pas, à l'issue de cette période un revenu professionnel supérieur ou égal au taux du salaire social minimum non qualifié;

k) qui exerce une activité à titre d'indépendant et dont le revenu professionnel est supérieur ou égal au taux du salaire social minimum non qualifié.

Art. 3. (1) Ne peut prétendre au Revis, la personne qui:

a) a abandonné ou réduit de plein gré son activité professionnelle;

b) a été licenciée pour faute grave;

c) ne respecte pas la convention de collaboration signée avec l'Agence pour le développement de l'emploi ou a refusé de participer à une mesure active en faveur de l'emploi proposée par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi;

d) refuse de collaborer avec l'Office national d'inclusion sociale;

e) s'est vue retirer le bénéfice de l'indemnité de chômage;

f) a fait une déclaration incomplète ou inexacte au Fonds;

g) omet d'avertir le Fonds endéans un mois d'une circonstance pouvant entraîner une modification de l'allocation;

h) bénéficie d'un congé sans solde ou d'un congé pour travail à temps partiel soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé;

i) a quitté le territoire national pendant une période dépassant trente-cinq jours calendrier au cours d'une même année civile ou ne respecte pas les convocations du Fonds visant le contrôle des conditions d'accès au Revis;

j) fait l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté, sauf pendant la période où elle est soumise au régime de la semi-liberté ou qu'elle bénéficie d'une suspension de l'exécution de la peine, d'une libération conditionnelle ou d'un placement sous surveillance électronique tel que prévu aux articles 107, alinéa 3, et 688 et suivants du Code de procédure pénale;

k) poursuit des études supérieures;

l) est bénéficiaire d'une attestation de prise en charge telle que prévue par l'article 4 de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration.

(2) Le Fonds peut déroger, pour des raisons tenant à la situation familiale, professionnelle ou de santé dûment documentées et appuyant la demande en obtention du Revis, à l'une des situations visées aux lettres a), b), c), d), e), f), g), h) et i) du paragraphe 1er.

(3) Le Revis n'est pas dû pour le mois au cours duquel les faits énoncés au paragraphe 1er 1) sous a), b), c), d), e), f), g), h) et i) se sont produits et les trois mois subséquents.

Section 2 - Détermination de la communauté domestique

Art. 4. (1) Sont présumées former une communauté domestique toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun, dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir les preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.

Un règlement grand-ducal précise les preuves matérielles à fournir relatives à la situation de logement et au paiement des frais y relatifs, la durée sur laquelle doivent porter ces preuves, sans qu'elle ne puisse être inférieure à six mois, ainsi que les modalités pratiques d'application. R. 1.10.18

(2) Lorsque, dans une communauté domestique déterminée conformément au paragraphe 1er, le Revis n'est pas dû ou n'est pas demandé, les personnes suivantes bénéficient d'une allocation d'inclusion réduite définie à l'article 5, paragraphe 3:

a) les personnes vivant dans la communauté domestique de leurs descendants majeurs;

b) les personnes majeures visées à l'article 2, paragraphe 4, lettre b) qui vivent dans la communauté domestique de leurs ascendants ou de leur frère ou sœur.

(3) Le Fonds peut considérer, pour des raisons tenant à la situation familiale, professionnelle ou de santé dûment documentées et appuyant la demande en obtention du Revis, une personne majeure, hébergée à titre gratuit, dans une communauté domestique où le Revis n'est pas dû ou n'est pas demandé et pour laquelle la personne crée des charges pour la communauté, et si elle sort d'un centre pénitentiaire, d'un établissement hospitalier, d'un traitement dûment autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans un établissement de santé stationnaire à l'étranger, d'une structure d'hébergement réservée au logement provisoire d'étrangers gérée par l'Office luxembourgeois de l'accueil et de l'intégration ou les organismes et instances partenaires ou d'une structure d'hébergement tombant sous le champ d'application de l'article 1er de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, comme formant seule une communauté domestique pendant une durée maximale de douze mois.

(4) Pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois qui ne fait pas l'objet d'une des mesures d'aménagement de la peine visées à l'article 3, paragraphe 1er, lettre j) ou pendant le placement dans un centre socio-éducatif de l'État, l'intéressé ne peut pas être considéré comme faisant partie de la communauté domestique.

Chapitre 2 - **Allocation d'inclusion**

Art. 5. (1) L'allocation d'inclusion mensuelle maximale se compose:

a) d'un montant forfaitaire de base par adulte s'élevant à quatre-vingt-douze euros et cinquante-quatre cents; 2) 3)

b) d'un montant forfaitaire de base s'élevant à vingt-huit euros et soixante-treize cents 3) 4) pour chaque enfant pour lequel un membre de la communauté domestique bénéficie des allocations familiales;

c) d'un montant forfaitaire de base tel que défini à la lettre b) majoré d'un montant de huit euros et quarante-neuf cents 3) 5) pour chaque enfant vivant dans une communauté domestique composée d'un seul membre adulte et qui bénéficie des allocations familiales pour cet enfant;

d) d'un montant couvrant les frais communs du ménage s'élevant à quatre-vingt-douze euros et cinquante-quatre cents 3) 6) par communauté domestique;

e) d'un montant couvrant les frais communs du ménage majoré d'un montant de treize euros et quatre-vingt-neuf cents 3) 7) au cas où un ou plusieurs enfants font partie de la communauté domestique pour lesquels un membre adulte bénéficie des allocations familiales.

(2) Les personnes majeures admises, pour une durée dépassant soixante jours calendrier, au Grand-Duché de Luxembourg ou à l'étranger, dans les établissements hospitaliers, ainsi qu'à

---

1) Par L. 21.12.18,I,1° les termes « paragraphe V » sont remplacés par les termes « paragraphe 1er ».

2) Par L. 15.12.20, 2,1°,a) les termes « quatre-vingt-dix euros et deux cents » sont remplacés par ceux de « quatre-vingt-douze euros et cinquante-quatre cents ».

3) L.15.12.20,3 : Entrée en vigueur: 1er janvier 2021.

4) Par L. 15.12.20, 2,1°,b) les termes « vingt-sept euros et quatre-vingt-quinze cents » sont remplacés par ceux de « vingt-huit euros et soixante-treize cents ».

5) Par L. 15.12.20,2,1°,c) les termes huit euros et vingt-six cents » sont remplacés par ceux de « huit euros et quarante-neuf cents ».

6) Par L.15.12.20,2,1°,d) les termes « quatre-vingt-dix euros et deux cents » sont remplacés par ceux de « quatre-vingt-douze euros et cinquante-quatre cents ».

7) Par L.15.12.20,2,1°,e) les termes « treize euros et cinquante-et-un cents » sont remplacés par ceux de « treize euros et quatre-vingt-neuf cents ».

un traitement dûment autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans un établissement de santé stationnaire à l'étranger et dont les frais sont pris en charge par la Caisse nationale de santé, bénéficient de l'allocation d'inclusion réduite prévue au paragraphe 3. Les dispositions de l'article 4, paragraphe 1er leur sont applicables.

(3) L'allocation d'inclusion réduite maximale se compose des montants repris au paragraphe 1er, lettre a) et le cas échéant au paragraphe 1er, lettre b) ou lettre c).

(4) Il peut être dérogé au principe formulé au paragraphe 2 si la personne apporte la preuve de frais incompressibles portant sur le paiement de frais liés à un logement et à ses charges ou sur le paiement d'une pension alimentaire.

(5) Les montants susvisés correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptés suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Art. 6. (1) Si, au moment de l'octroi de l'allocation d'inclusion, le bénéficiaire n'est pas encore affilié à l'assurance maladie, le Fonds présente immédiatement une demande d'affiliation à la Caisse nationale de santé.

(2) L'allocation d'inclusion est soumise au paiement des cotisations en matière d'assurance maladie et d'assurance dépendance. Les cotisations sont calculées sur la base de l'allocation d'inclusion moyennant les dispositions légales en la matière. La part patronale de la cotisation en matière d'assurance maladie est imputée sur le Fonds.

(3) L'allocation d'inclusion est soumise au paiement des cotisations en matière d'assurance pension, si le bénéficiaire, non bénéficiaire de l'allocation d'activation, justifie d'une affiliation à l'assurance pension au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale de vingt-cinq années au moins et tant qu'il n'est pas bénéficiaire d'une pension personnelle d'un régime de pension luxembourgeois ou qu'il n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans. La part assurée et la part patronale sont imputées sur le Fonds.

(4) Pour les cotisations visées au paragraphe 3, l'assiette de cotisation mensuelle est constituée par la différence entre le salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié de dix-huit ans au moins et les revenus professionnels de l'assuré.

Section 1re - Déclaration et détermination des ressources

Art.7. Pour pouvoir prétendre au Revis, la personne doit déclarer au Fonds son revenu intégral ainsi que toute sa fortune, de même que le revenu et la fortune des personnes visées à l'article 2, paragraphe 1er, lettre c).

Dans le cadre de l'application de l'article 10 paragraphe 2, le Fonds peut demander aux bénéficiaires du Revis toute pièce justificative.

Art. 8. Sont à déclarer les donations directes ou indirectes faites par le demandeur ou le bénéficiaire du Revis. À la demande du Fonds, les actes de donation sont à lui soumettre.

Est encore à déclarer l'acceptation d'une succession par un héritier du demandeur ou du bénéficiaire du Revis. À la demande du Fonds, la déclaration de succession est à lui soumettre.

Art. 9. (1) Pour la détermination des ressources d'un ayant droit sont pris en considération son revenu brut et sa fortune ainsi que les revenus bruts et la fortune des personnes qui forment avec lui une communauté domestique.

Sont compris dans les revenus, les revenus de remplacement et les pensions dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère, les indemnités payées au titre d'une mesure en faveur de l'emploi organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi conformément aux articles L. 524-2 à L. 524-7, L. 543-1 à L. 543-13, L. 543-14 à L. 543-28 du Code du travail, l'allocation d'activation prévue à l'article 18 ainsi que les aliments dus sur base de l'article 11.

(2) Les revenus professionnels, les revenus de remplacement mensuels réguliers et les aliments dus sur base de l'article 11 de la loi sont pris en compte suivant leur montant brut correspondant au mois pour lequel l'allocation d'inclusion est demandée ou, à défaut, au mois précédant celui-ci.

Les autres revenus mensuels réguliers tels que les loyers d'immeubles, sont pris en compte suivant leur montant correspondant au mois pour lequel l'allocation d'inclusion est demandée.

Le revenu professionnel, résultant d'une activité saisonnière ou occasionnelle, non pris en compte au moment de la détermination de l'allocation d'inclusion, est mis en compte pour la détermination de l'allocation d'inclusion d'un mois subséquent.

Au cas où ces revenus mensuels réguliers présentent des fluctuations, le montant mensuel est déterminé sur la base d'une moyenne s'étendant au maximum sur les douze mois précédents.

En cas de travail saisonnier, le revenu mensuel équivaut à la moyenne des revenus correspondants sur les douze mois précédents.

Pour la conversion en revenus mensuels, les revenus déterminés sur une base annuelle sont à diviser par douze.

Pour autant qu'il ne soit pas possible de déterminer des revenus professionnels mensuels correspondant à une activité indépendante, le revenu mensuel est égal à un douzième du revenu annuel pris en compte pour la détermination de l'assiette de cotisation en matière d'assurance pension.

(3) Par dérogation à la règle générale énoncée aux paragraphes 1er et 2, ne sont pas pris en compte les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, les allocations de naissance,

l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées, les prestations en espèces allouées au titre de l'article 354 du Code de la sécurité sociale, le revenu professionnel de l'enfant âgé de moins de vingt-cinq ans jusqu'à concurrence du montant de l'allocation d'inclusion maximale pour un adulte défini à l'article 5, paragraphe 1er, lettres a) et d) et les aides financières de l'État ainsi que les secours bénévoles attribués par les offices sociaux ou par des œuvres sociales privées.

Ne sont pas non plus mis en compte, jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent de leur montant brut les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les pensions dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère, les indemnités payées au titre d'une mesure en faveur de l'emploi organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi conformément aux articles L. 524-2 à L.524-7, L. 543-1 à L. 543-13, L. 543-14 à L. 543-28 du Code du travail, l'allocation d'activation prévue à l'article 18 ainsi que les aliments dus sur la base de l'article 11.

Art. 10. (1) Les ressources de la fortune se déterminent par conversion en rente viagère immédiate de la valeur globale de la fortune au moyen de multiplicateurs déterminés dans l'annexe A de la présente loi. Pour ce calcul, l'âge du bénéficiaire est calculé par différence de l'année d'attribution de l'allocation d'inclusion sociale et de l'année de naissance du bénéficiaire. Pour les requérants mariés, c'est l'âge du bénéficiaire le plus jeune qui est pris en considération.

(2) La valeur de la fortune mobilière est déterminée selon sa valeur vénale. Il n'est pas tenu compte d'un montant de deux mille cinq cent euros, nombre indice cent du coût de la vie.

(3) La valeur de la fortune immobilière, située au Luxembourg, est déterminée comme suit :

a) les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'Administration des contributions directes pour établir la base d'assiette de l'impôt foncier des terrains agricoles ou forestiers sont multipliées par le coefficient de cent-vingt;

b) les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'Administration des contributions directes pour établir la base d'assiette de l'impôt foncier de tous les immeubles non visés à l'alinéa qui précède sont multipliées par le coefficient de deux-cents.

En cas de désaccord sur la valeur ainsi déterminée, celle-ci peut être déterminée par un acte notarié récent ou une expertise établie par un expert assermenté.

(4) Si le requérant possède une fortune à l'étranger, il doit produire une attestation, établie par un organisme public compétent, permettant soit d'appliquer les critères du paragraphe 3, soit d'établir la valeur de cette fortune.

S'il est dans l'incapacité de produire une telle attestation, le Fonds évalue la valeur de la fortune en fonction des éléments d'appréciation dont il dispose.

En cas de désaccord sur la valeur de la fortune ainsi déterminée, le requérant peut produire un acte notarié récent ou une expertise établie par un expert assermenté.

Si le requérant déclare ne pas être propriétaire d'un bien immobilier à l'étranger, le Fonds demande une déclaration sur l'honneur dûment signée par le requérant.

La valeur en capital du logement occupé par le requérant n'est pas prise en considération pour la détermination du revenu intégral.

Section 2 - Prise en compte de l'obligation alimentaire

Art. 11. (1) Pour l'appréciation des ressources, il est tenu compte des aides alimentaires instituées par les articles 203, 212, 214, 267bis, 268, 277, 300 et 303 du Code civil ainsi que par l'article 334-1 du Code civil, pour autant qu'il a pour objet les aides alimentaires dues par les parents à l'enfant né hors mariage et par l'article 362 du Code civil, pour autant qu'il vise les aides alimentaires dues par l'adoptant à l'adopté et par les articles 7 et 12 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats.

(2) Si l'aide alimentaire n'est pas fixée par le juge ou si les débiteurs d'aliments ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leur dette alimentaire, le créancier d'aliments, requérant ou bénéficiaire de l'allocation d'inclusion, est tenu, dès que le Fonds l'y invite par lettre recommandée, de faire valoir ses droits en vertu des dispositions précitées. Toutefois, aucune aide alimentaire n'est exigible de la part d'un parent direct au premier degré ou d'un adoptant pour un enfant ou un adopté âgé de plus de trente ans.

Le premier du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, le Fonds reporte la fixation et la mise en compte de l'aide alimentaire pour une durée de six mois. Ce délai peut être prorogé si les démarches entreprises par le créancier d'aliments n'ont pas encore donné lieu au versement effectif de l'aide alimentaire.

(3) Si le créancier d'aliments refuse de faire valoir ses droits contre le débiteur ou renonce à poursuivre les démarches entreprises, le Fonds met en compte un montant déterminé pour le calcul de son revenu suivant une table de référence pour le calcul des obligations alimentaires dont les modalités figurent dans l'annexe B de la présente loi.

(4) Si un allocataire de l'allocation d'inclusion a personnellement utilisé les possibilités légales de réclamer les aliments selon la législation luxembourgeoise ou étrangère et si les débiteurs d'une obligation alimentaire, tout en étant solvables d'après les constatations du Fonds faites dans le cadre du présent article, ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leurs dettes alimentaires, le Fonds peut, en lieu et place du créancier et selon les règles de compétence et de procédure qui sont applicables à l'action de celui-ci, agir en justice pour la fixation, la révision et le recouvrement de la créance d'aliments.

Cette action peut porter sur la période écoulée et remonter dans ses effets à la date à laquelle le Fonds a invité par lettre recommandée les débiteurs d'aliments à s'acquitter de leur obligation. L'action ne peut être exercée contre les personnes qui disposent d'un revenu imposable inférieur à trois fois le salaire social minimum. Elle ne peut, en outre, être exercée que jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au maximum au salaire social minimum.

Les limites de l'alinéa qui précède ne sont pas applicables si le débiteur d'aliments est un époux séparé de fait, un époux en instance de divorce, un conjoint séparé de corps, un conjoint divorcé, un partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, un ancien partenaire au sens de l'article 13 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou le parent direct au premier degré d'un enfant mineur.

Les transactions sur les pensions alimentaires ou renonciations à des aliments contenues dans des conventions de divorce par consentement mutuel ne sont pas opposables au Fonds.

Le versement de la dette alimentaire, fixée en vertu d'une action judiciaire intentée par le Fonds en vertu des alinéas qui précèdent, est effectué entre les mains du Fonds.

L'allocation d'inclusion payée à l'intéressé ne doit en aucun cas être inférieure aux aliments touchés en ses lieu et place par le Fonds.

Chapitre 3 - **Activation sociale et professionnelle** [1)]

Art. 12. (1) Il est institué sous l'autorité du ministre ayant la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans ses attributions, désigné ci-après par « le ministre », un Office national d'inclusion sociale, désigné ci-après par « l'Office ».

(2) L'Office a pour mission:

- d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre 3;
- de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés;
- de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux bénéficiaires du Revis.

Art. 13. (1) Les dispositions du chapitre 3 sont applicables à la personne majeure qui remplit les conditions du chapitre 1er et qui présente des besoins spécifiques en matière d'activation sociale et professionnelle et laquelle est dispensée par l'Office de la condition de l'article 2, paragraphe 1er, lettre d) sur base d'un avis motivé de l'Agence pour le développement de l'emploi. Les dispositions du chapitre 3 s'appliquent encore aux personnes visées aux lettres b), h) et i) du paragraphe 5 de l'article 2.

L'intéressé doit accepter de participer aux mesures d'activation en signant une déclaration de collaboration avec l'Office.

(2) Sur avis motivé de l'Office, l'obligation de remplir la condition reprise à l'article 2, paragraphe 1er, lettre d) peut être rétablie en vue de la reprise du dossier par l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. 14. Sont institués auprès des offices sociaux des postes d'agents régionaux d'inclusion sociale. Ces agents sont chargés d'aider l'Office à accomplir les missions lui dévolues par les articles du présent chapitre.

Ils sont engagés par les offices sociaux et l'État prend en charge les frais de personnel et les frais de fonctionnement. Les modalités de collaboration et de financement des parties sont réglées par convention à passer avec le ministre.

Art. 15. (1) Un plan d'activation est élaboré, au plus tard trois mois après réception de l'avis motivé de l'Agence pour le développement de l'emploi prévu à l'article 13, paragraphe 1er, entre la personne telle que visée à l'article 13 et un agent régional d'inclusion sociale tel que défini à l'article 14.

(2) Dans le mois qui suit son élaboration par l'agent régional d'inclusion sociale, le plan d'activation est transmis pour approbation à l'Office. Le plan d'activation ainsi approuvé est transmis à la personne visée à l'article 13.

Art. 16. Dans le plan d'activation figurent:

a) tous les éléments utiles à l'élaboration, de concert avec l'intéressé, d'un projet visant son activation sociale ou professionnelle;

b) la nature des engagements réciproques et le calendrier des démarches qu'implique la réalisation de ce projet et les conditions d'évaluation, avec l'intéressé, des différents résultats obtenus;

c) la nature des facilités qui peuvent être offertes à l'intéressé pour soutenir son projet et ses démarches.

Le plan d'activation, dont la durée ne peut excéder un an, est renouvelable. En cas de besoin, un nouveau plan d'activation peut être établi à tout moment.

---

1) ***L. 28.7.18,51:***
Les employeurs bénéficiant la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi d'une participation aux frais de personnel suivant les dispositions de l'article 13, alinéa 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, restent maintenus en leurs droits pendant la période de participation accordée.

Art. 17. (1) Les mesures d'activation prennent la forme:

a) d'activités de stabilisation sociale ou de préparation à l'activité visée à la lettre b);

b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'État, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique, de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ainsi que les organismes gestionnaires fonctionnant sous le régime du droit privé dont les frais sont principalement à charge du budget de l'État. Les modalités pratiques d'affectation de la personne concernée à l'un des organismes visés à la première phrase dont le type d'activité, le début et la fin de la période d'affectation, la nature du travail à fournir, le nombre d'heures à effectuer, l'horaire et les obligations dans le cadre d'une absence pour cause de maladie, sont définies dans une convention d'activation à signer par la personne affectée, l'organisme d'affectation concerné et l'Office.

La convention d'activation, dont la durée ne peut excéder un an, est renouvelable. En cas de besoin, une nouvelle convention d'activation peut être établie à tout moment.

(2) La personne telle que définie à l'article 13 et admise aux mesures du paragraphe 1er peut être autorisée à suivre des cours et des formations pratiques soutenant sa mesure d'activation.

De même, elle peut être orientée, sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale, à participer à des cures, traitements ou autres mesures de réadaptation ou de réhabilitation destinés à rétablir ou améliorer son aptitude au travail.

Art. 18. (1) La personne qui participe aux mesures d'activation définies à l'article 17, paragraphe 1er, lettre b) a droit à une allocation d'activation, payée mensuellement sur base du salaire social minimum pour un salarié non qualifié en fonction du nombre d'heures tel que retenu à la convention d'activation prévue à l'article 17, paragraphe 1er, lettre b).

L'allocation d'activation est soumise aux charges sociales généralement prévues en matière de salaires. La part patronale des charges sociales est imputée sur le Fonds.

(2) Le paiement de l'allocation d'activation est assuré par le Fonds sur déclaration certifiée sincère et exacte par l'Office.

L'allocation d'activation peut être cédée, mise en gage et saisie dans les limites fixées par les dispositions légales et réglementaires.

(3) Pour une période maximale de trois mois, la personne dont le dossier a été repris par l'Agence pour le développement de l'emploi en application de l'article 13, paragraphe 2 peut être maintenue dans son droit à l'allocation d'activation si elle continue à remplir les conditions du chapitre 1er.

Art. 19. Le livre II, titre premier, le livre II, titre III, chapitres premier à III, le livre II, titre IV, chapitres premier, IV et V et le livre III du Code du travail sont applicables aux mesures de l'article 17, paragraphe 1er. Le livre premier, titre II du Code de travail n'est pas applicable aux mesures de l'article 17, paragraphe 1er.

Art. 20. Les administrations et services de l'État, les communes, les établissements publics, les établissements d'utilité publique, tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ainsi que les organismes gestionnaires fonctionnant sous le régime du droit privé dont les frais sont principalement à charge du budget de l'État, collaborent avec l'Office en vue d'organiser des mesures d'activation définies à l'article 17, paragraphe 1er permettant d'y affecter les personnes tombant sous l'application du présent chapitre.

Art. 20*bis*. Le Gouvernement est autorisé à participer aux dépenses d'investissements concernant l'acquisition, la construction, la transformation, la modernisation, l'aménagement et l'équipement d'immeubles des communes, établissements, organismes, institutions et groupements visés à l'article 20. L. 19.12.20,40

Si le bénéficiaire est une personne morale de droit privé, celle-ci doit être constituée soit en vertu d'une disposition légale particulière, soit selon les dispositions de la loi modifiée du 21 avril 1928 sur les associations et les fondations, soit selon les dispositions de la loi modifiée du 10 août 1915 concernant les sociétés commerciales.

La participation aux dépenses d'investissements prévue à l'alinéa qui précède peut atteindre cinquante pour cent.

Au cas où le projet répond à un besoin urgent au plan régional ou national dûment constaté par le Gouvernement en conseil, le taux peut être porté jusqu'à quatre-vingt pour cent ; ce taux peut être porté jusqu'à cent pour cent dans le cas où l'État doit prendre l'initiative d'un projet pour répondre à un manque d'infrastructure auquel l'activité des communes, établissements, organismes, institutions et groupements visés s'est révélée impuissante à pourvoir.

L'État peut en outre garantir, en principal, intérêts et accessoires, le remboursement d'emprunts contractés aux mêmes fins par les bénéficiaires ayant le statut d'une personne morale de droit privé ; au cas où ceux-ci sont obligés de contracter un emprunt pour assurer le préfinancement de la part des frais d'investissements qui leur sera versée par l'État, ce dernier peut en prendre à sa charge les intérêts.

Si pour une raison quelconque, le bénéficiaire arrête les travaux énumérés ci-avant ou décide d'affecter l'objet subsidié à d'autres fins que celles pour lesquelles la subvention a été allouée, sans l'accord préalable du ministre compétent et ce avant l'expiration d'un délai à fixer par le contrat, délai qui ne peut toutefois être inférieur à quinze ans, l'État, après la mise en demeure par le ministre compétent, peut exiger le remboursement des montants alloués avec les intérêts au taux légal en vigueur à partir du jour du versement jusqu'au remboursement.

Pour garantir la restitution de sa participation financière prévue par le présent article, les immeubles ayant fait l'objet d'une participation financière sont grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription est requise par le ministre ayant alloué les participations financières précitées. L'hypothèque dont le montant ne peut pas dépasser le montant des aides accordées par l'État est requise pour une durée de dix ans au moins, dans la forme et de la manière prescrites par les dispositions légales en vigueur. Les conditions, les modalités et le montant de la participation de l'État sont fixés dans un contrat à conclure entre le bénéficiaire et l'État.

Art. 21. (1) Si pendant la durée du plan d'activation, le Fonds constate que les conditions requises pour bénéficier du Revis ne sont plus remplies, il met fin au paiement, après information préalable à l'Office, à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il a eu connaissance de cette information. L. 28.7.18

(2) Pour la vérification de la condition définie à l'article 2, paragraphe 1er, lettre c), l'allocation d'activation n'est pas prise en compte.

Art. 22. (1) Peut être dispensée, partiellement ou totalement, le cas échéant sur avis d'experts du domaine médical, psychologique, pédagogique, social ou de l'orientation professionnelle mandatés par le directeur de l'Office et compétents pour procéder à des examens d'évaluation de l'état de santé physique ou psychique ou de la situation sociale ou familiale, de la participation à une ou plusieurs des mesures énumérées à l'article 17 :

a) la personne qui élève un enfant pour lequel elle touche des allocations familiales, lorsque des motifs sérieux par rapport à l'enfant s'opposent à l'accomplissement des mesures énumérées à l'article 17;

b) la personne qualifiée d'aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7 du Code de la sécurité sociale;

c) la personne dont l'état de santé physique ou psychique ou la situation sociale ou familiale sont tels que l'accomplissement des mesures de l'article 17 s'avère temporairement contre-indiqué ou irréalisable;

d) la personne qui achève des études de l'enseignement secondaire classique ou de l'enseignement secondaire général.

(2) À moins d'être établie sur base d'un avis motivé des experts mandatés, la dispense ne peut excéder un an. Elle est renouvelable. Les motifs ayant conduit à la dispense sont à inscrire au plan d'activation prévu à l'article 16.

Au cas où la dispense est établie sur base d'un avis motivé des experts mandatés et que les motifs ayant conduit à la dispense présentent un caractère définitif, elle est communiquée par écrit à l'intéressé.

(3) Pendant la durée de la dispense, un droit à l'allocation d'inclusion est ouvert conformément au chapitre 2.

(4) Un droit à l'allocation d'inclusion conformément au chapitre 2 est également ouvert à la personne qui ne participe pas à une mesure d'activation faute de mesure appropriée.

Art. 23. S'il ressort de l'évaluation d'une mesure d'activation telle que définie à l'article 17, paragraphe 1er entreprise par un agent régional d'inclusion sociale que des motifs réels et sérieux s'opposent à la poursuite d'une telle mesure, l'Office y met fin et informe le Fonds pour prise de décision.

Art. 24. (1) L'Office notifie un avertissement à la personne tombant sous l'application du présent chapitre pour laquelle il a constaté un des comportements suivants pendant la durée du plan d'activation:

1. non-respect des engagements visés à l'article 16, alinéa 1er, lettre b);
2. non-respect du calendrier des démarches visé à l'article 16, alinéa 1er, lettre b);
3. refus de participer aux mesures d'activation visées à l'article 17, paragraphe 1er;
4. non-respect des modalités de la convention visée à l'article 17, paragraphe 1er, lettre b);
5. absence non justifiée à un rendez-vous fixé par lettre recommandée de l'Office.

(2) Au cas où, au cours d'un même plan d'activation, l'Office constate que l'intéressé adopte une deuxième fois un des comportements visés au paragraphe 1er, une réduction de vingt pour cent de la prestation au titre de l'article 1er, paragraphe 1er, lettres a) et b), est appliquée à compter de la date de la décision prise par le Fonds et des trois mois subséquents.

Les montants prévus à l'article 5, paragraphe 1er, lettres b), c) et e), ne sont pas pris en compte pour le calcul de cette réduction.

(3) Au cas où, au cours d'un même plan d'activation, l'Office constate que l'intéressé adopte une troisième fois un des comportements visés au paragraphe 1er, aucune prestation au titre de l'article 1er, paragraphe 1er, lettres a) et b), n'est due à compter de la date de la décision prise par le Fonds et des trois mois subséquents.

Les montants prévus à l'article 5, paragraphe 1er, lettres b), c) et e), ne sont pas pris en compte dans le cadre de la suspension visée à l'alinéa 1er.

(4) La sanction prévue au paragraphe 3 est prononcée avec effet immédiat, en cas de motif grave procédant du fait ou de la faute d'une personne tombant sous l'application du présent chapitre.

Est considéré comme constituant un motif grave procédant du fait ou de la faute d'une personne, tout fait ou faute qui rend immédiatement impossible le maintien de la relation avec

l'Office, l'agent régional d'inclusion sociale ou l'organisme d'affectation dans le cadre d'une mesure d'activation définie à l'article 17.

(5) Les décisions en application des paragraphes 2 à 4 sont prises sur avis de l'Office et notifiées à l'intéressé par le Fonds.

Art. 25. L'Office, sur autorisation du ministre, communique, par des procédés informatisés ou non, des données pseudonymisées contenues dans ses fichiers de données collectées dans le cadre de ses missions à l'Inspection générale de la sécurité sociale qui peut en disposer aux fins de l'exécution de ses missions telles que décrites à l'article 423, point 4 du Code de la sécurité sociale.

Chapitre 4 - **Procédures, révision et voie de recours**

Section 1re - Demande en obtention du Revis

Art. 26. La demande en obtention du Revis est à adresser au Fonds et donne lieu à l'établissement d'un dossier. La demande n'est admissible que si elle est signée par tous les requérants adultes et accompagnée des pièces visées par le règlement grand-ducal d'exécution. R. 1.10.18

Le droit au Revis est ouvert à partir de la date de réception de la demande.

Un règlement grand-ducal précise les pièces justificatives requises. R. 1.10.18

Art. 27. (1) Le Fonds notifie les décisions d'octroi et de refus du Revis au requérant par lettre recommandée au plus tard dans les trois mois suivant la date de réception de la demande. Les décisions d'octroi et de refus sont prises, s'il s'agit d'une première demande, au vu des pièces du dossier qui font foi jusqu'à preuve du contraire et sans préjudice des dispositions de l'article 28.

(2) La notification détermine le montant et le début de la mise en paiement de l'allocation d'inclusion, fait état des éléments de revenu et de fortune ayant été pris en considération et donne les renseignements nécessaires quant à l'assurance maladie-maternité en application de l'article 1er, point 11 du Code de la sécurité sociale.

(3) L'allocation d'inclusion est versée au membre de la communauté domestique désigné comme attributaire sur la demande en obtention du Revis.

(4) Est applicable également l'article 437 du Code de la sécurité sociale.

Section 2 - Révision de la décision d'octroi et restitution de l'allocation d'inclusion

Art. 28. Les bénéficiaires du Revis doivent déclarer immédiatement au Fonds tous les faits qui sont de nature à modifier leur droit.

Le Fonds examine régulièrement si les conditions d'accès sont toujours remplies.

Art. 29. (1) L'allocation d'inclusion est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. L'allocation d'inclusion est relevée, réduite ou retirée avec effet rétroactif si:

a) les éléments de calcul de l'allocation d'inclusion se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle ;

b) le bénéficiaire a fait une déclaration incomplète ou inexacte au Fonds ;

c) le bénéficiaire a omis d'avertir le Fonds endéans un mois d'une circonstance pouvant entraîner une modification de l'allocation ou s'il ne respecte pas les convocations du Fonds visant le contrôle des conditions d'accès au Revis.

(2) Lorsque, pendant la période pour laquelle l'allocation d'inclusion a été payée, un bénéficiaire a disposé de ressources qui auraient dû être prises en considération pour le calcul de l'allocation d'inclusion, les sommes payées en trop peuvent être récupérées à charge du bénéficiaire ou de ses ayants droit.

Sa restitution est obligatoire si le bénéficiaire a provoqué son attribution en alléguant des faits inexacts, ou en dissimulant des faits importants, ou s'il a omis de signaler des faits importants après l'attribution.

(3) Les sommes indûment touchées sont à restituer par le bénéficiaire ou ses ayants droit sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles. Elles sont déduites de l'allocation d'inclusion ou des arrérages restant dus au bénéficiaire. Cette déduction est également faite dans le cadre du recouvrement des pensions alimentaires avancées par le Fonds pour le compte du bénéficiaire.

Le Fonds ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droit soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.

Art. 30. (1) Le Fonds réclame la somme par lui versée au titre d'allocation d'inclusion :

a) contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune par des circonstances autres que les mesures d'activation prévues à l'article 17 et les revenus provenant d'une occupation professionnelle;

b) contre le donataire du bénéficiaire du Revis lorsque ce dernier a fait la donation directe ou indirecte postérieurement à la demande du Revis, ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande, ou après l'âge de cinquante ans accomplis, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens au jour de la donation;

c) contre le légataire du bénéficiaire du Revis, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens à lui légués au jour de l'ouverture de la succession.

(2) À l'égard de la succession du bénéficiaire de l'allocation d'inclusion, le Fonds réclame la restitution des sommes versées suivant les modalités ci-après:

a) lorsque la succession d'un bénéficiaire échoit en tout ou en partie au conjoint survivant ou à des successeurs en ligne directe, le Fonds ne peut faire valoir aucune demande en restitution pour une première tranche de l'actif de la succession fixée à vingt-neuf mille sept cent quarante-sept euros au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

b) Lorsque le conjoint survivant ou un autre successeur en ligne directe d'un bénéficiaire du Revis continue à habiter dans un immeuble ayant appartenu soit au bénéficiaire seul, soit conjointement au bénéficiaire du Revis et à son conjoint, le Fonds ne peut pas, tant que dure cette situation, faire valoir une demande en restitution sur cet immeuble et sur les meubles meublants le garnissant. Toutefois, pour garantir les droits à une restitution ultérieure, l'immeuble est grevé d'une hypothèque légale dont l'inscription est requise par le Fonds.

c) À défaut de successeurs en ligne directe et de conjoint survivant, le Fonds ne peut faire valoir aucune demande en restitution pour une tranche d'arrérages de mille sept cents euros, sans distinction du nombre de successeurs entrant en ligne de compte.

Art. 31. Le Fonds peut réclamer la restitution de l'allocation d'inclusion contre le tiers responsable du fait qui a rendu nécessaire le paiement de l'allocation d'inclusion.

Art. 32. (1) Pour la garantie des demandes en restitution prévues par la présente loi, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'allocation d'inclusion sont grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription, la postposition et la mainlevée partielle ou totale sont requises par le Fonds dans la forme et de la manière prescrites par les dispositions légales en vigueur.

(2) Les bordereaux d'inscription doivent contenir une évaluation de l'allocation d'inclusion allouée au bénéficiaire. Cette évaluation est faite d'après un coefficient de multiplication déterminé à l'annexe C de la présente loi. En cas de modification de l'allocation d'inclusion, l'inscription est changée en conséquence.

Lorsque l'allocation d'inclusion servie dépasse l'évaluation figurant au bordereau d'inscription, le Fonds requiert une nouvelle inscription d'hypothèque.

(3) L'évaluation de l'allocation d'inclusion prévue au paragraphe 2 est obtenue en multipliant l'allocation d'inclusion mensuelle par un coefficient de multiplication appliqué conformément à l'annexe C de la présente loi.

Dans une communauté domestique, l'âge du bénéficiaire le plus âgé est pris en considération au moment de l'octroi du Revis.

(4) Les formalités à accomplir, découlant du paragraphe 1er, ne donnent lieu à aucune perception au profit du trésor.

Art. 33. L'allocation d'inclusion ne peut être ni cédée, ni mise en gage, ni saisie.

Le Fonds peut retenir, sur demande motivée de l'office social compétent pour l'ayant droit, l'allocation d'inclusion jusqu'à concurrence du montant couvrant les frais communs pour couvrir la fourniture minimale d'énergie et d'eau et pour rembourser des dettes en relation avec les frais d'acquisition ou d'entretien d'un logement occupé par le bénéficiaire.

Les arrérages peuvent cependant être cédés, mis en gage et saisis sans limitation pour couvrir les avances faites sur l'allocation d'inclusion et les avances de pensions alimentaires versées en vertu de la loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité ou la restitution de l'allocation d'inclusion indûment touchée.

Section 3 - Voie de recours

Art. 34. Contre les décisions prises par le Fonds, la personne concernée dispose d'un recours conformément aux articles 23 à 26 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité.

Chapitre 5 - **Office national d'inclusion sociale**

Art. 35. (1) Le personnel de l'Office est placé sous l'autorité d'un directeur.

(2) Le directeur de l'Office est nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement en conseil.

(3) Le cadre du personnel de l'Office comprend un directeur et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

(4) Le cadre prévu ci-dessus peut être complété par des fonctionnaires stagiaires, des employés et des salariés de l'État suivant les besoins du service et dans les limites des crédits budgétaires.

Art. 36. Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'État, les conditions particulières de nomination, de promotion et de développement professionnel du fonctionnaire ainsi que les modalités de recrutement,

l'organisation du stage et l'organisation de l'examen de fin de stage auquel est subordonné la nomination définitive aux fonctions de ces différentes catégories de traitement sont déterminées par règlement grand-ducal.

Chapitre 6 - **Dispositions additionnelles**

Art. 37. Il est créé un observatoire des politiques sociales, appelé ci-après « observatoire », placé sous l'autorité du ministre.

Art. 38. L'observatoire a pour mission:

- la proposition d'études et d'analyses quantitatives et qualitatives en matière de politiques sociales;
- la conception et la mise en oeuvre d'actions pour évaluer des politiques sociales;
- la réalisation de bilans intermédiaires et travaux de synthèse;
- l'établissement de comparaisons internationales.

Art. 39. L'observatoire est composé de:

- un représentant du ministre ayant la lutte contre la pauvreté dans ses attributions ;
- un représentant du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions ;
- un représentant du ministre ayant le travail dans ses attributions ;
- un représentant du ministre ayant le logement dans ses attributions ;
- un représentant de l'Inspection générale de la sécurité sociale ;
- un représentant d'un organisme spécialisé en matière de recherches socio-économiques.

Les représentants sont nommés par le ministre pour un terme de trois ans renouvelable. La présidence de l'observatoire est exercée par le représentant du ministre. Le secrétariat de l'observatoire est assuré par un agent des services du ministre.

L'organisation et le fonctionnement de l'observatoire sont précisés par règlement grand-ducal. R. 1.10.18

Art. 40. Le personnel du Service national d'action sociale est repris par l'Office.

Art. 41. Les dispositions des articles L.127-1 et suivants du Code du travail relatives au transfert d'entreprise sont applicables aux agents exerçant la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi la tâche de service régional d'action sociale telle que prévue à l'article 38 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti lorsque ceux-ci ne sont pas déjà engagés auprès d'un office social à cette date. Le transfert des agents concernés se fait sur un poste d'agent régional d'inclusion sociale tel que prévu à l'article 14 à pourvoir auprès de l'office social compétent pour la commune ou les communes pour les citoyens de laquelle ou desquelles ils ont exercé la tâche de service régional d'action sociale la veille de l'entrée en vigueur de la présente loi. Lorsqu'ils ont exercé cette tâche pour les citoyens de plusieurs communes dépendant d'offices sociaux différents, ils sont transférés dans les mêmes conditions à l'office social couvrant le territoire comptant la population la plus importante.

[...]

DIVERS

Loi du 11 novembre 1970 [1)] sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes

1) Cette loi a été insérée au Code du travail (articles 224-1 à 224-5).

1 **Art. 1er.** La présente loi s'applique aux traitements et appointements des fonctionnaires et employés, aux salaires des salariés et gens de service, aux soldes des militaires et d'une façon générale aux sommes dues à titre de rémunération à toutes les personnes salariées et à toutes celles travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme et la nature de leur contrat ou de leur statut. Elle s'applique également aux indemnités de chômage complet ainsi qu'à l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité. L. 11.11.70 L 27.7.92,IX

2 Les rémunérations comprennent le principal et les accessoires, à l'exception toutefois des sommes allouées à titre de remboursement de frais exposés. L. 11.11.70

Art. 2. La présente loi s'applique également aux pensions et aux rentes dérivant de la législation sur la sécurité sociale, à l'exclusion de l'allocation de fin d'année. L. 28.6.02,VIII

Art. 3. Il n'est pas dérogé aux dispositions spéciales relatives à la cessibilité et à la saisissabilité prévues par la réglementation sur les prestations familiales et le Fonds national de solidarité. L. 11.11.72

1 **Art. 4.** Les rémunérations ainsi que les pensions et rentes sont réparties en cinq tranches qui sont fixées par règlement grand-ducal[1)] sur proposition du ministre de la justice et qui peuvent être cédées ou saisies comme suit: R. 26.6.02

1. La première tranche ne peut être cédée ni saisie.
2. La deuxième tranche peut être cédée jusqu'à concurrence d'un dixième et saisie jusqu'à concurrence d'un dixième.
3. La troisième tranche peut être cédée jusqu'à concurrence d'un cinquième et saisie jusqu'à concurrence d'un cinquième.
4. La quatrième tranche peut être cédée jusqu'à concurrence d'un quart et saisie jusqu'à concurrence d'un quart.
5. La cinquième tranche peut être cédée et saisie sans limitation.

2 Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les rémunérations, pensions et rentes peuvent être cédées comme suit, lorsque la cession est consentie à l'occasion d'un contrat d'épargne ou de prêt destiné à l'acquisition, la construction ou la transformation d'un immeuble ou d'une part immobilière: L. 23.12.78,I,2°

- dans la deuxième tranche jusqu'à concurrence de 15%,
- dans la troisième tranche jusqu'à concurrence de 30%,
- dans la quatrième tranche jusqu'à concurrence de 40%.

3 Dans le cas d'un contrat d'épargne ou de prêt conclu par un agent jouissant du statut public, un règlement grand-ducal peut augmenter les pourcentages prévisés jusqu'à concurrence de 25% dans la deuxième tranche, de 40% dans la troisième tranche, de 50% dans la quatrième tranche.

4 Lorsque plusieurs saisies-arrêts ont été pratiquées contre le même débiteur et entre les mains de différents tiers saisis, la répartition en tranches prévue ci-dessus est établie sur le total des revenus saisis. Dans cette hypothèse, le juge de paix déterminera les retenues à effectuer proportionnellement au montant des sommes dues par chaque tiers saisi. L. 23.12.78,I,3°

5 La partie cessible ne se confond pas avec la partie saisissable. L. 11.11.70

6 Pour la détermination de la quotité saisissable et cessible, les retenues effectuées en application de la législation fiscale et de celle relative à la sécurité sociale sont à déduire de la rémunération.

1 **Art. 5.** Il ne peut être fait de retenue par l'employeur sur les rémunérations telles qu'elles sont déterminées au dernier alinéa de l'article précédent que:

1. du chef d'amendes encourues par le salarié en vertu de la loi, en vertu de son statut ou en vertu du règlement d'ordre intérieur d'un établissement, régulièrement affiché;
2. du chef de réparation du dommage causé par la faute du salarié;
3. du chef de fournitures au salarié:
   a) d'outils ou d'instruments nécessaires au travail et de l'entretien de ceux-ci;
   b) de matières ou de matériaux nécessaires au travail et dont les salariés ont la charge selon l'usage admis ou aux termes de leur engagement;
   c) du chef d'avances faites en argent.

2 Les retenues mentionnées ci-dessus ne se confondent ni avec la partie saisissable, ni avec la partie cessible. Celles énumérées sub 1, 2 et 4 ne peuvent dépasser le dixième de la rémunération.

---

1) ***R. 26.6.02:***
Les tranches prévues par l'article 4 de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sont fixées comme suit:
la première tranche: jusqu'à 550 euros par mois
la deuxième tranche:de plus de 550 à 850 euros par mois
la troisième tranche:de plus de 850 à 1050 euros par mois
la quatrième tranche:de plus de 1050 à 1750 euros par mois
la cinquième tranche:à partir de 1750 euros par mois.

3 Les acomptes versés pour une période de travail révolue ou en cours pour laquelle un décompte définitif n'a pas encore été établi ne sont pas considérés comme avances.

Art. 6. Les rentes et pensions dérivant des dispositions du Code de la sécurité sociale peuvent être mises en gage, cédées ou saisies sans limitation pour couvrir:

1. une avance qui a été faite à l'intéressé sur ses droits par son patron ou une institution d'assurance sociale;
2. les créances qui compètent aux communes et offices sociaux en vertu des articles 120 et 235 du Code de la sécurité sociale. L. 27.7.87,VII

1 **Art. 7.** Les pensions autres que celles visées à l'article qui précède peuvent être mises en gage, cédées ou saisies sans limitation pour couvrir: L. 11.11.70

1. les avances sur ces pensions faites au titulaire par son employeur ou une institution de droit public entre l'échéance et l'ordonnancement de la pension;
2. les créances qui compétent aux communes et établissements de bienfaisance pour secours fournis depuis que la pension était due.

2 Il en est de même des indemnités de chômage complet. L. 23.12.78,I,4°

1 **Art. 8.** En cas de cessions ou de saisies faites pour le paiement des dettes alimentaires prévues notamment par les articles 203, 205 à 207, 212, 213, 214, 230, 234, 372-2, 376-2, 359, 385 et 387-14 du Code civil [1)], le terme mensuel courant de la pension alimentaire sera, chaque mois, prélevé sur les portions incessible et insaisissable des rémunérations, pensions, rentes et indemnités de chômage complet. L. 23.12.78,I,5°

2 Les portions cessible et saisissable pourront, le cas échéant, être retenues en sus, soit pour sûreté du terme mensuel courant excédant les portions incessible et insaisissable, soit pour sûreté des termes arriérés de la pension alimentaire et des frais, soit au profit des créanciers ordinaires, opposants ou cessionnaires. L. 11.11.70

1 **Art. 9.** Est compétent pour connaître des saisies-arrêts prévues par la présente loi et pour procéder à la répartition des sommes saisies-arrêtées à quelque valeur que la créance puisse s'élever, le juge de paix du domicile du débiteur saisi ou, à défaut du domicile connu, celui de sa résidence. Si le débiteur n'a au Grand-Duché ni domicile ni résidence connus, le juge compétent est celui du domicile du tiers saisi ou, à défaut de domicile connu, celui de sa résidence.

2 Le juge de paix qui a autorisé la saisie reste compétent, même lorsque le débiteur ou, le cas échéant, le tiers saisi, aura transporté son domicile ou sa résidence dans le ressort d'une autre justice de paix, tant qu'il n'aura pas été procédé à une saisie dans ce ressort contre le même débiteur, entre les mains du même tiers saisi. Dans ce cas, le juge de paix initialement saisi fait une répartition des sommes retenues en vertu des saisies-arrêts par lui autorisées, répartition qui met fin à la procédure dans ce ressort. Il transmet ensuite le dossier de la saisie-arrêt au juge de paix du nouveau domicile ou de la nouvelle résidence du débiteur ou, le cas échéant, du tiers saisi. L. 23.12.78,I,6°

3 Ces règles de compétence sont d'ordre public. L. 11.11.70

4 La décision du juge de paix refusant l'autorisation de saisir-arrêter, celle sur la validité, la nullité ou la mainlevée de la saisie ainsi que celle sur la déclaration que le tiers saisi est tenu de faire sera sans appel dans la limite de sa compétence en dernier ressort et à charge d'appel à quelque valeur que la demande puisse s'élever.

5 La décision sur la distribution sera sans appel, lorsque la somme sur laquelle porte la contestation rentre dans la limite de sa compétence en dernier ressort, et à charge d'appel à quelque montant que cette somme puisse s'élever.

6 La procédure des saisies ainsi que les émoluments à allouer en cette matière au greffier seront déterminées par règlement grand-ducal. R. 9.1.79

Art. 10. Les ordonnances, jugements, décisions, procès-verbaux, copies, avertissements et lettres recommandées qui pourront intervenir en exécution de la présente loi ainsi que les pièces de toute nature produites en cours d'instance sont exempts des droits de timbre et d'enregistrement avec dispense de la formalité.

Art. 11. Nonobstant toutes dispositions contraires, les administrations publiques et les organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir, sur injonction d'un juge de paix, à tout requérant intéressé les renseignements qu'ils possèdent permettant de déterminer l'adresse du débiteur de la créance, ainsi que l'identité et l'adresse de son employeur ou de l'organisme débiteur de la pension ou de la rente. L. 23.12.78,I,7°

[...]

1 **Art. 16.** La cession d'une rémunération ou d'une pension ou rente au sens des articles 1[er] et 2 doit être faite par un acte distinct de celui qui contient l'obligation principale dont elle garantit l'exécution. L. 23.12.78,I,8°

2 Cet acte est établi en autant d'exemplaires qu'il y a de parties ayant un intérêt distinct.

3 Les dispositions du présent article sont prescrites à peine de nullité.

---

1) Par L. 27.6.18,10 la référence aux « articles 203,205 à 207, 212, 213, 214, 267bis, 277, 301, 303, 359, 385 et 762 du Code civil » est remplacée par une référence aux « articles 203, 205 à 207, 212, 213, 214, 230, 234, 372-2, 376-2, 359, 385 et 387-14 du Code civil ».

1 **Art. 17.** Dans les cas prévus à l'article précédent, le cessionnaire n'est saisi à l'égard des tiers que par la notification du transport, faite au débiteur cédé par lettre recommandée.

2 Néanmoins le cessionnaire peut être également saisi par l'acceptation du transport faite par le débiteur cédé dans un acte ayant date certaine.

3 L'article 1690 du code civil n'est pas applicable.

1 **Art. 18.** En cas de contestation, il y sera statué, sur demande de la partie la plus diligente, par le juge de paix du domicile, ou à défaut de domicile connu, par celui de la résidence du cédant. Si le cédant n'a au Grand-Duché ni domicile ni résidence connus, le juge compétent est celui du domicile du débiteur-cédé ou, à défaut de domicile connu, celui de sa résidence.

2 La procédure est réglée au règlement grand-ducal prévu à l'article 9. R. 9.1.79

Loi du 12 mars 1973 [1)] portant réforme du salaire social minimum

1) Abrogée par L. 31.7.06, article 2 point 7 et insérée au Code du travail (Livre II, Titre II, chapitre II). Les dispositions afférentes sont reproduites ci-après.

Loi du 25 avril 1974[1)] portant institution d'une Inspection générale de la sécurité sociale

1) *Loi abrogée par L. 13.5.08, 10:*
Les renvois aux dispositions de loi ci-avant abrogées sont remplacés par des renvois aux dispositions afférentes introduites dans le Code de la sécurité sociale.
Voir livre VI du présent recueil.

Loi du 15 décembre 1986 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale

1 **Art. 1er.** Le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes s'applique aux régimes légaux qui assurent une protection contre les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse, d'accident du travail, de maladie professionnelle et de chômage, ainsi qu'aux dispositions concernant l'aide sociale dans la mesure où elles sont destinées à compléter les régimes précités ou à y suppléer. Ce principe s'étend à la population active, y compris les travailleurs indépendants, les travailleurs dont l'activité est interrompue par une maladie, un accident ou un chômage involontaire et les personnes à la recherche d'un emploi ainsi qu'aux travailleurs retraités et aux travailleurs invalides. L. 15.12.86

2 La présente loi ne s'applique pas aux dispositions concernant les prestations de survivants ni à celles concernant les prestations familiales, sauf s'il s'agit de prestations familiales accordées au titre de majorations de prestations dues en raison des risques visés à l'alinéa qui précède.

[...]

Art. 8. Les contestations nées de l'application des dispositions de l'article 1er de la présente loi sont portées devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, conformément aux articles 454 à 456 du Code de la sécurité sociale[1)].

[...]

Dispositions transitoires

Art. 11. Les personnes visées par la présente loi et exclues du droit aux prestations sous l'ancienne législation bénéficient des nouvelles dispositions pour l'ouverture du droit aux prestations à partir du 1er janvier 1985. Les prestations échues sont recalculées conformément aux dispositions de la présente loi, sans que ce calcul puisse entraîner leur diminution.

[...]

1) Anciens articles 293 et 294 du Code des assurances sociales.

Loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois

NOTE: Les dispositions de l'article 105 ayant trait à la sécurité sociale des gens de mer luxembourgeois ou ressortissants d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou résidant au Luxembourg occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois ont été insérés dans les différents livres du Code de la sécurité sociale.

TITRE 4 - **La protection sociale des gens de mer**

[...]

Art. 106. Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 105, les armateurs de navires battant pavillon luxembourgeois doivent contracter auprès d'un établissement d'assurance, agréé à cet effet par le Gouvernement suivant des critères qui peuvent être précisés par règlement grand-ducal, une police d'assurance garantissant au personnel occupé sur ces navires une protection répondant aux normes suivantes: L. 9.11.90

1) En cas de maladie,

a) des soins de santé, comprenant les actes et fournitures médicaux et médico-dentaires, les médicaments et spécialités pharmaceutiques et l'hospitalisation dans une mesure suffisante et appropriée pendant toute la durée de l'état morbide. La participation aux frais ne peut dépasser vingt pour cent;

b) des indemnités de maladie au moins égales à soixante pour cent du revenu antérieur pendant toute la durée de l'incapacité de travail mais au maximum jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.

Le bénéfice des prestations susvisées ne peut être subordonné à un stage supérieur à un mois.

2) En cas de chômage des prestations au moins égales à quarante-cinq pour cent du revenu antérieur pendant au moins treize semaines au cours d'une période de douze mois.

Le bénéfice des prestations susvisées ne peut être subordonné à un stage supérieur à trois mois.

3) En cas de vieillesse, des prestations au moins égales à 1,5 pour cent des revenus par année d'assurance. L'âge requis pour l'obtention de la prestation ne peut dépasser soixante-cinq ans.

Le bénéfice des prestations susvisées ne peut être subordonné à un stage supérieur à une année.

4) En cas d'invalidité les prestations correspondant à celles prévues en cas de vieillesse majorées de 1,5 pour cent de la moyenne des revenus assurés antérieurement à l'échéance du risque pour chaque année se situant entre l'année de la survenance de l'invalidité et celle où l'intéressé atteint l'âge de cinquante-cinq ans.

Doit être considéré comme invalide celui qui par suite de maladie ou d'infirmité ne peut plus exercer l'activité assurée, à moins que l'intéressé ne puisse exercer une autre activité correspondant à ses forces et aptitudes, auquel cas l'assurance doit garantir par des moyens appropriés la réadaptation des intéressés.

Le bénéfice des prestations ne peut être subordonné à un stage supérieur à trois mois. Les prestations doivent être versées tant que l'intéressé est par suite de l'invalidité incapable de gagner sa vie.

5) En cas de décès de l'assuré, les prestations doivent correspondre à soixante pour cent de la pension de vieillesse ou d'invalidité à laquelle aurait pu prétendre l'assuré pour le conjoint survivant et à vingt pour cent pour chaque enfant à charge de l'assuré âgé de moins de dix-huit ans, sans que le total des prestations ne puisse dépasser le montant qui serait revenu à l'assuré.

Le bénéfice des prestations susvisées ne peut être subordonné à un stage supérieur à trois mois.

6) En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, les prestations doivent comprendre les soins de santé, tels que prévus au numéro 1) a) ainsi qu'une rente viagère correspondant au moins à cinquante pour cent du revenu antérieur en cas d'incapacité totale; en cas d'incapacité partielle la rente correspond à une fraction de la rente prévue en cas d'incapacité totale dépendant du degré de capacité conservé.

En cas de décès de l'assuré par suite de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, les prestations doivent correspondre à soixante pour cent de la rente prévue en cas d'incapacité totale pour le conjoint survivant et à vingt pour cent pour chaque enfant à charge de l'assuré âgé de moins de dix-huit ans, sans que le total des prestations ne puisse dépasser le montant de la rente qui serait revenue à l'assuré. Aucune condition de stage ni de participation de l'assuré aux frais des soins de santé ne peut être requise.

7) En cas de maternité,

a) des prestations en nature doivent comprendre les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée ainsi que les fournitures pharmaceutiques et l'hospitalisation; les prestations prévisées ne peuvent pas comporter une participation aux frais;

b) des indemnités pécuniaires calculées de la même façon que celles prévues au numéro 1) b) pendant la durée du congé de maternité qui ne peut être inférieur à huit semaines avant l'accouchement et à huit semaines après l'accouchement, ce dernier délai étant prolongé de quatre semaines en cas d'allaitement ou d'accouchement prématuré ou multiple. Le bénéfice des indemnités pécuniaires peut être subordonné à un stage d'assurance ne dépassant pas six mois dans l'année précédant l'accouchement.

Les prestations prévues aux numéros 1) a) et 7) a) sont également dues au conjoint de l'assuré et à ses enfants âgés de moins de dix-huit ans à moins que ceux-ci ne bénéficient à un autre titre des mêmes prestations.

Le Gouvernement peut dispenser les armateurs des obligations prévues au présent article au cas où les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois sont affiliés au régime de sécurité sociale dans leur pays de résidence en vertu de la législation de ce pays et qu'ils ont droit à des prestations au moins équivalentes à celles prévues au présent article.

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

NOTE: Sont reproduits dans la présente rubrique les articles comportant les dispositions ayant trait à la sécurité sociale. Pour le texte intégral il est renvoyé au Mémorial A 1992, pages 1744 et suivantes.

Chapitre IV. - **Dispositions relatives à la sécurité sociale**

Art. 18. (1) Le fonctionnaire, l'employé et l'ouvrier de l'État ou d'une commune ou d'un établissement public participant à une opération pour le maintien de la paix continue à relever du régime de sécurité sociale correspondant à son statut. L. 27.7.92

(2) Le participant issu du secteur privé est soumis au régime de sécurité sociale soit des employés privés, soit des ouvriers, suivant que son occupation, d'après le contrat de travail conclu avec le ministre des affaires étrangères conformément à l'article 8 (5), est principalement intellectuelle ou manuelle.[1)]

Art. 19. (1) L'État assume la différence entre le montant des frais pour soins médicaux effectivement exposés par le participant à une opération pour le maintien de la paix pendant sa mission et les tarifs applicables par les caisses de maladie, déduction faite de la participation éventuellement à charge de l'assuré en vertu des lois, règlements ou statuts. La part différentielle à charge de l'État est remboursée par celui-ci aux caisses qui en font l'avance. Les prestations accordées à titre gratuit par l'intermédiaire du service de santé de l'opération ne peuvent faire l'objet d'un remboursement.

(2) Pendant la durée du congé légal de maternité, l'employeur fait, à charge de remboursement par les caisses de maladie, l'avance des indemnités pécuniaires de maternité.

(3) Pour l'application de la législation concernant les prestations familiales, les périodes passées à l'étranger lors d'une opération pour le maintien de la paix sont assimilées à des périodes de résidence au Luxembourg.

(4) Les périodes accomplies en tant que participant à une opération pour le maintien de la paix sont prises en compte pour le stage prévu à l'article L. 521-6 du Code du travail. [2)]

(5) Les dispositions de l'article 1er, alinéa 5, de la loi 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 sont applicables par analogie aux participants à une opération pour le maintien de la paix.

Art. 21. L'enfant d'un participant à une opération pour le maintien de la paix décédé au cours de sa mission bénéficie, jusqu'à l'âge de dix-huit ans ou jusqu'au terme de ses études, du régime applicable aux pupilles de la nation et aux orphelins de guerre.

---

1) Par L. 13.5.08 il y lieu de lire « Le participant issu du secteur privé est soumis au régime de sécurité sociale des salariés, d'après le contrat de travail conclu avec le ministre des affaires étrangères conformément à l'article 8 (5). »

2) Par L. 31.7.06, article 3, la référence à l'article 16 de la loi du 30 juin 1976 portant a) création d'un fonds pour l'emploi, b) réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, a été remplacée par la référence à l'article correspondant du Code du travail.

Loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement et l'action humanitaire

NOTE: Sont reproduits dans la présente rubrique les articles comportant des dispositions ayant trait à la sécurité sociale. Pour le texte intégral il est renvoyé au Mémorial A 1996, pages 7 et suivantes.

Titre IV. - **Des agents de la coopération et de coopérants**

Art. 20.[1)] Toute personne qui entend, sans but lucratif, apporter son aide à la population d'un pays en développement bénéficiant d'un programme ou d'un projet de l'Organisation des Nations Unies, de l'une de ses institutions spécialisées, de l'Union européenne, du Gouvernement luxembourgeois ou d'une organisation non gouvernementale agréée, peut se voir admettre au statut d'agent de la coopération ou de coopérant selon les dispositions qui suivent. L. 6.1.96

Chapitre 1 - **Des agents de la coopération**

Section 1. - Des agents issus du secteur public

Art. 21. Peut être agréé comme agent de la coopération, le candidat qui remplit les conditions suivantes, en dehors de celles prévues à l'article 20:

1° être fonctionnaire, employé ou ouvrier de l'État;

2° avoir obtenu l'autorisation préalable du ministre du ressort dont il relève;

3° être appelé à assurer des services à la population d'un pays en développement dans le cadre d'un programme ou projet de développement;

4° collaborer à la mise en œuvre d'un programme ou projet de développement en faveur des populations des pays en développement et dont la réalisation incombe au Gouvernement luxembourgeois, aux Gouvernements des pays en développement liés au Gouvernement luxembourgeois dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral, à une institution internationale ou supranationale dont le Luxembourg est membre [2)];

5° avoir la formation, les aptitudes et la préparation nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche;

6° s'engager pour une durée minimum d'une année, y non compris le temps de formation spécifique, dont la prise en charge par l'État ne peut toutefois pas dépasser la durée de trois mois. Dans certains cas exceptionnels, le ministre peut réduire cette durée minimum d'une année sans que celle-ci ne puisse toutefois être inférieure à six mois, y non compris le temps de formation spécifique. Le ministre détermine la nature et les modalités de la formation spécifique.

Art. 22. L'agent de la coopération agréé se voit de plein droit appliquer celui des régimes correspondant à sa situation statutaire prévus aux articles 24 à 27.

L'agent de la coopération agréé obtient un congé spécial pour la durée de sa mission de coopération au développement avec maintien de tous les avantages et droits découlant de son statut respectif. Il continue notamment à jouir de son traitement, indemnité ou salaire, suivant le cas, ainsi que du régime de sécurité sociale correspondant à son statut.

A l'expiration du congé spécial, l'agent de la coopération est réintégré dans son service d'origine avec le rang et le grade atteint par ses collègues de rang égal ou immédiatement inférieur.

A défaut d'emploi, l'intéressé est nommé à un emploi hors cadre par dépassement des effectifs. Cet emploi est supprimé de plein droit à la première vacance de poste appropriée se produisant dans le cadre ordinaire.

Section 2. - Des agents autres que ceux issus du secteur public

Art. 23. Peut être agréé comme agent de la coopération pour la durée de sa mission de coopération, le candidat autre que celui issu du secteur public visé à l'article 21 qui remplit les conditions suivantes, en dehors de celles prévues à l'article 20:

1° être majeur;

2° être appelé à assurer des services à la population d'un pays en développement dans le cadre d'un programme ou projet de développement;

3° collaborer à la mise en oeuvre d'un programme ou projet de développement en faveur des populations des pays en développement et dont la réalisation incombe au Gouvernement luxembourgeois, aux Gouvernements des pays en développement liés au Gouvernement luxembourgeois dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral ou à une institution internationale ou supranationale dont le Luxembourg est membre;

4° avoir la formation, les aptitudes et la préparation nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche;

5° s'engager pour une durée minimum d'une année, y non compris le temps de formation spécifique, dont la prise en charge par l'État ne peut toutefois pas dépasser la durée de trois mois. Dans certains cas exceptionnels, le ministre peut réduire cette durée minimum d'une année sans que celle-ci ne puisse toutefois être inférieure à six mois, y non compris

---

1) Voir également règlement grand-ducal modifié du 20 décembre 2001 déterminant le régime des indemnités des agents de la coopération au service de l'État visés à l'article 23 de la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement (Mém. A 162 du 31.12.2001, p. 3458).

2) Par L. 9.5.12,21. les termes « ou à une organisation non gouvernementale » ont été supprimés.

le temps de formation spécifique. Le ministre détermine la nature et les modalités de la formation spécifique.

Sous réserve des dispositions qui suivent, cet agent de la coopération est soumis au régime de la sécurité sociale des salariés.

Il a droit à un rémunération fixée de cas en cas par le ministre sur proposition du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi.

En vue de la fixation de cette rémunération il est tenu compte notamment de celle que l'agent a touchée dans la profession dont il a abandonné l'exercice, ainsi que du niveau de rémunération accordée pour une activité similaire exercée au service de l'État. Sont applicables à cet agent de la coopération les dispositions des articles 24 à 27.

L'exécution d'une mission de coopération au développement ne confère pas à celui qui en a été chargé le droit à un engagement ultérieur au service de l'État. Lorsqu'un ancien agent de la coopération entre au service permanent de l'État après avoir accompli de façon satisfaisante sa mission de coopération, il est tenu compte du temps passé dans la coopération pour la bonification d'ancienneté de service en vue de la fixation du traitement initial et pour la computation du temps de service en vue de la pension.

Section 3. - Dispositions communes

Art. 24. L'agrément est donné par le ministre sur avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi.

Les conditions et modalités de l'agrément peuvent être fixées par règlement grand-ducal.

Outre leur traitement, indemnité ou salaire, il est alloué à l'agent de la coopération une indemnité de séjour fixée de cas en cas par arrêté du ministre, sur proposition du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi.

A l'exception de l'indemnité de séjour, les rémunérations et émoluments touchés par l'agent de la coopération sont soumis aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires.

L'État prend à charge les frais du voyage aller et retour entre le Luxembourg et le pays où l'agent de la coopération est appelé à exercer son activité ainsi que les frais relatifs au déménagement.

L'agent de la coopération a droit à un voyage aller et retour aux frais de l'État pour chaque période d'un an accompli passé dans la coopération.

Il peut être autorisé par le ministre à se faire accompagner de son conjoint ou de son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, et de ses enfants. L. 9.4.07,24,1°

Dans ce cas, les frais de voyage du conjoint ou du partenaire, et des enfants pour lesquels les parents touchent des allocations familiales, sont pris en charge par l'État et ce tant pour les voyages visés à l'alinéa 5 qu'à l'alinéa 6.

Art. 25. L'État assume la différence entre le montant des frais pour soins médicaux effectivement exposés par l'agent de la coopération pendant sa mission et les tarifs applicables par les caisses de maladie, déduction faite de la participation éventuellement à charge de l'assuré en vertu des lois, règlements ou statuts. La part différentielle à charge de l'État est remboursée par celui-ci aux caisses qui en font l'avance. L. 6.1.96

Les prestations accordées à titre gratuit par l'intermédiaire d'un service de santé ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement.

Pour l'application de la législation concernant les prestations familiales, les périodes passées à l'étranger lors d'une mission de coopération sont assimilées à des périodes de résidence au Luxembourg.

L'agent employé ou ouvrier de l'État jouit durant la maladie de l'intégralité de sa rémunération, sans que ce droit puisse dépasser la durée prévue à l'article 14 du Code de la sécurité sociale pour les indemnités pécuniaires de maladie.

Pendant la durée du congé légal de maternité, l'employeur leur fait, à charge de remboursement par les caisses de maladie, l'avance des indemnités pécuniaires de maternité.

Les périodes accomplies à l'étranger en tant qu'agent de la coopération sont prises en compte pour le stage prévu à l'article L. 521-6.

Art 26. Les rémunérations, indemnités et autres prestations à charge de l'État, du fonds de la coopération au développement ou d'un organisme de sécurité sociale prévues par la présente loi sont déduites du montant des rémunérations, indemnités et autres prestations de même nature versées directement à l'agent de la coopération par un État étranger ou par une institution internationale ou supranationale.

Art. 27. L'agent de la coopération est placé sous l'autorité du ministre. Dans l'exercice de sa mission de coopération il est tenu aux devoirs résultant du statut des fonctionnaires.

Il exécute ses missions avec dévouement et intégrité et met en œuvre les instructions de ses supérieurs hiérarchiques.

Il s'abstient de toute intervention dans les affaires politiques des pays où il exécute sa mission de coopération.

Il ne peut accepter ni directement, ni indirectement, des avantages matériels dont l'acceptation pourrait le mettre en conflit avec les obligations et défenses que lui imposent les lois et les règlements et notamment le présent statut.

Il ne peut collaborer, en dehors des nécessités inhérentes à l'exécution de sa mission, d'une manière quelconque, même à titre gratuit, avec des entreprises qui poursuivent un but lucratif, ou à la réalisation d'affaires menées dans un but de profit.

L'agent de la coopération qui enfreint les dispositions qui précèdent peut être révoqué par le ministre, sur avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi. La révocation entraîne la perte de tous les avantages attachés à son statut, à l'exception du droit au rapatriement.

Contre les décisions prononçant la révocation un recours est ouvert devant le Conseil d'État, comité du contentieux[1)], qui statue comme juge du fond et en dernière instance.

La révocation prévue au présent article ne préjudicie pas d'autres recours à l'égard de l'agent de la coopération, notamment ceux prévus dans le cadre du statut général des fonctionnaires de l'État.

Chapitre 2. - **Des coopérants**

Art. 28. Peut être agréé comme coopérant, le candidat qui remplit, en dehors de celles prévues à l'article 20, les conditions suivantes:

1° être majeur;

2° être ressortissant d'un État membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques;

3° être appelé à assurer des services à la population d'un pays en développement dans le cadre d'un programme ou projet de développement;

4° collaborer à la mise en œuvre d'un programme ou projet de développement en faveur des populations des pays en développement et dont la réalisation incombe à une organisation non gouvernementale;

5° avoir la formation, les aptitudes et la préparation nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche;

6° avoir conclu un contrat d'engagement pour une durée minimum de deux années avec une organisation non gouvernementale, y non compris le temps de formation spécifique, dont la prise en charge par l'État ne peut toutefois pas dépasser la durée de trois mois. Dans certains cas exceptionnels, le ministre peut réduire cette durée minimum de deux années sans que celle-ci ne puisse toutefois être inférieure à six mois, y non compris le temps de formation spécifique;

7° bénéficier d'une rémunération permettant des conditions de vie adéquates d'un point de vue physique et sanitaire.

Art. 29. L'agrément est donné par le ministre, sur avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi.

L'agrément a la même durée que le contrat de travail du coopérant avec l'organisation non gouvernementale, sans cependant pouvoir dépasser trois années. L'agrément est renouvelable. Les dispositions des articles L. 122-3 et L. 122-4 du Code du travail ne sont pas applicables au contrat de travail qui lie le coopérant à l'organisation non gouvernementale pour la durée de la mission de coopération.

Le coopérant agréé jouit de plein droit des avantages prévus aux articles 30 à 32.

Les conditions et modalités de l'agrément peuvent être fixées par règlement grand-ducal.

Art. 30. L'État prend à charge les frais du voyage aller et retour entre le Luxembourg et le pays où le coopérant est appelé à exercer son activité ainsi que les frais relatifs au déménagement.

Le coopérant a droit à un voyage aller et retour aux frais de l'État pour chaque période d'un an accompli passé dans la coopération.

Sur demande de l'organisation non gouvernementale qui a engagé le coopérant, il peut être autorisé à se faire accompagner de son conjoint ou de son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et de ses enfants. Dans ce cas, les frais de voyage du conjoint ou du partenaire, et des enfants pour lesquels les parents touchent des allocations familiales, sont pris en charge par l'État et ce tant pour les voyages visés à l'alinéa 1 qu'à l'alinéa 2. L. 9.7.04,24,2°

Les frais de voyage sont payés par l'intermédiaire de l'organisation non gouvernementale qui a engagé le coopérant. Sur présentation des pièces justificatives, l'État rembourse à l'organisation non gouvernementale les frais en question. L. 6.1.96

La part patronale des cotisations de sécurité sociale dues pour la durée de la mission de coopération est à charge de l'État. Elle est payée au Centre commun de la sécurité sociale par l'organisation non gouvernementale et remboursée à celle-ci par l'État sur présentation des pièces justificatives. L. 9.5.12,22.

---

1) Il y a lieu de lire « devant le tribunal administratif ».

Nonobstant les dispositions de l'article 28, 7°, est prise en compte pour la détermination des cotisations et des prestations, une rémunération de référence déterminée dans les limites par le ministre, sur proposition du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi, des minima et maximas cotisables en tenant compte des éléments d'appréciation comme la rémunération que l'agent a touchée dans la profession dont il a abandonné l'exercice et le niveau de rémunération accordée pour une activité similaire exercée au service de l'État. L. 6.1.96

Sont applicables au coopérant les dispositions de l'article 25, à l'exception de l'alinéa 3.

En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, le coopérant bénéficie de la conservation de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents.

L'État paie au coopérant une prime de réinstallation due une fois le contrat de travail accompli. Cette prime d'un montant de quatre-vingt dix-neuf euros et seize cents mise en compte pour chaque mois de présence dans les pays en développement correspond à l'indice cent du coût de la vie raccordé à la base de 1948. Elle varie avec cet indice dans la mesure et suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État. Elle est majorée des intérêts légaux. Le coopérant peut demander le paiement de cette prime après chaque année complète passée dans la coopération.

A l'exception de la prime de réinstallation, les rémunérations et émoluments touchées par le coopérant sont soumis aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires.

L'article 26 est applicable par analogie aux coopérants.

Art. 31. L'agrément n'entraîne pas la création d'un lien contractuel entre l'État et le coopérant.

Le fait d'avoir passé une période de temps dans la coopération ne donne aucun droit à un emploi permanent au service de l'État luxembourgeois. Toutefois si un coopérant entre de manière permanente au service de l'État, il est tenu compte du temps passé dans la coopération pour la bonification de l'ancienneté de service en vue de la fixation du traitement initial et pour la computation du temps de service en vue de la pension.

Art. 32. Le coopérant exécute sa mission avec dévouement et intégrité et met en œuvre les instructions de ses supérieurs hiérarchiques.

Il s'abstient de toute intervention dans les affaires politiques des pays où il exécute sa mission de coopération.

Le coopérant ne peut accepter ni directement, ni indirectement, des avantages matériels dont l'acceptation pourrait le mettre en conflit avec les obligations et les défenses que lui imposent les lois et les règlements et notamment le statut défini par la présente loi.

Il ne peut collaborer, en dehors des nécessités inhérentes à l'exécution de sa mission, d'une manière quelconque, même à titre gratuit, avec les entreprises qui poursuivent un but lucratif, ou à la réalisation d'affaires menées dans un but de profit.

Le coopérant qui enfreint les dispositions qui précèdent peut être révoqué par le ministre, sur avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi. La révocation entraîne la perte de tous les avantages attachés à son statut, à l'exception du droit de rapatriement.

Contre les décisions prononçant la révocation de l'agrément, un recours est ouvert devant le Conseil d'État, comité du contentieux[1)], qui statue comme juge du fond et en dernière instance.

Chapitre 3. - **Cas d'application particuliers du statut de coopérant**

Art. 33. Après avoir pris l'avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi, le ministre peut accorder tout ou partie des avantages créées en faveur des coopérants, notamment en matière de sécurité sociale, aux ministres d'un culte, ainsi qu'aux membres d'ordres ou de congrégations religieux, de nationalité luxembourgeoise. Ils doivent remplir les conditions suivantes:

1° être majeur;

2° être appelé à assurer des services à la population d'un pays en développement dans le cadre d'un programme ou projet de développement;

3° avoir la formation, les aptitudes et la préparation nécessaires pour l'accomplissement de leur tâche.

---

1) Il y a lieu de lire « devant le tribunal administratif ».

Art. 34.[1] Après avoir pris l'avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la présente loi, le ministre peut accorder les avantages en matière de sécurité sociale créés en faveur des coopérants aux experts et représentants des organisations non gouvernementales agréés participant à des projets de coopération au développement dans un pays en développement pendant une durée minimale de sept jours. Ils doivent remplir les conditions suivantes:

1° être majeur;

2° être ressortissant d'un État membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques;

3° être appelé à assurer des services à la population d'un pays en développement dans le cadre d'un programme ou projet de développement;

4° collaborer à la mise en œuvre d'un programme ou projet de développement en faveur des populations de pays en développement et dont la réalisation incombe à une organisation non gouvernementale agréée;

5° avoir la formation, les aptitudes et la préparation nécessaires pour l'accomplissement de leur tâche.

Art. 35. Peuvent encore être assimilés à des coopérants aux fins de l'affiliation à la sécurité sociale par décision du ministre ayant dans ses attributions la Coopération au développement, sur avis du comité interministériel pour la coopération au développement:

1° les personnes en services d'une société commerciale de droit luxembourgeois qui, pour le compte du Gouvernement luxembourgeois, exécutent des programmes ou projets de développement en faveur des populations en développement;

2° les membres d'organisations non gouvernementales agréées[2], non autrement couvertes par la présente loi, qui participent à des missions humanitaires dans des pays en développement dans l'intérêt de la population de ces pays.

Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions et les modalités suivant lesquelles d'autres droits et obligations prévus par la présente loi sont étendus aux personnes visées par le présent article.

---

1) ***Code du travail - Livre II, Titre II, chapitre IV, section 5. Congé de la coopération au développement:***

Art. L. 234-32. *Il est institué un congé spécial dit «congé de la coopération au développement» dans l'intérêt des experts et des représentants des organisations non gouvernementales, remplissant les conditions définies à l'article 34 de la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, s'ils exercent une autre activité professionnelle, salariée ou non salariée.*

Art. L. 234-33. *Le congé de la coopération au développement a pour but de permettre aux intéressés visés à l'article L. 234-32 de participer à des programmes et projets au bénéfice des populations des pays en développement, tant à l'intérieur du pays qu'à l'étranger.*

Art. L. 234-34. *La durée du congé de la coopération au développement ne peut pas dépasser six jours par an et par bénéficiaire. Ce congé peut être fractionné suivant les besoins.*

Art. L. 234-35. *La durée du congé de la coopération au développement ne peut être imputée sur le congé annuel payé fixé par le présent code, la loi ou une convention spéciale.*

Art. L. 234-36. *L'octroi du congé de la coopération au développement aux experts et aux représentants des organisations non gouvernementales exerçant une activité professionnelle salariée est subordonnée aux conditions suivantes:*

1. l'intéressé doit pouvoir justifier d'au moins un an de service auprès du même employeur;

2. sauf accord de la part de l'employeur, le congé de la coopération au développement ne peut être rattaché à une période de congé annuel payé ou à une période de maladie pour le cas où ce cumul entraînerait une absence continue dépassant la durée totale du congé annuel dû;

3. l'octroi du congé de la coopération au développement sollicité peut être refusé si l'absence du salarié risque d'avoir une répercussion majeure préjudiciable à l'exploitation de l'entreprise, au bon fonctionnement de l'administration ou du service public ou au déroulement harmonieux du congé annuel payé des autres membres du personnel.

Art. L. 234-37. *La durée du congé de la coopération au développement est assimilée à une période de travail effectif. Pendant la durée du congé de la coopération au développement, les dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité sociale et de protection du travail restent applicables aux bénéficiaires.*

Art. L. 234-38. *Les experts et les représentants des organisations non gouvernementales exerçant une activité salariée relevant du secteur privé peuvent bénéficier d'une indemnité compensatoire.*

Art. L. 234-39. *L'indemnité forfaitaire ou compensatoire est égale au salaire journalier moyen tel qu'il est défini par l'article L. 233-14, sans que le montant de cette indemnité puisse dépasser quatre cents pour cent du salaire social minimum journalier pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. L'employeur avance l'indemnité, laquelle lui sera remboursée par l'État.*

Art. L. 234-40. *Le congé de la coopération au développement ainsi que les indemnités visées aux articles L. 234-38 et L. 234-39 sont accordés par le ministre ayant la Coopération au développement dans ses attributions sur avis du comité interministériel prévu à l'article 50 de la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement.*

Art. L. 234-41. *Un règlement grand-ducal fixe les modalités d'exécution du congé de la coopération au développement.*

Art. L. 234-42. *Les infractions aux dispositions des articles L. 234-32 à L. 234-40 et au règlement d'exécution sont punies d'une amende de 251 à 2.500 euros.*

2) *Par L. 9.5.12,23. les termes « les membres d'organisations non gouvernementales » ont été remplacées par les termes « les membres d'organisations non gouvernementales agréées ».*

Loi du 12 septembre 2003 [1) 2) 3)] relative aux personnes handicapées

et portant modification

1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État,
2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé,
3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum,
4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet,
5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales,
6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie,
7. de la loi modifiée 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,
8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et
9. du Code des assurances sociales

---

1) ***L. 12.9.03,47:***
La référence à la présente loi pourra se faire sous une forme abrégée en utilisant les termes « loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ».

2) Par L. 31.2.06 cette loi a partiellement (sans dispositions concernant le revenu pour personnes gravement handicapées) été insérée dans le Code du travail, Livre V - Titre VI (articles L. 561-1 à L. 564-3).

3) A voir Convention relative aux droits des personnes handicapées (Mém. A 169 du 9 août 2011, p. 2898).

SOMMAIRE

Chapitre 1er	-	**Dispositions générales**	Art. 1er - 7
Chapitre 2	-	**Salariés handicapés guidés vers le marché du travail ordinaire**	Art. 8 - 16
Chapitre 3	-	**Salariés handicapés guidés vers les ateliers protégés**	Art. 17 - 24
Chapitre 4	-	**Revenu pour personnes gravement handicapées**	Art. 25 - 30*bis*
Chapitre 5	-	**Dispositions organiques**	Art. 31 - 34

Chapitre 1er. **Dispositions générales** L. 12.9.03

Art. 1er (1) A la qualité de salarié handicapé au sens de la présente loi, toute personne qui présente une diminution de sa capacité de travail de trente pour cent au moins, survenue par suite

- d'un accident de travail auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois,
- d'événements de guerre ou de mesures de l'occupant,
- d'une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique et/ou en raison de difficultés psychosociales aggravant la déficience,

et qui est reconnue apte à exercer un emploi salarié sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

Cette qualité peut être reconnue aux ressortissants luxembourgeois ou d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse, aux personnes qui sont reconnues apatrides sur base de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954, aux réfugiés au sens de la Convention relative au statut des réfugiés, faite à Genève, le 28 juillet 1951 ainsi qu'aux ressortissants de pays tiers qui travaillent auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois ou qui bénéficient d'un droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, qui y sont domiciliés, qui y résident effectivement, et qui, tout en étant disponibles pour un emploi, remplissent les conditions pour exercer une activité professionnelle au Grand-Duché. L. 16.12.11,1,1°,a)

(2) Peut prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées, la personne qui remplit toutes les conditions suivantes: L. 12.9.03

a) être âgée de 18 ans au moins

b) présenter une diminution de la capacité de travail de trente pour cent au moins par suite d'une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique et/ou en raison de difficultés psychosociales aggravant la déficience; la déficience doit être acquise avant l'âge de 65 ans

c) présenter un état de santé qui est tel que tout effort de travail s'avère contre-indiqué ou dont les compétences de travail sont si réduites qu'il s'avère impossible d'adapter un poste de travail dans le milieu ordinaire ou protégé à ses besoins

d) bénéficier du droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, y être domiciliée et y résider effectivement. L. 16.12.11,1,1°,b)

La personne qui n'est pas un ressortissant du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse et qui n'est pas reconnue apatride sur base de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954, ni reconnue réfugiée au sens de la Convention relative au statut des réfugiés, faite à Genève, le 28 juillet 1951, doit avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant cinq ans au moins au cours des vingt dernières années. Ne sont pas visés par cette condition de résidence les membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse, définis par la loi du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et quelle que soit leur nationalité. L. 16.12.11,1,1°,c)

Par dérogation aux conditions prévues aux points a), b) et c), peut également prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées, la personne reconnue salarié handicapé, qui, pour des raisons indépendantes de sa volonté, n'a pas accès à un emploi salarié et dispose de ressources d'un montant inférieur à celui du revenu pour personnes gravement handicapées, fixé à l'article 25 ci-après. L. 12.9.03

Art. 2. Les demandes en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et/ou les demandes en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées visées aux paragraphes (1) et (2) de l'article 1er doivent être adressées à la Commission médicale prévue à l'article 32.

La demande est réputée faite à la date du dépôt, à condition qu'elle soit signée et accompagnée des pièces justificatives requises déterminées par règlement grand-ducal. R. 7.10.04

Art. 3. (1) La Commission médicale instruit les demandes en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et les demandes en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées, conformément aux dispositions de l'article 1er, paragraphes (1) et (2). Si au cours de l'instruction des demandes en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et des demandes en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées, et avant de prendre une décision sur le fond des demandes, la Commission médicale s'aperçoit que le requérant s'est trompé sur l'objet de sa demande, elle l'en informera tout en lui indiquant les démarches à entreprendre et les pièces à communiquer en vue de la requalification de la demande. La communication desdites démarches et pièces par le requérant à la Commission médicale vaut introduction de la nouvelle demande. L. 16.12.11, 1,2°,a)

La Commission médicale[1)] décide de l'octroi ou du refus de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé ou elle prend une décision relative à la diminution de la capacité de travail et à l'état de santé de la personne ayant introduit une demande en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées visée aux alinéas 1 et 2 du paragraphe (2) de l'article 1er. L. 12.9.03

Pour l'instruction des demandes, la Commission médicale peut faire intervenir des experts et a le droit de se faire communiquer par des organismes publics toute pièce qu'elle juge utile ou indispensable à une analyse exhaustive de la situation du candidat.

Elle peut interroger le requérant sur les faits et circonstances susceptibles d'avoir entraîné la diminution de sa capacité de travail. Elle peut entendre des tierces personnes à titre de renseignement.

(2) La Commission médicale détermine la diminution de la capacité de travail du requérant et se prononce sur ses capacités de travail résiduelles et sur son état de santé. Elle prend sa décision dans un délai de deux mois à partir de la date où la demande est réputée être faite.

Pour la détermination de la diminution de la capacité de travail du requérant, la Commission médicale se réfère aux capacités de travail d'une personne valide de même âge.

La reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et l'octroi du revenu pour personnes gravement handicapées présupposent en principe une stabilisation suffisante de l'état du requérant d'un point de vue médical. A défaut de pareille stabilisation, la Commission médicale surseoit à statuer. Elle se ressaisira d'office du dossier dans un délai à déterminer selon l'état du demandeur et statuera à la fois sur la stabilisation de l'état de l'intéressé et le fond de la demande. Toutefois, la qualité de salarié handicapé peut être reconnue à titre transitoire et avant la stabilisation médicale dans les cas où l'état du salarié permet ou exige la mise en œuvre d'une ou de plusieurs des mesures visées à l'article 8 qui suit.

(3) Au cas où la Commission médicale décide de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé, elle transmet le dossier de la personne reconnue salarié handicapé à la Commission d'orientation et de reclassement professionnel définie à l'article 33. Elle informe le requérant de sa décision par lettre recommandée dans un délai de deux mois à partir de la date où la demande est réputée être faite.

Au cas où la Commission médicale décide le refus ou le retrait de la qualité de salarié handicapé, elle notifie sa décision au requérant par lettre recommandée dans un délai de deux mois à partir de la date où la demande est réputée être faite. La décision de refus ou de retrait doit être motivée par la Commission médicale.

(4) La Commission médicale établit si le requérant suffit aux conditions spécifiées aux points b) et c) du paragraphe 2 de l'article 1er pour l'attribution du revenu pour personnes gravement handicapées. Elle transmet sa décision y relative au Fonds national de solidarité.

(5) Sauf en ce qui concerne les décisions de refus, la Commission médicale examine périodiquement si les conditions à la base de sa décision sont toujours remplies.

(6) En cas d'intervention d'un changement fondamental des faits et des circonstances liés à la capacité de travail du requérant, la décision portant refus ou retrait de la qualité de salarié handicapé et la décision relative à la diminution de la capacité de travail et à l'état de santé du requérant peuvent faire l'objet d'une demande en révision.

La demande en révision est introduite par le requérant ou son tuteur auprès de la Commission médicale. Elle doit être accompagnée des pièces justificatives requises déterminées par règlement grand-ducal.

Aucune décision de la Commission médicale ne peut faire l'objet d'une demande en révision ni au cours de l'instance engagée sur les recours prévus à l'article 7, ni avant l'expiration d'un délai de six mois à partir de la notification d'une première décision devenue définitive.

La décision relative à la demande en révision est prise conformément à la procédure prévue aux paragraphes 1 à 3 ci-avant.

Art. 4. Toute personne reconnue salarié handicapé est tenue à se faire inscrire au service en charge du développement de l'emploi et de la formation au service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi ou à une de ses agences, service défini à l'article 31.

Art. 5. (1) Si le salarié handicapé n'a pas accès à un emploi salarié pour des raisons indépendantes de sa volonté, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi transmet le dossier avec les pièces justificatives déterminées par règlement grand-ducal en vue de l'obtention du revenu pour personnes gravement handicapées au Fonds national de solidarité. R. 7.10.04

(2) Le salarié handicapé, qui refuse d'occuper un poste de travail qui lui est offert et qui correspond à ses aptitudes de travail, perd le bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées.

Art. 6. (1) La Commission d'orientation et de reclassement professionnel appelée ci-après la «Commission d'orientation», décide de guider la personne reconnue salarié handicapé vers le marché du travail ordinaire ou vers les ateliers protégés reconnus comme tels conformément aux dispositions de l'article 23.

---

1) Par L. 16.12.11,1,2°,b) le terme « elle » a été remplacé par les termes « La Commission médicale » et la seconde phrase du 1er paragraphe devient le second alinéa.

(2) La Commission d'orientation peut entendre le candidat lui-même ou, à titre de renseignement, des tierces personnes.

Elle peut faire intervenir des experts ou se faire communiquer par des organismes publics toute pièce nécessaire qu'elle juge utile ou indispensable à une analyse exhaustive de la situation du candidat.

(3) En cas d'intervention d'un changement fondamental des faits et des circonstances liés à la capacité de travail du requérant, la décision portant orientation du salarié handicapé vers le marché du travail ordinaire ou vers les ateliers protégés peut faire l'objet d'une demande en révision.

La demande en révision est introduite par le requérant ou son tuteur auprès de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel. Elle doit être accompagnée des pièces justificatives requises déterminées par règlement grand-ducal. R. 7.10.04

Aucune décision de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel ne peut faire l'objet d'une demande en révision ni au cours de l'instance engagée sur les recours prévus à l'article 7, ni avant l'expiration d'un délai de six mois à partir de la notification d'une première décision devenue définitive.

La décision relative à la demande en révision est prise conformément à la procédure prévue aux paragraphes 1 et 2 ci-avant.

Art. 7. (1) La décision d'orientation de la Commission d'orientation peut faire l'objet d'un réexamen devant la commission spéciale instituée par l'article L. 527-1, paragraphe (2) du Code du travail. L. 16.12.11,1,4°,a)

La demande en réexamen doit être introduite par lettre recommandée, sous peine de forclusion, avant l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision. L. 12.9.03

La commission spéciale est complétée par des représentants d'associations privées ayant pour but la sauvegarde des intérêts des accidentés du travail, des mutilés de guerre et des prisonniers et déportés politiques ainsi que des personnes ayant un handicap physique, mental, sensoriel ou psychique et des associations gestionnaires des ateliers protégés au sens de l'article 23, qui pourront assister aux délibérations avec voix consultative. Il sera nommé un suppléant à chaque représentant des associations privées précitées.

La composition et le fonctionnement de cette commission élargie sont déterminés par règlement grand-ducal. R. 7.10.04

La commission spéciale rend sa décision endéans un délai de trois mois à partir du jour de sa saisine.

(2) Contre les décisions de refus ou de retrait du statut de salarié handicapé et les décisions relatives à la diminution de la capacité de travail et à l'état de santé prises par la Commission médicale, ainsi que contre les décisions prises par la commission spéciale et contre la décision prise par le Fonds national de solidarité visée à l'article 28, un recours est ouvert au requérant débouté, qui est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale; il n'a pas d'effet suspensif. Il doit être formé, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée. L. 16.12.11,1,4°,b)

(3) L'appel contre les décisions du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale selon les règles tracées par les lois et règlements en vigueur pour le contentieux en matière d'accidents de travail; il n'a pas d'effet suspensif. L. 12.9.03

(4) La procédure à suivre et les frais de justice sont régis par le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale[1)] la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice.

Un règlement grand-ducal pourra adapter les procédures visées aux paragraphes (2) et (3) qui précèdent aux particularités de la matière régie par la présente loi.

Chapitre 2. **Salariés handicapés guidés vers le marché du travail ordinaire**

Art. 8. (1) La Commission d'orientation peut proposer au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, selon l'âge du candidat, le degré ou la nature de son handicap, et sur le vu de ses capacités antérieures et résiduelles de travail, des mesures d'orientation, de formation, de rééducation, d'intégration ou de réintégration professionnelles, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail pour ce salarié.

(2) Sur proposition de la Commission d'orientation, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ou le fonctionnaire délégué par lui à cet effet fixe les mesures à prendre en vue de l'intégration ou de la réintégration professionnelles du candidat guidé vers le marché du travail ordinaire.

(3) Aux fins d'exécution des mesures retenues ci-avant, il saisit le service des salariés handicapés, qui peut s'adjoindre des experts.

---

1) Ancien article 294 du Code des assurances sociales.

(4) La forme et le contenu de ces mesures, qui peuvent comporter notamment l'attribution d'une participation au salaire, visée à l'article 15, d'une participation aux frais de formation, d'une prime d'encouragement ou de rééducation, la prise en charge des frais relatifs à l'aménagement des postes de travail et des accès au travail, la participation aux frais de transport ou la mise à disposition d'équipements professionnels adaptés, sont déterminés par règlement grand-ducal, à prendre sur avis du Conseil d'État et de l'assentiment de la Conférence des présidents de la Chambre des députés. R. 7.10.04

(5) L'employeur prendra les mesures appropriées, en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à un salarié handicapé d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée. L. 28.11.06,20(1)

Cette charge n'est pas disproportionnée lorsqu'elle est compensée de façon suffisante par les mesures prévues à l'article 26 du règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 portant exécution du paragraphe (4) qui précède.

Art. 9. Si le salarié handicapé refuse d'occuper un poste qui correspond à ses aptitudes de travail et qui lui a été assigné ou s'il refuse de se soumettre aux mesures d'orientation, de formation ou de rééducation décidées par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, il perd ses droits à un des postes réservés aux salariés handicapés par l'article 10. L. 12.9.03

La décision afférente du directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi sera notifiée à l'intéressé par lettre recommandée à la poste.

Art. 10. (1) L'État, les communes, les établissements publics et la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont tenus d'employer à temps plein des salariés reconnus comme salariés handicapés, dans la proportion de 5% de l'effectif total de leur personnel occupé en qualité de fonctionnaires ou de salariés liés par un contrat de travail et à condition qu'ils remplissent les conditions générales de formation et d'admission légales ou réglementaires.

Des dérogations aux conditions générales de formation et d'admission visées à l'alinéa qui précède peuvent être consenties pour l'emploi de salariés handicapés par respectivement le ministre ayant dans ses attributions la Fonction publique, le ministre ayant dans ses attributions l'Intérieur, le ministre ayant dans ses attributions les Transports ou le ministre ayant dans ses attributions l'établissement public concerné.

(2) Tout employeur du secteur privé occupant au moins 25 salariés est tenu d'employer à temps plein au moins un salarié reconnu comme salarié handicapé, si l'Agence pour le développement de l'emploi se trouve saisie d'une demande d'emploi émanant d'un salarié handicapé répondant à l'aptitude requise dans l'entreprise.

Tout employeur du secteur privé occupant au moins 50 salariés est tenu d'employer à temps plein, dans la proportion de 2% de l'effectif de ses salariés, des salariés reconnus comme salariés handicapés, si l'Agence pour le développement de l'emploi se trouve saisie de demandes d'emploi en nombre suffisant émanant de salariés handicapés répondant à l'aptitude requise dans l'entreprise.

Tout employeur du secteur privé occupant au moins 300 salariés est tenu d'employer à temps plein, dans la proportion de 4% de l'effectif de ses salariés, des salariés reconnus comme salariés handicapés, si l'Agence pour le développement de l'emploi se trouve saisie de demandes d'emploi en nombre suffisant émanant de salariés handicapés répondant à l'aptitude requise dans l'entreprise.

Pour les entreprises à établissements multiples, cette obligation d'emploi s'applique pour chaque établissement pris isolément.

Au cas où les employeurs occupent un nombre de salariés handicapés supérieur aux taux d'emploi obligatoires par les dispositions de la présente loi, ils bénéficient de l'exemption de la part patronale des charges de sécurité sociale qui sont prises en charge par le budget de l'État.

(3) Pour le calcul du nombre de postes réservés aux salariés handicapés visés aux paragraphes 1er et 2, il sera tenu compte et des personnes ayant obtenu la reconnaissance de salarié handicapé au titre de la présente loi et des salariés handicapés déjà en place, assimilés aux premiers par décision de la Commission d'orientation.

Pour la computation du nombre des postes à réserver, les chiffres atteignant et dépassant la demie sont à arrondir vers le haut, les autres sont à négliger.

Art. 11. (1) Les employeurs assujettis à l'obligation d'emploi conformément aux dispositions des paragraphes 1er et 2 de l'article 10 sont tenus de déclarer à l'Agence pour le développement de l'emploi les postes devenus vacants et les emplois à occuper par des personnes handicapées avec, le cas échéant, une proposition de réemploi d'un autre salarié handicapé.

(2) Les emplois à occuper par des personnes handicapées sont enregistrés par l'Agence pour le développement de l'emploi après consultation des chefs d'entreprise. Pour garder un droit à un poste disponible dans le service ou l'entreprise dans lesquels elles étaient occupées, les personnes handicapées d'un service public ou d'une entreprise privée doivent satisfaire aux conditions exigées pour la reconnaissance de salarié handicapé et comptent pour parfaire le nombre de postes obligatoirement réservés.

(3) L'assignation d'un poste de salarié handicapé tant dans le secteur public que privé doit se faire en collaboration avec le service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. 12. En cas de refus d'un employeur du secteur privé d'embaucher le nombre prescrit de handicapés, une taxe de compensation équivalant à 50% du salaire social minimum est à verser chaque mois au Trésor public par ledit employeur. Cette taxe est due aussi longtemps que dure le refus et pour chaque salarié handicapé non embauché.

Art. 13. Le salaire du salarié handicapé ne peut être inférieur à celui qui résulte de l'application des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles.

La fixation de la rémunération interviendra indépendamment et sans prise en considération du montant des rentes accidents versées à l'intéressé par l'Association d'assurance accident et/ou l'Office des dommages de guerre. Lesdites rentes sont à payer intégralement aux bénéficiaires, elles ne doivent en aucun cas être déduites de la rémunération des salariés handicapés, ni être réduites d'une autre manière au détriment de leurs bénéficiaires. L. 28.11.06,20(2)

Art. 14. Les salariés indépendants qui ont obtenu la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et qui sont disposés à poursuivre leur activité professionnelle, peuvent bénéficier, sous les conditions à déterminer par règlement grand-ducal, de l'exemption totale ou partielle des charges de sécurité sociale qui sont prises en charge par le budget de l'État. L. 12.9.03 R. 7.10.04

Art. 15. Une participation de l'État au salaire du salarié handicapé peut être allouée sur avis de la Commission d'orientation par le Directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi aux employeurs du secteur privé et du secteur communal, aux établissements publics ainsi qu'à la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

La participation au salaire est fixée notamment en fonction de la perte de rendement du salarié handicapé due à la diminution de sa capacité de travail et peut être limitée dans le temps. Elle ne peut être inférieure à trente pour cent et peut être portée jusqu'à cent pour cent du salaire versé au salarié handicapé, y compris la part patronale des cotisations de sécurité sociale. L. 8.4.18,III

Le taux de la participation au salaire peut être adapté périodiquement par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, sur avis de la Commission d'orientation, compte tenu notamment de l'évolution du handicap et/ou de l'adaptation du salarié handicapé au milieu du travail. L. 12.9.03

Art. 16. (1) Au cas où le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, sur avis de la Commission d'orientation, décide des mesures d'orientation, de formation, de rééducation, d'intégration ou de réintégration professionnelles, ou des mesures d'initiation ou de stage, les frais sont à supporter par l'État pour les personnes ayant un handicap physique, mental, sensoriel ou psychique, ainsi que pour les invalides de guerre dans les limites prévues par la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre. L. 16.12.11,1,5°

(2) L'employeur collabore à la rééducation professionnelle en mettant à la disposition des intéressés son matériel, ses installations et son outillage courant. L. 12.9.03

Chapitre 3. **Salariés handicapés guidés vers les ateliers protégés**

Art. 17. Est guidé vers les ateliers protégés, tout salarié handicapé qui, en raison de ses capacités de travail réduites, ne suffit pas ou pas encore aux exigences et contraintes du marché du travail ordinaire. Les modalités et critères permettant de guider le salarié handicapé vers le marché du travail ordinaire ou vers les ateliers protégés peuvent être précisés par règlement grand-ducal. R. 7.10.04

Art. 18. Pour le salarié handicapé guidé vers les ateliers protégés, les responsables de l'atelier protégé définissent les mesures permettant l'emploi du salarié handicapé dans des conditions adaptées à ses besoins et les mesures d'insertion professionnelle, d'accompagnement et de suivi du salarié handicapé sur le marché du travail ordinaire.

Art. 19. (1) Le titre II du Livre premier relatif au contrat de travail du Code du travail[1)]est applicable à l'engagement du salarié handicapé dans un atelier protégé sous réserve des dérogations fixées par la présente loi pour tenir compte des besoins spécifiques de la personne handicapée.

(2) Le contrat de travail doit comporter les mentions suivantes:

- l'engagement de l'atelier protégé à assurer au salarié handicapé une mise au travail dans des conditions d'emploi adaptées à ses besoins et possibilités;
- l'engagement de l'atelier protégé à promouvoir l'accession du salarié handicapé à des emplois sur le marché du travail ordinaire et à assurer, le cas échéant, son suivi en milieu ordinaire;
- l'engagement de l'atelier protégé à réemployer le salarié handicapé qui a été placé par ses soins sur le marché du travail ordinaire et pour qui l'insertion en milieu ordinaire s'avère être insatisfaisante;
- l'engagement du salarié handicapé ou de son représentant légal à rester disponible pour le marché du travail ordinaire et à participer aux mesures d'insertion proposées par l'atelier protégé ou par l'Agence pour le développement de l'emploi.

---

1) Par L. 31.7.06, article 3 la référence à la loi du 24 mai 1989 sur le contrat du travail a été remplacée par la référence aux dispositions correspondantes du Code du travail.

(3) Sous réserve de l'application des dispositions de la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, le contrat cesse de plein droit:

- le jour du retrait de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé à la personne handicapée;
- le jour où la confirmation de la décision de réorientation vers le marché du travail ordinaire est notifiée au salarié handicapé et à l'employeur par la Commission d'orientation ou par les juridictions compétentes. L. 16.12.11,1,6°

(4) Dans le cas du salarié handicapé se trouvant en régime de tutelle, conformément aux dispositions prévues par le Code civil au titre XI qui traite de la majorité et des majeurs qui sont protégés par la loi, le tuteur de la personne majeure protégée par la loi signe le contrat de travail. L. 12.9.03

Art. 20. (1) La durée hebdomadaire normale du travail dans les ateliers protégés est de quarante heures, à moins que la durée effective de travail dans les organismes et structures concernés ne soit fixée différemment par une disposition légale, réglementaire ou par convention. Au cas où le salarié handicapé ne peut respecter l'horaire de travail dans l'atelier protégé en raison des horaires des moyens de transport en commun qu'il utilise, la durée du transport journalier peut être incluse dans la durée de travail jusqu'à concurrence du nombre des heures de travail fixées dans le contrat de travail de la personne handicapée.

(2) On entend par durée du travail dans les ateliers protégés, le temps durant lequel le salarié handicapé est à la disposition de l'atelier protégé.

Par dérogation au livre II titre premier du Code du travail relatif à la durée du travail et au livre III du titre IV du Code du travail relatif à l'emploi des jeunes salariés,[1)] la durée du travail dans les ateliers protégés inclut la durée des activités socio-pédagogiques et thérapeutiques exercées durant les heures de travail sur le lieu de travail.

Il en est de même pour le temps durant lequel le salarié handicapé participe à des stages en entreprise non rémunérés par l'entreprise d'affectation et organisés par l'atelier protégé.

Art. 21. (1) Le salarié handicapé bénéficie dans l'atelier protégé d'un salaire dont le montant est égal au taux horaire du salaire social minimum déterminé en application du Livre II, Titre II, Chapitre II du Code du travail, multiplié par le nombre d'heures de travail fixé dans le contrat de travail entre le salarié handicapé et l'atelier protégé. L. 16.12.11,1,7°

L'État participe au salaire du salarié engagé dans un atelier protégé à raison de 100 pour cent du montant, tel que déterminé à l'alinéa qui précède, augmenté des charges sociales.

(2) L'atelier protégé peut payer au salarié handicapé une prime ou un autre avantage en espèces, en dehors du salaire qui est dû au salarié en application du livre II, titre II, chapitre II du Code du travail relatif au salaire social minimum. La prime ou l'avantage en espèces est à financer par l'atelier protégé. L. 12.9.03

(3) Par dérogation au livre II, titre II, chapitre premier du Code du travail relatif au paiement des salaires,[2)] le salaire est payé une fois par mois par l'atelier protégé au salarié handicapé.

Art. 22. En cas de cessation des relations d'emploi avec l'atelier protégé, le salarié handicapé sans emploi a droit à l'octroi d'une indemnité de chômage complet, pourvu qu'il réponde aux conditions d'admission déterminées au livre V, titre II relatif aux indemnités de chômage complet.[3)]

Art. 23. (1) Est reconnu comme «atelier protégé» au sens de la présente loi, tout établissement, créé et géré par tout organisme à vocation sociale et économique, qui remplit les conditions suivantes:

- permettre aux personnes qui se sont vu reconnaître la qualité de salarié handicapé d'exercer au sein d'une unité économique de production une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités;
- promouvoir l'accès des salariés handicapés à des emplois sur le marché du travail ordinaire et organiser à cette fin des mesures d'insertion professionnelle, d'accompagnement et de suivi sur le marché du travail ordinaire;
- disposer de l'agrément du ministre ayant la Famille dans ses attributions.

L'agrément est accordé conformément aux dispositions de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

(2) Tout atelier protégé est soumis à la loi du 10 juin 1999 relative aux établissements classés.

Art. 24. (1) En vertu des dispositions de l'article 13 de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et

---

1) Par L. 31.7.06 article 3, les références aux lois du 7 juin 1937 ayant pour objet la réforme de la loi du 31 octobre 1919 portant règlement légal du louage de service des employés privés, du 9 décembre 1970 portant réduction et réglementation de la durée du travail des ouvriers occupés dans les secteurs public et privé de l'économie et du 23 mars 2001 concernant la protection des jeunes salariés ont été remplacées par les références aux dispositions correspondantes du Code du travail.

2) Par L. 31.7.06 article 3, la référence à la loi du 12 juillet 1895 concernant le paiement des salaires des ouvriers a été remplacée par la références aux dispositions correspondantes du Code du travail.

3) Par L. 31.7.06 article 3, la référence à la loi du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet a été remplacée par la références aux dispositions correspondantes du Code du travail.

thérapeutique, le ministre ayant dans ses attributions la Famille est autorisé à participer aux frais d'investissement des ateliers protégés qui ont obtenu son agrément.

(2) Le ministre ayant dans ses attributions le Travail est autorisé à participer aux frais de fonctionnement des ateliers protégés agréés d'après les mêmes règles que celles prévues aux articles 11 et 12 de la prédite loi du 8 septembre 1998.

Chapitre 4. **Revenu pour personnes gravement handicapées**

Art. 25. Le revenu mensuel est fixé à 185,08 euros [1] pour une personne gravement handicapée au sens de l'article 1er, paragraphe 2. Le montant précité correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

Le montant prévu par le présent article est adapté à l'augmentation du montant forfaitaire de base par adulte et du montant couvrant les frais communs du ménage fixés par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. L. 21.12.18,II,2° R. 12.12.16

(alinéa abrogé) [2] L. 9.12.15,2

(alinéa abrogé) [3]

Art. 26. Le revenu pour personnes gravement handicapées est suspendu jusqu'à concurrence du montant des revenus professionnels et des revenus de remplacement dont bénéficie le titulaire au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère et qui sont immunisés jusqu'à concurrence de 30% du revenu pour personnes gravement handicapées. L. 12.9.03

Le revenu pour personnes gravement handicapées est intégralement mis en compte en vue de la détermination des prestations de revenu minimum garanti prévues par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.[3] L. 16.12.11,1,9°

Art. 27. (1) Les bénéficiaires du revenu sont assurés obligatoirement contre le risque de la maladie. L. 12.9.03

(2) La cotisation pour l'assurance maladie est calculée sur la base du revenu moyennant le taux prévu pour les prestations de soins de santé. La part patronale de cette cotisation est imputée sur le Fonds national de solidarité.

(3) Le revenu est soumis au paiement des cotisations en matière d'assurance dépendance.

Art. 27bis. Le revenu pour personnes gravement handicapées est soumis au paiement des cotisations en matière d'assurance pension si le bénéficiaire justifie d'une affiliation à l'assurance pension au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale de vingt-cinq années au moins. Dans ce cas, la part assuré et la part patronale sont imputées sur le Fonds national de solidarité. L. 16.12.11,1,10°

Art. 28. (1) Après avoir reçu communication de la décision de la Commission médicale conformément à l'article 3, paragraphe (2), le Fonds national de solidarité examine si les conditions d'âge et de résidence sont remplies et décide de l'octroi ou du refus du revenu visé au paragraphe (2) de l'article 1er. Il notifie sa décision au requérant par lettre recommandée dans le délai d'un mois à partir de la date de la communication de la décision par la Commission médicale. L. 12.9.03

Le revenu est dû à partir de la date où la demande est réputée être faite.

(2) Pour les personnes visées à l'alinéa 3 du paragraphe (2) de l'article 1er, le Fonds national de solidarité décide de l'attribution du revenu pour personnes gravement handicapées, après avoir reçu communication du dossier par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, conformément à l'article 5 (1). La décision est notifiée au requérant par lettre recommandée dans le délai d'un mois à partir de la date de communication du dossier par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Le revenu est dû à partir de la date de communication du dossier par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi au Fonds national de solidarité.

(3) Le revenu est versé au requérant par le Fonds national de solidarité.

Art. 29. (1) La révision de la décision d'attribution du revenu pour personnes gravement handicapées se fait selon les conditions et modalités prévues par les articles 28 et 29 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. L. 28.7.18,44,1°

---

1) Par L. 15.12.20, 1er, les termes « 180,04 euros » sont remplacés par ceux de « 185,08 euros ».

*2) **L. 9.12.15,3:***
[...] (2) Les personnes bénéficiant au jour précédant l'entrée en vigueur de la présente loi de la majoration du revenu pour personnes gravement handicapées en vertu des dispositions abrogées de l'article 2, paragraphe (2), de la présente loi continuent à bénéficier de cette majoration aussi longtemps qu'il n'y a pas de changement de leur situation financière entraînant la perte de leur droit au revenu prévu à l'article 25 de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
(3) Les majorations visées aux paragraphes (1er) et (2) du présent article ne peuvent être cumulées avec la subvention de loyer prévue à l'article 14quinquies de la présente loi.

3) Les dispositions du nouveau deuxième alinéa de l'article 26 de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ne sont pas applicables aux personnes qui au moment de la mise en vigueur de la présente loi sont bénéficiaires d'une allocation complémentaire en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

(2) Le Fonds national de solidarité réclame dans les limites à fixer par un règlement grand-ducal la restitution des sommes par lui versées à titre de revenu pour personnes gravement handicapées contre la succession du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession. La restitution des sommes versées par le Fonds national de solidarité à titre de revenu pour personnes gravement handicapées est garantie par l'inscription d'une hypothèque légale contre les immeubles appartenant aux bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées. Cette garantie est opérée selon les conditions et modalités prévues à l'article 32 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. L. 12.9.03 R.7.10.04 L. 28.7.18,44,2°

Art. 30. Le revenu pour personnes gravement handicapées est à charge du budget de l'État. L. 12.9.03

Art. 30bis. Ne peut prétendre aux prestations de la présente loi, la personne qui fait l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté, sauf pendant la période où elle est soumise au régime de la semiliberté tel que prévu aux articles 3 à 5 de la loi du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté ou qu'elle bénéficie d'une suspension de la peine telle que prévue à l'article 10 de cette même loi. L. 16.12.11,1,12°

Chapitre 5. **Dispositions organiques**

Art. 31. Le service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi, prévu à l'article L. 622-24 du Code du travail[1)] est chargé des mesures d'orientation, de formation, de placement, de rééducation, d'intégration et de réintégration professionnelles des personnes reconnues comme salarié handicapé. L. 12.9.03

Art. 32. (1) Il est créé une Commission médicale qui se compose de:

- trois médecins ayant une spécialisation dans les domaines de la rééducation et réadaptation fonctionnelles ou de la psychiatrie;
- un médecin représentant l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale;
- un médecin représentant le ministre de la Santé.

Il est nommé un membre suppléant pour chacun des membres titulaires susvisés.

Les membres titulaires et suppléants sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions le Travail pour une durée de quatre ans, leur mandat étant renouvelable. En cas de démission ou de décès d'un membre, son suppléant achève son mandat pour la durée en cours.

En cas de besoin, la Commission peut s'adjoindre des personnes dont le concours lui paraît utile pour l'exécution de sa mission en raison de leur compétence ou de leur fonction.

(2) La Commission médicale élit en son sein un président.

Le secrétariat de la Commission est assuré par un agent du service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi.

(3) La Commission médicale délibère valablement quand la majorité de ses membres sont présents. Les décisions et avis de la Commission médicale sont pris à la majorité des voix exprimées. En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 33. (1) Il est créé une Commission d'orientation et de reclassement professionnel qui est composée de: R. 7.10.04

- deux représentants du ministre ayant dans ses attributions le Travail;
- un représentant de l'Agence pour le développement de l'emploi;
- un médecin du travail;
- un psychologue spécialisé dans le domaine du handicap;
- un ergothérapeute spécialisé dans le domaine des aides techniques;
- un éducateur gradué;
- un assistant social.

Il est nommé un membre suppléant pour chaque membre titulaire.

Les membres titulaires et suppléants sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions le Travail pour une durée de quatre ans, leur mandat étant renouvelable. En cas de démission ou de décès d'un membre, son suppléant achève son mandat pour la durée en cours.

En cas de besoin, la Commission peut s'adjoindre des personnes dont le concours en raison de leur compétence ou de leur fonction lui paraît utile pour l'exécution de sa mission.

(2) Un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Travail fait fonction de président de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel.

Le secrétariat de la Commission est assuré par un agent du service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi.

(3) La Commission d'orientation et de reclassement professionnel délibère valablement quand la majorité de ses membres sont présents. Les décisions et avis de la commission sont pris à la majorité des voix exprimées. En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante.

---

1) Par L. 31.7.06 article 3, la référence à la loi du 21 février 1976 concernant l'organisation et le fonctionnement de l'Administration de l'emploi i et portant création d'une Commission nationale de l'Emploi a été remplacée par la références aux dispositions correspondantes du Code du travail.

Art. 34. (1) Il est créé un Conseil supérieur des personnes handicapées qui est placé sous la tutelle du ministre ayant dans ses attributions la politique pour personnes handicapées.

(2) Le Conseil supérieur des personnes handicapées a les missions suivantes:

a) assister et conseiller le ministre ayant dans ses attributions la politique pour personnes handicapées dans son travail de coordination de la politique gouvernementale en faveur des personnes handicapées;

b) réunir à cette fin les partenaires impliqués, à savoir des personnes à besoins spéciaux, des professionnels du secteur et des membres du Gouvernement;

c) aviser tout projet de loi ou de règlement touchant le domaine du handicap qui lui est soumis par le Gouvernement;

d) étudier toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre ainsi que tous les sujets qu'il juge utiles.

(3) Le Conseil supérieur des personnes handicapées comprend majoritairement des représentants des associations de personnes handicapées ou d'associations pour personnes handicapées ainsi que des représentants de l'État.

La présidence du Conseil supérieur revient à un représentant d'une association de personnes handicapées.

Un règlement grand-ducal précise les modalités d'organisation et de fonctionnement du Conseil supérieur des personnes handicapées.

[...]

Loi du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail

Salaire social minimum

SOMMAIRE

LIVRE II - REGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

TITRE II - **Salaire**

Chapitre II - Salaire social minimum Art. L. 221-1
Art. L. 222-2 - L. 222.10

LIVRE II - REGLEMENTATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

L. 31.7.06,annexe

[...]

Titre II - **Salaire**

[...]

Chapitre II - **Salaire social minimum**

Art. L. 221-1. Par le terme de «salaire», employé dans les dispositions de la présente section, il faut entendre la rétribution globale du salarié, comprenant, en dehors du taux en numéraire, les autres avantages et rétributions accessoires éventuels, tels que notamment les gratifications, tantièmes, remises, primes, logements gratuits et autres valeurs quelconques de même nature.

Le salaire stipulé en numéraire est payé chaque mois, et ce au plus tard le dernier jour du mois de calendrier afférent.

En cas de besoins particuliers, légitimes et urgents, le salarié peut obtenir le versement anticipatif de la fraction du salaire correspondant au travail accompli.

Les émoluments accessoires au salaire en numéraire, tels que tantièmes, remises, gratifications, primes ou autres de même nature, sont réglés au plus tard dans les deux mois suivant soit l'année de service, soit la clôture de l'exercice commercial, soit l'établissement du résultat de ce dernier.

[...]

Art. L. 222-2. (1) Le niveau du salaire social minimum est fixé par la loi.

(2) A cette fin, toutes les deux années, le Gouvernement soumet à la Chambre des députés un rapport sur l'évolution des conditions économiques générales et des revenus accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant relèvement du niveau du salaire social minimum.

Art. L. 222-3. Sans préjudice des relèvements prévus à l'article L. 222-2, l'adaptation du salaire social minimum à l'indice pondéré des prix à la consommation se fait conformément à l'article L. 223-1.

Art. L. 222-4. (1) Le niveau du salaire social minimum des salariés justifiant d'une qualification professionnelle est majoré de vingt pour cent.

(2) Est à considérer comme salarié qualifié au sens des dispositions du présent chapitre, le salarié qui exerce une profession comportant une qualification professionnelle usuellement acquise par un enseignement ou une formation sanctionnée par un certificat officiel.

Sont à considérer comme certificats officiels au sens de l'alinéa qui précède, les certificats reconnus par l'État luxembourgeois et qui sont au moins du niveau du certificat d'aptitude technique et professionnelle (CATP) ou le diplôme d'aptitude professionnelle (DAP) de l'enseignement secondaire technique. L'équivalence des certificats qui sont au moins du niveau du certificat d'aptitude technique et professionnelle ou du niveau du diplôme d'aptitude professionnelle ou du diplôme d'aptitude professionnelle (DAP) au sens des dispositions du présent alinéa est reconnue par le ministre ayant l'Education nationale dans ses attributions, sur avis du ministre ayant le Travail dans ses attributions.

L. 17.12.10,2

Le détenteur du certificat de capacité manuelle (CCM) ou d'un certificat de capacité professionnelle (CCP) doit être considéré comme salarié qualifié au sens des dispositions de l'alinéa 1er du présent paragraphe après une pratique d'au moins deux années dans le métier dans lequel le certificat a été délivré.

Le détenteur du certificat d'initiation technique et professionnelle (CITP) doit être considéré comme salarié qualifié au sens des dispositions de l'alinéa 1 du présent paragraphe après une pratique d'au moins cinq années dans le métier ou la profession dans lesquels le certificat a été délivré.

L. 31.7.06,annexe

(3) Le salarié qui exerce une profession répondant aux critères énoncés au paragraphe (2) sans être détenteur des certificats prévus à l'alinéa 2 de ce même paragraphe, doit justifier d'une pratique professionnelle d'au moins dix années dans ladite profession pour être reconnu comme salarié qualifié.

(4) Dans les professions où la formation n'est pas établie par un certificat officiel, le salarié peut être considéré comme salarié qualifié lorsqu'il a acquis une formation pratique résultant de l'exercice pendant au moins six années de métiers nécessitant une capacité technique progressivement croissante.

Art. L. 222-5. Le niveau du salaire social minimum des salariés adolescents âgés de moins de dix-huit ans accomplis est fixé comme suit en pourcentage du salaire social minimum des salariés adultes:

1. pour les adolescents âgés de 17 à 18 ans: 80 pour cent;
2. pour les adolescents âgés de 15 à 17 ans: 75 pour cent.

Art. L. 222-6. Lorsque la situation économique et financière de l'entreprise ne permet pas à l'employeur d'appliquer immédiatement et intégralement les taux du salaire social minimum, il peut être autorisé par décision conjointe du ministre ayant le Travail dans ses attributions sur

avis du ministre ayant l'Economie dans ses attributions à appliquer provisoirement aux taux du salaire social minimum un taux d'abattement, déterminé quant à son niveau et à sa durée.

La demande en autorisation, ensemble avec l'avis de la délégation du personnel, s'il en existe, est adressée directement à l'Inspection du travail et des mines qui transmet le dossier avec son avis aux ministres ayant dans leurs attributions respectivement le Travail et l'Economie. Un exposé détaillé sur la situation économique et financière de l'entreprise est obligatoirement joint à la demande.

Art. L. 222-7. Les taux du salaire social minimum sont obligatoires pour les employeurs et salariés; sans préjudice des dispositions prévues à l'article qui précède, ils ne peuvent être abaissés par eux ni par accord individuel ni par convention collective de travail.

Art. L. 222-8. Seront nulles les clauses des conventions collectives de travail comportant des indexations sur le salaire social minimum ou des références à ce dernier en vue de la fixation et de la révision des salaires prévus par ces conventions.

Art. L. 222-9. [1)] Sous réserve, s'il y a lieu, des adaptations prévues à l'article L. 222-3, le taux mensuel du salaire social minimum d'un salarié non qualifié rémunéré au mois est fixé, à partir du 1er janvier 2021 et jusqu'à la prochaine adaptation à intervenir en application de l'article L. 222-2, à 263,78 euros au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. L. 15.12.20,1er

Le taux horaire correspondant au taux mensuel prévu à l'alinéa 1er [3)] est obtenu par la division de ce taux mensuel par cent soixante-treize. L. 19.12.08 [2)]

Art. L. 222-10. Les employeurs qui ont versé des salaires inférieures aux taux applicables en vertu des dispositions du présent chapitre et de celles à intervenir en application de l'article L. 222-2 sont passibles d'une amende de 251 à 25.000 euros.

Toutefois, en cas de récidive dans le délai de deux ans, les peines prévues à l'alinéa qui précède peuvent être portées au double du maximum.

---

1) Une aide de compensation de l'augmentation du salaire social minimum dans le contexte de la pandémie de Covid-19 est accordée par la loi du 19 décembre 2020. (JO, Mém. A 1037 du 21 décembre 2020)

2) Entrée en vigueur au 1.1.2009

3) Par L.15.12.20, 1er : les termes « qui précède » sont remplacés par « 1er ».

Loi du 28 novembre 2006 portant 1.transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique; 2.transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 3.modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail; 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal; 5.modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

Chapitre 1er – **Dispositions générales**

Art. 1er. (1) Toute discrimination directe ou indirecte fondée sur la religion ou les convictions, l'handicap, l'âge, l'orientation sexuelle, l'appartenance ou non appartenance, vraie ou supposée, à une race ou ethnie est interdite. L. 28.11.06

(2) Aux fins du paragraphe (1):

a) une discrimination directe se produit lorsqu'une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable, sur la base de l'un des motifs visés au paragraphe (1);

b) une discrimination indirecte se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une religion ou de convictions, d'un handicap, d'un âge ou d'une orientation sexuelle, de l'appartenance ou la non appartenance, vraie ou supposée, à une race ou ethnie donnés, par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un objectif légitime et que les moyens de réaliser cet objectif soient appropriés et nécessaires.

(3) Sans préjudice des dispositions spécifiques relatives au harcèlement sexuel et au harcèlement moral sur les lieux de travail, le harcèlement est considéré comme une forme de discrimination au sens du paragraphe (1) lorsqu'un comportement indésirable lié à l'un des motifs y visés se manifeste, qui a pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité d'une personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

(4) Tout comportement consistant à enjoindre à quiconque de pratiquer une discrimination à l'encontre de personnes pour l'un des motifs visés au paragraphe (1) est considéré comme discrimination.

Art. 2. (1) La présente loi s'applique à toutes les personnes, tant publiques que privées, physiques ou morales, y compris les organismes publics en ce qui concerne:

a) les conditions d'accès à l'emploi, les activités non salariées ou le travail, y compris les critères de sélection et les conditions de recrutement, quelle que soit la branche d'activité et à tous les niveaux de la hiérarchie professionnelle, y compris en matière de promotion;

b) l'accès à tous les types et à tous les niveaux d'orientation professionnelle, de formation professionnelle, de perfectionnement et de formation de reconversion, y compris l'acquisition d'une expérience pratique;

c) les conditions d'emploi et de travail, y compris les conditions de licenciement et de rémunération;

d) l'affiliation à, et l'engagement dans, une organisation de salariés ou d'employeurs, ou toute organisation dont les membres exercent une profession donnée, y compris les avantages procurés par ce type d'organisations;

e) la protection sociale, y compris la sécurité sociale et les soins de santé;

f) les avantages sociaux;

g) l'éducation;

h) l'accès aux biens et services et la fourniture de biens et services, à la disposition du public, y compris en matière de logement.

Le point h) ci-dessus ne s'applique pas aux contrats d'assurance pour autant qu'il s'agit de l'âge et de l'handicap et à condition que la dérogation soit objectivement et raisonnablement justifiée. L. 13.5.08,12,1°[1)]

(2) La présente loi ne vise pas les différences de traitement fondées sur la nationalité et s'entend sans préjudice des dispositions et conditions relatives à l'entrée, au séjour et à l'emploi des ressortissants de pays tiers et des personnes apatrides sur le territoire national et de tout traitement lié au statut juridique des ressortissants de pays tiers et personnes apatrides concernés. L. 28.11.06

(3) Sont exclus des points a) et c) du paragraphe (1) qui précède les fonctionnaires, les employés de l'État et les stagiaires-fonctionnaires conformément à l'article 1er de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État ainsi que les personnes susceptibles d'accéder à l'un des statuts ou régimes prédéfinis pour autant que ces personnes soient visées dans leurs relations avec l'autorité publique qui les engage, prise en sa qualité d'employeur.

Art. 3. Les versements de toute nature effectués par les régimes publics ou assimilés, y compris les régimes publics de sécurité sociale ou de protection sociale ne tombent pas sous le champ d'application de la présente loi en ce qu'elle interdit toute discrimination fondée sur des critères autres que la race ou l'ethnie.

[...]

---

1) Mém. A 70 du 26.5.08, p. 968

Loi du 19 décembre 2008 ayant pour objet la coopération interadministrative et judiciaire et le renforcement des moyens de l'Administration des contributions directes, de l'Administration de l'enregistrement et des domaines et de l'Administration des douanes et accises

et portant modification de

– la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée;

– la loi générale des impôts («Abgabenordnung»);

– la loi modifiée du 17 avril 1964 portant réorganisation de l'Administration des contributions directes;

– la loi modifiée du 20 mars 1970 portant réorganisation de l'Administration de l'enregistrement et des domaines;

– la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes et des cotisations d'assurance sociale.

[...]

Chapitre III – **Coopération entre l'Administration des contributions directes, l'Administration de l'enregistrement et des domaines, l'Administration des douanes et accises, le ministère des Transports, le STATEC, l'Inspection générale de la sécurité sociale, le Centre commun de la sécurité sociale, l'Inspection du travail et des mines ainsi que d'autres établissements publics**

Art. 7. L'Inspection générale de la sécurité sociale ou le STATEC, d'une part, et l'Administration des contributions directes ou l'Administration de l'enregistrement et des domaines, d'autre part, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

Art. 8. En vue d'apprécier l'opportunité d'une assignation en faillite, le Centre commun de la sécurité sociale, l'Administration des contributions directes et l'Administration de l'enregistrement et des domaines échangent, à l'aide de procédés automatisés ou non, des informations relatives aux arriérés respectifs concernant les commerçants et sociétés commerciales dont la situation financière est compromise au moins envers l'une de ces administrations. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

Art. 9. En vue du recouvrement des impôts, droits, taxes, loyers et cotisations dont la perception leur est attribuée, le Centre commun de la sécurité sociale transmet sur demande à l'Administration des contributions directes et à l'Administration de l'enregistrement et des domaines les nom, prénom, adresse, matricule de l'employeur du débiteur des créances respectives ou de l'organisme débiteur de sa pension ou de sa rente.

Art. 10. En vue de l'établissement correct des impôts directs relatifs à des revenus provenant de l'exercice d'une profession agricole, libérale, industrielle, artisanale ou commerciale, le Centre commun de la sécurité sociale transmet par voie informatique à l'Administration des contributions directes le relevé des travailleurs indépendants affiliés avec leurs nom, prénom, adresse, matricule, genre et lieu d'exercice de l'activité.

Art. 11. (1) Afin de permettre à l'Administration des contributions directes d'émettre les fiches de retenue d'impôt, et en vue de la détermination de la retenue d'impôt sur les traitements et salaires ainsi que sur les pensions et les autres revenus de remplacement, le Centre commun de la sécurité sociale transmet par voie informatique à l'Administration des contributions directes:

- les nom, prénom, état civil, adresse, matricule des salariés et de leur employeur ainsi que le type d'emploi, les dates de début et de fin d'emploi, le lieu de travail et le montant de la rémunération brute;
- les nom, prénom, état civil, adresse et matricule des pensionnés ainsi que le type de pension, les dates de début et de fin de la pension, le montant de la pension brute et le matricule de l'organisme débiteur.

(2) L'Administration des contributions directes transmet par voie informatique au Centre commun de la sécurité sociale les données suivantes à des fins d'exploitation statistique: le matricule du salarié, le matricule de l'employeur, les dates de début et de fin du lieu de travail, le lieu de travail ainsi que le type du lieu de travail.

(3) L'interconnexion de données se fait sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

Art. 12. En vue de l'émission et de la détermination de la nature de l'impôt par l'Administration des contributions directes, la Caisse pour l'avenir des enfants transmet par voie informatique à l'Administration des contributions directes les nom, prénom, adresse, matricule des enfants et allocataires, type d'études, revenus touchés en cas de stage et la date présumée de la fin de l'allocation.

L'interconnexion de données se fait sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

Art. 13. En vue de l'émission des fiches de retenue d'impôt, et en vue de la détermination de la retenue d'impôt à opérer sur le forfait d'éducation, le Fonds national de solidarité transmet par voie informatique à l'Administration des contributions directes les données des bénéficiaires suivantes: nom, prénom, état civil, adresse, matricule, classe d'impôt, taux de retenue, date du début et montant du forfait d'éducation.

L'interconnexion de données se fait sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

[...]

Loi du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle, 2) à la promotion de la création artistique

NOTE: Sont reproduits dans la présente rubrique les articles comportant les dispositions ayant trait à la sécurité sociale. Pour le texte intégral il est renvoyé au Mémorial A 254 du 19 décembre 2014, page 4832.

[...]

Chapitre II. - **Mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle**

L. 19.12.14

Article 5. [1)] Aides en faveur des artistes professionnels indépendants

(1) Les artistes professionnels indépendants au sens de la présente loi, sur demande écrite adressée au ministre, sont admis au bénéfice des aides à caractère social en faveur des artistes professionnels indépendants à condition:

1. de remplir la condition prévue à l'article 1er paragraphe 3;
2. de répondre aux critères de la définition prévue à l'article 2 depuis au moins trois ans précédant immédiatement la demande;
3. que leur activité artistique ait généré un revenu d'au moins quatre fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs non qualifiés au cours de l'année précédant immédiatement la demande;
4. de ne pas être admis au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire prévue à l'article 6;
5. de ne pas toucher un revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère;
6. de ne pas exercer une activité principale régie par la loi modifiée du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales et les règlements y relatifs.

La période minimale de trois ans précédant immédiatement la demande telle que prévue au point 2 ci-dessus est ramenée à douze mois pour les personnes qui peuvent se prévaloir d'un diplôme de niveau universitaire sanctionnant un cycle complet d'au moins trois années, délivré à la suite d'études spécialisées dans une des disciplines visées par la présente loi et inscrit au registre des diplômes prévu par la loi du 17 juin 1963 ayant pour objet de protéger les titres d'enseignement supérieur. Ces personnes sont dispensées de la condition de revenu artistique annuel minimal précitée au point 3 ci-dessus.

(2) L'admission au bénéfice des aides à caractère social en faveur des artistes professionnels indépendants est décidée par le ministre, sur avis de la commission consultative instituée par la présente loi, pour une période renouvelable de vingt-quatre mois.

Après chaque terme, elle pourra être renouvelée sur demande écrite adressée au ministre. Sur avis de la commission consultative, le ministre renouvelle l'admission au bénéfice des aides à caractère social aux personnes qui remplissent les conditions 1 à 6 prévues au paragraphe 1 depuis leur admission au bénéfice des aides à caractère social, respectivement depuis le renouvellement de cette admission.

Les décisions relatives à l'admission au bénéfice des aides à caractère social doivent parvenir au requérant dans un délai de trois mois qui suit la réception de la demande dûment complétée par l'ensemble des pièces requises.

(3) Pour les artistes professionnels indépendants admis au bénéfice des aides à caractère social conformément aux paragraphes 1er et 2 et dont les ressources mensuelles n'atteignent pas le salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés, le Fonds social culturel intervient mensuellement, et ce sur demande, pour parfaire le salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés sans que cette intervention mensuelle ne puisse dépasser la moitié dudit salaire.

Pour la détermination des ressources mensuelles de l'artiste sont pris en compte ses propres revenus bruts, professionnels ou non.

Pour les artistes professionnels indépendants admis au bénéfice des aides à caractère social, le Fonds social culturel peut intervenir sur demande au-delà de ce qui est prévu par le présent paragraphe, ceci à hauteur maximum du salaire social minimum pour personnes qualifiées et ce : L 3.4.20,10,1° [1) 2)]

1. pendant une période au cours de laquelle a lieu un événement imprévisible dont l'impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la présente loi a été constaté par règlement grand-ducal ;
2. lorsque l'artiste professionnel indépendant établit qu'il rencontre des difficultés temporaires à effectuer ses prestations artistiques pendant la période déterminée par règlement grand-ducal ;
3. s'il existe un lien de causalité direct entre l'événement imprévisible et les difficultés à effectuer ses prestations artistiques.

Pour être admise au bénéfice des aides à caractère social, l'activité artistique doit, par dérogation à l'article 5, paragraphe 1er, point 3, avoir généré un revenu d'au moins quatre fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs non qualifiés au cours de l'année

---

1) ***R. modifié 3.4.20,1er :*** *La crise sanitaire liée à la propagation du virus Covid-19 a un impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique qui s'étend sur une période du 1er mai 2021 au 30 juin 2021. (JO, Mém. A 340 du 4 mai 2021)*

2) *Entrée en vigueur: 1.1.2020*

immédiatement précédant la demande, réduit d'un montant de 714 euros pour chaque mois pendant la période déterminée par règlement grand-ducal.

Par événement imprévisible, il y a lieu d'entendre toute circonstance exceptionnelle ou tout ensemble de circonstances exceptionnelles, d'envergure nationale ou internationale.

Aucune aide au titre de la présente loi ne peut être perçue pour les mois pendant lesquels l'artiste professionnel indépendant: L. 19.12.14

- exerce une activité professionnelle secondaire non artistique qui génère un revenu supérieur à la moitié du salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés ou
- est admis au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire prévue à l'article 6 ou
- touche un revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère.

Les modalités relatives à la demande en obtention des aides sociales sont déterminées par règlement grand-ducal.[1)]

Art. 6. Aides en cas d'inactivité des intermittents du spectacle L.19.12.14

(1) Le bénéfice d'une indemnisation en cas d'inactivité involontaire est accordé aux intermittents du spectacle au sens des articles 1er et 3 de la présente loi, à condition:

1. qu'ils justifient d'une période d'activités comptant quatre-vingt jours au moins et pendant lesquels une activité a été exercée soit pour le compte d'une entreprise ou de tout autre organisateur de spectacle, soit dans le cadre d'une production cinématographique, audiovisuelle, théâtrale ou musicale, ceci endéans la période de 365 jours de calendrier précédant la demande d'ouverture des droits en indemnisation;
2. que cette activité ait généré un revenu au moins égal à quatre fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs non qualifiés au cours de l'année précédant immédiatement la demande;
3. que cette activité ait donné lieu à affiliation auprès d'un régime d'assurance pension;
4. qu'ils remplissent la condition prévue à l'article 1er, paragraphe 3;
5. qu'ils ne soient pas admis au bénéfice des aides en faveur des artistes professionnels indépendants;
6. qu'ils ne soient pas admis au bénéfice de l'indemnité de chômage prévue par le titre II du livre V du Code du travail;
7. qu'ils ne soient pas admis au bénéfice du revenu minimum garanti prévu dans la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

(2) Les décisions en rapport avec l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire sont prises par le ministre sur avis de la commission consultative. Les décisions en cause doivent parvenir au requérant dans un délai de trois mois qui suit la réception de la demande d'ouverture des droits en indemnisation dûment complétée par l'ensemble des pièces requises.

(3) En cas d'admission au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire, l'intermittent du spectacle a droit à une indemnité journalière qui correspond à la fraction journalière du salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés. Il peut toucher cette indemnité à partir du jour de l'introduction de sa demande d'ouverture des droits en indemnisation, ceci sous réserve des conditions du paragraphe 1er, 1er point.

(4) L'admission au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire permet à l'intermittent du spectacle de toucher 121 indemnités journalières au maximum pendant une période de 365 jours de calendrier à compter du jour de l'introduction de sa demande d'ouverture des droits en indemnisation.

L'intermittent du spectacle admis au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire peut toucher jusqu'à vingt indemnités journalières par mois supplémentaires en cas d'inactivité involontaire par rapport aux 121 indemnités journalières prévues à l'alinéa 1er, et ce : L.3.4.20,10,2° [2)] [3)]

1. pendant une période au cours de laquelle a lieu un événement imprévisible au sens de l'article 5, paragraphe 3, alinéa 5, dont l'impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la présente loi a été constaté par règlement grand-ducal ;
2. lorsque l'intermittent du spectacle établit qu'il rencontre des difficultés temporaires à offrir ses services tels que prévus par l'article 3 de la présente loi pendant la période déterminée par règlement grand-ducal ; et
3. s'il existe un lien de causalité direct entre l'événement imprévisible et les difficultés à effectuer ses services.

---

1) A voir règlement grand-ducal du 2 septembre 2015 fixant le contenu du dossier à joindre à la demande d'admission au bénéfice des aides à caractère social en faveur des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle (Mém. A 187 du 30 septembre 2015, p. 4442).

2) Entrée en vigueur: 1er janvier 2020

*3) **R. modifié 3.4.20,1er :** La crise sanitaire liée à la propagation du virus Covid-19 a un impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique qui s'étend sur une période du 1er janvier 2021 au 28 février 2021. (JO, Mém. A 1102 du 30 décembre 2020)*

Pour être admis au bénéfice des aides à caractère social, l'intermittent du spectacle doit, par dérogation à l'article 6, paragraphe 1er, point 1, justifier d'une période comptant quatre-vingt jours au moins, réduite de 7 jours pour chaque mois pendant la période déterminée par règlement grand-ducal, ceci endéans la période de 365 jours de calendrier précédant la demande d'ouverture des droits en indemnisation.

Par événement imprévisible, il y a lieu d'entendre toute circonstance exceptionnelle ou tout ensemble de circonstances exceptionnelles, d'envergure nationale ou internationale.

Une indemnité journalière n'est pas due: L.19.12.14

- pour les jours où une activité professionnelle est exercée;
- pour les jours pendant lesquels l'intermittent du spectacle n'est pas affilié auprès d'un régime d'assurance pension;
- pour les jours pendant lesquels l'intermittent du spectacle touche un revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère.

Les modalités relatives à la déclaration des jours d'inactivité involontaire ainsi que celles relatives au calcul et au versement subséquents sont déterminées par règlement grand-ducal.

(5) Les dépenses résultant de l'application du présent article sont à charge du Fonds social culturel.

Art. 7. Carnet d'intermittent du spectacle

Les jours d'activités de l'intermittent du spectacle sont consignés dans un carnet de travail. Les modalités de délivrance et de tenue du carnet de travail sont fixées par règlement grand-ducal.

Art. 8. Suspension de la période d'activités des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle

Lorsqu'une période à laquelle il est fait référence à l'article 5, paragraphe 1er, points 2 et 3, et à l'article 6, paragraphe 1er, points 1 et 2, comprend des périodes d'incapacité de travail couvertes par un congé de maladie d'au moins un mois, un congé de maternité, un congé d'accueil ou un congé parental, ou une période au cours de laquelle a lieu un événement imprévisible au sens de l'article 5, paragraphe 3, alinéa 5, dont l'impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la présente loi a été constaté par règlement grand-ducal, la prédite période est suspendue, si nécessaire, pour une période d'une durée égale à celle de l'incapacité de travail ou celle fixée par règlement grand-ducal. L.3.4.20,10,3° [1] [2]

Par événement imprévisible, il y a lieu d'entendre toute circonstance exceptionnelle ou tout ensemble de circonstances exceptionnelles, d'envergure nationale ou internationale.

[...]

Chapitre V. - **Dispositions budgétaires** L. 19.12.14

Art. 14. Fonds social culturel

Le Fonds social culturel est alimenté annuellement par une dotation de l'État et géré selon les règles fixées au chapitre 15 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

Ce fonds prend en charge les mesures sociales prévues par la présente loi au profit des artistes professionnels indépendants tels que définis à l'article 2 de la présente loi et des intermittents du spectacle tels que définis à l'article 3 de la présente loi.

Le Fonds social culturel reprend l'avoir et les obligations du fonds spécial de même nom créé par la loi modifiée du 30 juillet 1999 concernant a) le statut de l'artiste professionnel indépendant et l'intermittent du spectacle b) la promotion de la création artistique.

Chapitre VI. - **Dispositions finales**

Art. 15. Disposition abrogatoire

La loi modifiée du 30 juillet 1999 concernant a) le statut de l'artiste professionnel indépendant et l'intermittent du spectacle b) la promotion de la création artistique est abrogée.

Art. 16. Dispositions transitoires

Les personnes reconnues comme artistes professionnels indépendants au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi gardent le bénéfice des anciennes dispositions pendant les 24 mois qui suivent le jour de cette reconnaissance. Après l'épuisement de ce terme la reconnaissance du statut d'artiste professionnel indépendant devient caduque et la personne peut demander d'être admise au bénéfice des aides à caractère social tel que prévu à l'article 5 de la présente loi.

---

1) Entrée en vigueur: 1er janvier 2020.

*2) **R. modifié 3.4.20,1er :** La crise sanitaire liée à la propagation du virus Covid-19 a un impact dommageable sur les activités tombant sous le champ d'application de la loi modifiée du 19 décembre 2014 relative 1) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle 2) à la promotion de la création artistique qui s'étend sur une période du 1er mai 2021 au 30 juin 2021. (JO, Mém. A 340 du 4 mai 2021)*

Les personnes admises au bénéfice de l'indemnité pour intermittents du spectacle au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi, gardent ce bénéfice jusqu'à l'épuisement de leurs droits. Une fois ces droits épuisés, elles peuvent sans délai être admises à l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire telle que prévue par la présente loi.

[...]

Loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales

NOTE: Sont reproduits dans la présente rubrique les articles comportant des dispositions ayant trait à la sécurité sociale.

[...]

TITRE II - **Amélioration de la compétitivité du secteur agricole et renforcement de la viabilité des exploitations agricoles** L. 27.6.16

[...]

B. Investissements réalisés par les exploitants agricoles qui ne remplissent pas les critères de l'article 3 et les exploitants agricoles à titre accessoire

[...]

Chapitre 24 - **Dispositions sociales**

Art. 55. Les cotisations d'assurance maladie des personnes visées à l'article 1er, sous 4) et 5) du Code de la sécurité sociale, remplissant les conditions prévues à l'article 2, paragraphe 3, points 2 et 3 sont prises en charge par l'État jusqu'à concurrence de trois quarts de la cotisation à charge des assurés calculée sur base du salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Art. 56. (1) L'État intervient dans le paiement des cotisations d'assurance pension à charge des assurés visés à l'article 171, sous 2) et 6) du Code de la sécurité sociale, remplissant les conditions prévues à l'article 2, paragraphe 3, points 2 et 3 jusqu'à concurrence d'un quart de la cotisation calculée sur base de l'assiette cotisable minimum prévue à l'article 241, alinéa 2 du même code.

(2) Pour les assurés visés au paragraphe 1er dont les revenus professionnels déterminés conformément aux articles 241 et 243 du Code de la sécurité sociale n'atteignent pas l'assiette cotisable minimum, l'État intervient en outre pour parfaire le minimum, sans que l'intervention puisse dépasser la moitié de la cotisation calculée sur base dudit minimum.

Art. 57[1)]**.** Les personnes visées à l'article 85, alinéa 1er, sous 7) et 8) du Code de la sécurité sociale, remplissant les conditions prévues à l'article 2, paragraphe 3, points 2 et 3 qui ont droit à une rente accident partielle du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, peuvent opter pour le mode de détermination forfaitaire de cette rente, à condition qu'elles justifient d'un taux d'incapacité permanente de 20 pour cent au moins au sens de l'article 119 du Code de la sécurité sociale du chef de cet accident. L'État prend en charge la rente partielle annuelle qui équivaut au produit résultant de la multiplication du taux d'incapacité permanente par le montant de 1.034 euros au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et pour l'année de base prévue à l'article 220 du Code de la sécurité sociale. L'option est irrévocable et exclut tout recours ultérieur au mode de détermination prévu à l'article 108 du Code de la sécurité sociale.

[...]

1) ***L. 17.12.10,3:***
Les rentes accident servies par l'Association d'assurance accident du chef d'accidents survenus ou de maladies professionnelles déclarées avant le 1er janvier 2011 et calculées d'après l'article 161 ancien du Code de la sécurité sociale sont majorées de cent pour cent, si l'incapacité de travail du bénéficiaire du chef d'un ou de plusieurs accidents ou maladies professionnelles atteint vingt pour cent au moins ou s'il s'agit de rentes accident de survie.

RÈGLEMENTS

LIVRE Ier
ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

Vu l'article 69 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre I - Désignation du médiateur

R. 21.6.93

Art. 1er. Tous les cinq ans et pour la première fois au 15 juillet 1993, les parties à chacune des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale adressent au directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale une liste comprenant six personnes ayant accepté la mission de médiateur et présentant des garanties d'honorabilité, de compétence, d'indépendance et d'impartialité. R. 24.7.11

A défaut de présentation d'une liste, en cas de présentation d'une liste incomplète ou si les conditions d'honorabilité, de compétence, d'indépendance et d'impartialité ne sont pas remplies, le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale demande au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale d'établir ou de compléter la liste endéans un mois.

Art. 2. Aux échéances prévues dans la loi, le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué convoque les parties à la convention à jour et à heure fixes pour leur demander s'ils ont pu s'entendre sur la personne d'un médiateur. Si tel n'est pas le cas, il procède de suite au tirage au sort du nom d'un des médiateurs figurant sur la liste établie conformément à l'article 1er. R. 21.6.93

Les personnes ayant accepté de figurer sur la liste de médiateurs ne peuvent refuser une mission de médiation sauf pour motifs graves à apprécier par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué; dans ce cas il est procédé à un nouveau tirage au sort.

Aux fins de l'application de l'alinéa 1er du présent article, la partie signataire en cause notifie copie du préavis de dénonciation totale ou partielle de la convention à l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé notifie copie de la convocation de négociation sur l'élaboration d'une nouvelle convention ou sur les dispositions conventionnelles obligatoires à l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 24.7.11

Chapitre II - Procédure de médiation

Art. 3. Les parties sont convoquées par les soins du secrétariat administratif aux jour et heure ainsi qu'à l'endroit fixés par le médiateur. R. 21.6.93

Elles comparaissent en personne ou par fondé de procuration.

Elles exposent au médiateur leur position sur les points litigieux. Le médiateur peut demander aux parties d'étayer celle-ci dans une note écrite dans un délai qu'il leur fixe.

Le médiateur peut ordonner toute mesure d'instruction qu'il juge nécessaire et s'adjoindre à cet effet des experts, qu'il désigne.

Après avoir entendu les parties et procédé aux mesures d'instruction nécessaires, le médiateur soumet ses propositions de médiation aux parties.

Il peut leur accorder un délai pour prendre position sur cette proposition.

Il peut, s'il le juge opportun, reformuler ses propositions initiales.

Art. 4. Si les parties acceptent la proposition de médiation, elles signent la convention ou l'avenant tenant compte des solutions proposées par le médiateur.

Si les parties ne peuvent pas accepter la proposition du médiateur dans le délai imparti à celui-ci par la loi, le médiateur dresse un procès-verbal de non conciliation reprenant les positions des parties au litige, les renseignements ou expertises recueillis ainsi que ses propres propositions.

Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au greffe du Conseil supérieur de la sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige. Pour la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale le procès-verbal de non-conciliation est transmis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ainsi qu'aux parties au litige. R. 24.7.11

Chapitre III - Dispositions diverses

Art. 5. Les honoraires du médiateur sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque médiation la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué au médiateur pour chaque vacation d'une heure une indemnité de treize euros et quatre-vingt-neuf cents au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage du médiateur sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents au nombre

100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Le secrétaire administratif touche pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros.

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

Vu l'article 57 du Code des assurances sociales;

Art. 1er. Lorsque les élections pour la désignation des membres des chambres professionnelles, des délégations du personnel et/ou des délégations des caisses de maladie ont lieu au cours d'une période de six mois, toute organisation professionnelle, tout syndicat ou groupe de salariés qui envisage de présenter une liste de candidats pour une ou plusieurs de ces élections peut solliciter l'attribution d'un numéro d'ordre unique en adressant une requête au premier ministre dans le délai de vingt jours après la publication de la date de la première de ces élections. La requête indique la dénomination choisie pour la ou les listes de candidats. R. 13.7.93

Art. 2. Les organisations des salariés, représentatives sur le plan national pour le secteur public ou privé, obtiennent l'attribution d'un numéro d'ordre par un premier tirage au sort. Un deuxième tirage au sort a lieu entre les autres organisations professionnelles, syndicats ou groupes de salariés ayant présenté une requête. Le premier ministre ou son délégué procède aux deux tirages au sort en présence d'un représentant de chacune de ces organisations, en commençant le second tirage par le numéro d'ordre qui suit immédiatement le dernier numéro attribué lors du premier tirage.

L'attribution d'un numéro d'ordre conformément aux dispositions de l'alinéa qui précède n'est pas susceptible d'un recours selon les règles du contentieux électoral.

Art. 3. Le premier ministre communique aux ministres concernés et au juge de paix directeur de Luxembourg les numéros d'ordre attribués par lui en application des articles qui précèdent.

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

Vu l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Sur les médicaments pris en charge par l'assurance maladie en vertu du livre I du Code de la sécurité sociale, les pharmaciens accordent à la Caisse nationale de santé un abattement de cinq pour cent par rapport aux prix de vente officiels après déduction de la taxe sur la valeur ajoutée. R. 23.12.93

Art. 2. Les médicaments inscrits dans la liste positive que l'autorisation de mise sur le marché définit comme orphelins sont exempts de l'abattement visé à l'article 1er. R. 1.12.11

Art. 3. L'abattement est réduit de 5 à 1,40 [1] pour cent pour cent sur les médicaments, à condition que le pharmacien communique à la Caisse nationale de santé sur support informatique l'identification de la personne protégée, du prescripteur, de l'ordonnance ainsi que du médicament, conformément aux dispositions prévues par la convention conclue en vertu de l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. R. 26.5.00 R. 1.12.11

Art. 4. La convention à conclure entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel des pharmaciens conformément à l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale détermine les formalités administratives à remplir par les pharmaciens pour permettre le calcul de l'abattement et les modalités de paiement de celui-ci. R. 23.12.93

La même convention règle aussi la périodicité et les autres modalités de la communication informatique prévue à l'article qui précède, y compris la spécification des données y visées.

Art. 5. Peuvent être dispensés sur leur demande du paiement de l'abattement pendant les vingt-quatre premiers mois d'exploitation, les pharmaciens bénéficiant d'une première autorisation d'exploitation d'une pharmacie nouvellement créée, ainsi que tout pharmacien justifiant au moyen d'un certificat établi par l'administration de l'enregistrement et des R. 1.12.11

1) *Par R. 19.4.12 les termes « 1,40 » ont été remplacés par les termes « 0,25 ». (Mém. A 82 du 30 avril 2012, p. 930)*

domaines que le chiffre d'affaires annuel global sur les médicaments est inférieur à cinq cent mille euros.

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

R. 24.12.93

Vu l'article XXI, 3) quatrième alinéa de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé;

Art. 1er. L'assurance maladie prend en charge pour chaque hôpital le déficit net résultant des comptes de profits et pertes des exercices 1993 et 1994 établis d'après le règlement grand-ducal du 28 février 1994[1] fixant un schéma de présentation uniforme des comptes annuels des hôpitaux, approuvés par la personne ou l'instance chargée du contrôle des comptes des hôpitaux. Pour le centre hospitalier de Luxembourg est pris en compte le déficit net résultant de l'activité hospitalière.

R. 2.5.96

Aux fins de l'application de l'alinéa 1 du présent article ne sont pas pris en considération parmi les recettes:

a) les remboursements exceptionnels de la Caisse nationale de santé en vertu des avenants 49 et 50 à la convention collective du 31 décembre 1974 réglant les rapports entre l'entente des hôpitaux luxembourgeois, d'une part, et le comité central de la Caisse nationale de santé, d'autre part;

b) les reprises sur provisions;

c) les subventions sur intérêts se rapportant aux exercices 1993 et 1994 ayant pour objet la réduction de l'endettement des hôpitaux relevant des congrégations;

d) le rattrapage en 1993 et 1994 de l'amortissement de subventions d'investissement se rapportant à des amortissements antérieurs à 1993.

e) Ne sont pas considérés parmi les dépenses:

f) les loyers versés au propriétaire de l'hôpital, ces loyers étant remplacés par les frais d'amortissement correspondant aux biens loués;

g) les dotations aux provisions.

Les déficits correspondant à l'exercice 1993 et à l'exercice 1994 sont imputés sur les budgets hospitaliers respectivement pour l'exercice 1996 et pour l'exercice 1997 à titre de frais fixes. Au cas où le déficit de l'exercice 1994 dépasse celui de 1993, la moitié du déficit cumulé des deux exercices est imputée sur chaque budget.

Art. 2. L'assurance maladie verse à partir de l'exercice 1993 aux hôpitaux relevant des congrégations pour le compte de celles-ci des pensions complémentaires au titre des personnes exerçant ou ayant exercé dans les hôpitaux luxembourgeois une activité définie à l'article 71, alinéa 1 sous 4 du Code de la sécurité sociale.

Ces pensions complémentaires correspondent à la différence entre la pension minimum prévue à l'article 223 du Code de la sécurité sociale après quarante années d'assurance au titre des articles 171 à 174 du même code et la pension revenant à ces personnes en vertu d'un régime de pension légal luxembourgeois ou étranger.

Le montant annuel à verser aux hôpitaux est déterminé forfaitairement en multipliant par douze le montant du complément calculé pour le mois de janvier pour l'ensemble des pensionnés présents au 1er janvier de chaque exercice. Ce montant est versé par douzièmes ensemble avec la mensualité des frais fixes. Les montants annuels correspondant à 1993, 1994 et 1995 sont versés dans un délai de trois mois à partir de la mise en vigueur du présent règlement grand-ducal.

En contrepartie, les congrégations restituent à l'hôpital, le cas échéant, le montant du loyer dépassant les frais d'amortissements des biens loués et mettent à la disposition de l'hôpital avec effet au 1er janvier 1995 un prêt sans intérêts et non exigible pendant la durée de l'exploitation de l'hôpital. Ce prêt correspond à la différence entre, d'une part, la dette totale de l'hôpital envers la congrégation et, d'autre part, le montant des actifs amortissables déduction faite des subsides publics d'investissement, telle qu'elle résulte du bilan de fin d'exercice au 31 décembre 1994. Le solde de la dette est transformé en un prêt à taux d'intérêt et à échéance de remboursement définis pour autant que ce montant soit couvert par des actifs nets amortissables.

Aux fins de l'application du présent article, les congrégations organisées sous la forme d'une société commerciale sont considérées comme congrégations.

Art. 3. L'assurance maladie verse à partir de l'exercice 1995 aux hôpitaux privés à but lucratif, ne tombant pas sous l'application de l'article 2 du présent règlement, l'amortissement correspondant à la valeur actualisée des constructions et installations pendant la durée de l'exploitation de ceux-ci. Le montant annuel de l'amortissement est calculé à raison de quatre

---

1) Voir Mém. A 19 du 14.3.1994, p. 328.

pour cent sur base de la valeur à neuf desdites constructions et à raison de dix pour cent sur base de la valeur actualisée des installations. Par valeur actualisée on entend la valeur à neuf des constructions et installations déduction faite d'un abattement pour vétusté.

Le montant correspondant à l'amortissement est versé par douzièmes ensemble avec la mensualité des frais fixes. Le montant correspondant à l'exercice 1995 est versé dans un délai de trois mois à partir de la mise en vigueur du présent règlement.

Art. 4. Les créances des hôpitaux, déterminées conformément aux dispositions du présent règlement sont exemptes d'intérêts de retard pour les périodes courues avant la date de la constatation définitive du montant de la créance et avant les échéances de paiement prévues dans le présent règlement.

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

Vu les articles 20. (2), 27 et 29 de la loi du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'Armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisation internationales;

Art. 16. Les volontaires bénéficient: R. 12.6.98

1. [...]
2. [...]
3. [...]
4. [...]
5. De la gratuité médicale, médico-dentaire et pharmaceutique dans la mesure du nécessaire et suffisant pour autant que le traitement médical et médico-dentaire est assuré par le service médical de l'armée. En contrepartie, le volontaire est tenu de se conformer aux dispositions ci-après:

a) En cas de maladie ou d'accident, le volontaire doit obligatoirement contacter d'abord un des médecins militaires.

   Exception de la procédure qui précède n'est faite qu'en cas d'absence des médecins militaires ou en cas d'urgence. Dans ces deux conditions, le volontaire peut consulter d'abord un médecin ou un (médecin)-dentiste civils.

   Le service médical de l'armée est à informer au plus tard le premier jour ouvrable qui suit.

b) En cas d'incapacité de travail prescrite par un médecin ou un (médecin-)dentiste civils, le traitement médical sera assuré par le service médical de l'armée à l'infirmerie du Centre Militaire.

   Toutefois, les frais résultant d'actes médicaux ou médico-dentaires prescrits par les médecins ou (médecins) dentistes civils sont à charge des organisations de la sécurité sociale. De même, dans l'hypothèse précitée, la participation statutaire éventuelle est à charge du volontaire.

c) En tout cas de figure, ce sont uniquement les médecins militaires et le (médecin-)dentiste de l'armée qui peuvent autoriser un traitement médical au domicile du volontaire malade ou blessé.

   Des congés extraordinaires sans solde peuvent être accordés aux volontaires pour des motifs exceptionnels par le ministre de la Force publique.

La durée de ces congés ne peut dépasser trois mois et ne compte pas comme service actif.

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

Vu les articles 72 et 393 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le président et le vice-président sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. R. 24.7.11

En cas de démission ou de décès du président ou du vice-président, un nouveau président, respectivement un nouveau vice-président, est nommé pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 2. Dans le cadre de l'article 72 du Code de la sécurité sociale, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le Conseil supérieur des professions de santé, le groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes et les autres groupements professionnels, signataires d'une convention visée à l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale leur liste avec les délégués pouvant faire partie de cette commission.

Dans le cadre de l'article 393 du Code de la sécurité sociale, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, composé conformément à l'article 381 du Code de la sécurité sociale, et chaque groupement professionnel, signataire d'une convention visée à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale, communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale leur liste avec les délégués pouvant faire partie de cette commission.

Les listes doivent être renouvelées tous les cinq ans et sont approuvées par arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

En cas de démission ou de décès d'un délégué, un nouveau délégué est inscrit en application de la procédure visée aux alinéas 1 à 3 sur la liste respective pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Si deux ou plusieurs groupements professionnels ont signé une convention avec la Caisse nationale de santé, ils doivent établir leur liste d'un commun accord et la communiquer sous forme d'une lettre collective signée par les mandataires de chacun des groupements.

Art. 3. La Commission de surveillance se réunit, sur convocation du président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Au vu des affaires soumises, le président convoque les quatre délégués désignés suivant les modalités de l'article 72, respectivement de l'article 393, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale.

Hormis le cas d'urgence, la convocation des délégués est faite par écrit, au moins cinq jours avant la réunion. La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion.

Art. 4. En matière d'assurance maladie et d'assurance accident, la Commission de surveillance délibère valablement si au moins deux des délégués, dont un délégué de la liste du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé et un délégué de l'une des deux listes établies pour les affaires mettant en cause le prestataire concerné, sont présents. R. 19.6.13

En matière d'assurance dépendance, la Commission de surveillance délibère valablement si au moins deux des délégués, dont un délégué de la liste du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé et un délégué de la liste du groupement professionnel respectif signataire d'une convention prévue à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale, sont présents.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion. Dans ce cas il convoque, endéans les trois jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu sous l'article 3, alinéa 3. La commission siège alors valablement quel que soit le nombre des délégués présents. R. 24.7.11

Art. 5. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à mettre au vote.

Le président et les quatre délégués disposent chacun d'une voix. Ils votent à main levée. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Le président et les délégués de la Commission de surveillance sont tenus au secret des délibérations.

Art. 6. Pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4, 146, alinéa 2, et 383 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins et la Caisse nationale de santé ou l'Association d'assurance accident pour les entendre en leurs moyens.

Art. 7. Pour les litiges lui déférés par un prestataire de soins ou par un assuré en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale[1)], la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins, l'assuré et la Caisse nationale de santé, respectivement la caisse de maladie compétente pour les entendre en leurs moyens. R. 26.12.12

Art. 8. Si un litige est déféré à la Commission de surveillance après que la prescription conformément à l'article 84 du Code de la sécurité sociale est acquise, le président informe la partie intéressée de la prescription de l'action sans que l'affaire ne soit portée à l'ordre du jour de la commission. R. 25.10.99

Art. 9. La lettre de convocation précise l'objet de la demande et informe les parties du droit de se faire assister ou représenter par une personne mandatée à cet effet. Les parties en cause reçoivent communication de tous les éléments du dossier sur lesquels la Commission de surveillance entend fonder sa décision.

---

1) Par R. 24.7.11 le renvoi à l'article 55, alinéa 4 a été remplacé par un renvoi à l'article 51, alinéa 2.

Art. 10. La Commission de surveillance prend, après l'audition des parties, une décision motivée.

Art. 11. La décision est notifiée aux parties en cause avec indication des voies de recours, de la juridiction à laquelle il doit être adressé et de la forme dans laquelle il doit être présenté.

Art. 12. Dans le cadre de ses attributions prévues aux articles 73 et 393 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins et la partie, qui lui a soumis l'affaire pour les entendre en leurs moyens. R. 24.7.11

La lettre de convocation précise l'objet de l'instruction et informe le prestataire de soins du droit de se faire assister ou représenter par une personne mandatée à cet effet.

Le prestataire de soins reçoit communication de tous les éléments du dossier ou est informé du lieu, de la date et de l'heure où il peut prendre connaissance du dossier. R. 25.10.99

Art. 13. Après avoir entendu le prestataire de soins et, le cas échéant, la partie qui lui a soumis l'affaire, la Commission de surveillance peut recueillir tous éléments d'information auprès du Centre commun de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance accident, des caisses de maladie et du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elle peut déléguer ce pouvoir d'investigation à son président ou à son vice-président. Elle dresse un procès-verbal des informations ainsi réunies. Le prestataire de soins reçoit une copie du procès-verbal. R. 24.7.11

La Commission de surveillance peut ordonner une expertise et demander un avis à la Cellule d'expertise médicale. Elle précise les renseignements qu'elle désire obtenir des experts ainsi que les questions sur lesquelles elle appelle leur attention et dont elle demande la solution. L'expertise est dressée selon les formes contradictoires. Le prestataire de soins reçoit une copie de l'expertise.

La Commission de surveillance peut mettre le prestataire de soins en demeure de produire, dans un délai qu'elle détermine, toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à l'éclairer.

Art. 14. A la clôture de son instruction, la Commission de surveillance peut, préalablement à sa décision de renvoi, décider de recourir à une médiation débouchant, le cas échéant, sur une transaction en vertu des articles 73, alinéa 5 ou 393bis, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. La Commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins. Au cours de cette réunion une transaction peut être conclue. La transaction est rédigée en deux exemplaires et contient notamment la qualité des parties, l'engagement de mettre fin aux pratiques illégales et, le cas échéant, le montant de la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé. La transaction met fin au litige.

Art. 15. La Commission de surveillance prend, après l'examen de l'affaire, une décision motivée de classement de l'affaire ou une décision motivée de renvoi de l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. La décision de classement met fin au litige. La décision est notifiée au prestataire et à la partie, qui a soumis l'affaire à la Commission de surveillance. R. 25.10.99

Art. 16. La Commission de surveillance est assistée d'un secrétaire à nommer pour une durée de cinq ans par un arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. En cas de démission ou de décès du secrétaire, un nouveau secrétaire est nommé pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

Art 17. Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des délégués présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises avec les motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire. Il est communiqué aux parties en cause. R. 24.7.11

Art. 18. Le président ou le vice-président de la Commission de surveillance touche pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Les délégués touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des délégués représentant des professions libérales qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Le secrétaire et les agents de l'État touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros.

Art. 19. Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents (8,25 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public. R. 25.10.99

Art. 20. Le règlement grand-ducal du 22 décembre 1993 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

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

Vu la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie;

Vu l'article 22 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - Définitions

Art. 1er. Aux fins de l'application de l'article 22 du Code de la sécurité sociale[1)] et de la détermination des critères découlant des articles 17 et 23 du même code, on entend par: R. 12.12.02

«autorisation de mise sur le marché» en abrégé «A.M.M.», l'acte visé par l'article 3 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ou celui visé par l'article 3 de la directive 65/65/CEE du 26 janvier 1995 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux médicaments;

«code ATC», le code anatomique, thérapeutique et chimique attribué par le «World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Drug Statistics Methodology»

«demande», la demande introduite auprès de la Caisse nationale de santé par le titulaire en vue d'obtenir l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie;

«fixation d'un prix au public», la décision prise en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale; R. 1.12.11

«médicament de comparaison», le médicament administré par la même voie, figurant dans la liste positive qui, soit: R. 12.12.02

- est composé du ou des mêmes principes actifs,
- présente des principes actifs comparables aux niveaux pharmacologiques et thérapeutiques, en particulier les principes actifs chimiquement apparentés,
- comporte la même visée thérapeutique;

«médicament essentiellement similaire», le médicament ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché en application de l'article 1er, sous 8, a) i) ou iii), du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments;

«médicament homéopathique unitaire», le médicament disposant d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg, obtenu selon la méthode dite Hahnemannienne à partir d'une seule souche homéopathique d'origine végétale, minérale ou chimique, commercialisé sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes et destiné à la voie d'administration orale. R. 21.12.04

«médicament homéopathique unitaire de comparaison», le médicament homéopathique unitaire, figurant dans la liste positive, obtenu à partir de la même souche homéopathique, présenté sous la même forme pharmaceutique, destiné à la même voie d'administration, quel qu'en soit le degré de dilution;

«médicament de référence», le médicament ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché en dehors de l'application de l'article 1er, sous 8, a) i) ou iii), du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments et figurant dans la liste positive; R. 12.12.02

«notice au public», la notice d'information pour l'utilisateur établie conformément aux articles 13, 14 et 15 du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments;

«numéro national», le numéro d'identification attribué par le ministre ayant la Santé dans ses attributions à une présentation d'un médicament lors de l'attribution de l'autorisation de mise sur le marché; R. 1.12.11

«numéro national collectif», le numéro d'identification attribué par la direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments, à des médicaments homéopathiques unitaires obtenus à partir d'une même souche homéopathique; R. 12.12.02

«présentation», l'unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur; R. 1.12.11

---

1) Par R. 1.12.11 le renvoi à l'article 47 a été remplacé par un renvoi à l'article 22.

«présentation d'un médicament homéopathique unitaire», l'emballage d'une contenance déterminée, comprenant un médicament homéopathique unitaire, obtenu à partir de la même souche homéopathique et d'une même forme pharmaceutique; R. 21.12.04

«résumé des caractéristiques du produit en abrégé RCP», les éléments énumérés à l'article 2 du règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments; R. 12.12.02

«titulaire», le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou son représentant dûment mandaté à cet effet;

«voie d'administration», la voie d'administration indiquée dans le résumé des caractéristiques du produit ou, dans le cas des médicaments homéopathiques, la voie d'administration indiquée dans l'autorisation de mise sur le marché. R. 21.12.04

Chapitre 2 - Procédure

Art. 2. Sous peine d'irrecevabilité, une demande doit être introduite par le titulaire moyennant le formulaire défini à l'annexe 1[1)] ou, le cas échéant, à l'annexe 2 [1)] (Médicaments homéopathiques) du présent règlement, dûment rempli et accompagné des documents requis. R. 21.12.04

Art. 3. La demande peut être introduite avant qu'une décision relative à la fixation du prix au public du médicament n'ait été obtenue. R. 12.12.02

Art. 4. Lorsqu'il est constaté qu'une demande est incomplète quant à la forme, le titulaire en est informé par écrit dans les quinze jours de la réception de la demande avec indication des éléments qui font défaut.

Art. 5. Un accusé de réception est envoyé au titulaire dès que sa demande est complète quant à la forme. L'accusé de réception indique que la décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive sera communiquée dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de l'accusé de réception. R. 1.12.11

Art. 6. Lorsqu'il est constaté que les renseignements donnés dans la demande sont insuffisants, le délai visé à l'article 5 est suspendu à partir du jour de la notification au titulaire d'une requête précisant les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Le délai reprend son cours le jour suivant la réception des renseignements complémentaires exigés. La réception de ces renseignements est confirmée par la Caisse nationale de santé moyennant un accusé de réception indiquant le délai dans lequel la décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive doit intervenir. Faute par le titulaire de communiquer à la Caisse nationale de santé les renseignements demandés endéans un délai de cent quatre-vingts jours, la demande est classée sans suite. R. 12.12.02 R. 1.12.11

Art. 7. Lorsqu'une demande contient des erreurs matérielles constatées par le titulaire avant l'octroi de la décision, celles-ci sont corrigées par un remplacement intégral de la feuille afférente du formulaire de demande. La feuille corrigée contient une paraphe apposée par le titulaire, la date ainsi que la mention «remplace la feuille du ..... » avec indication de la date de la demande ayant contenu la feuille à remplacer. R. 12.12.02

Au cas où la correction est notifiée à la Caisse nationale de santé moins de trente jours avant l'échéance du délai communiqué conformément aux articles 5 et 6 et s'il appert que les corrections ont un caractère fondamental au regard des critères à prendre en considération en vue de la décision, le délai est prorogé d'office de trente jours.

Art. 8. (abrogé) R. 1.12.11

Art. 9. (abrogé)

Art. 10. Aucune décision n'est prise à l'égard des présentations que le titulaire déclare ne pas vouloir commercialiser effectivement. R. 12.12.02

Art. 11. La décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive indique notamment le cas échéant: R. 1.12.11

- les présentations visées par la décision ainsi que leur numéro national ou leur numéro national collectif,
- les taux de prise en charge des présentations visées par la décision et les prix au public auxquels ils s'appliquent,
- le code ATC et
- les conditions de prise en charge particulières.

Art. 12. La décision portant inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou excluant un médicament de cette liste prend effet le premier du mois qui suit la date de la décision.

Art. 13. Le titulaire est tenu à assurer la commercialisation effective du médicament et son approvisionnement en continu, sous toutes les présentations qui ont été inscrites sur la liste positive et de prévenir immédiatement la Division de la pharmacie et des médicaments et la Caisse nationale de santé de la non commercialisation d'une ou de plusieurs présentations concernées. R. 12.12.02

Art. 14. Le titulaire est tenu à soumettre préalablement à la Caisse nationale de santé tout texte diffusé notamment au corps médical et aux autres fournisseurs de soins de santé dans lequel il est fait état de la prise en charge par l'assurance maladie au Luxembourg.

---

1) Voir Mémorial A 164 du 31.12.2002, page 3842 et Mémorial A 11 du 28 janvier 2005 p. 126 à 132.

Art. 15. Le titulaire est tenu à signaler à la Caisse nationale de santé, au moyen des pages correspondantes du formulaire de demande, toute modification significative apportée à un des éléments ayant figuré dans une demande antérieure. Cette communication se fait dans un délai d'un mois suivant l'événement à la base de la modification. Si à la suite de cette modification le médicament ne remplit plus les critères ayant été à la base de son intégration dans la liste positive, le médicament est exclu de la liste.

Art. 16. Les présentations d'un médicament sont radiées d'office avec effet immédiat de la liste positive en cas de suspension ou de retrait de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou en cas d'arrêt de la commercialisation d'une présentation. Une nouvelle demande est nécessaire pour une réintégration éventuelle dans la liste positive. R. 1.12.11

Art. 17. (abrogé)

Art. 18. (abrogé)

Chapitre 3 - Application des critères prévus aux articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale

Art. 19. Lorsque la demande concerne un médicament autre que visé par l'article 22, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale pour lequel il existe des médicaments de comparaison et si celui-ci comporte un coût supérieur à celui des médicaments de comparaison, le titulaire doit justifier ce dépassement au moyen d'une étude comparative du point de vue pharmacologique, thérapeutique et économique fondée sur l'état actuel de la science. Dans cette comparaison, il y a lieu de prendre en compte l'indication la plus fréquente, le dosage médicalement le plus approprié et les groupes de patients les plus fréquemment visés. R. 21.12.04

Une telle étude comparative doit être fournie sur demande de la Caisse nationale de santé si celle-ci constate que le coût d'un médicament inscrit sur la liste positive est supérieur à celui des médicaments de comparaison. R. 12.12.02

Lorsque la demande concerne un médicament homéopathique unitaire pour lequel il existe une présentation d'un médicament homéopathique unitaire de comparaison et si celui-ci comporte un coût supérieur à celui du médicament homéopathique unitaire de comparaison, le titulaire doit justifier ce dépassement au moyen d'une justification du point de vue économique. Une telle justification doit être fournie sur demande de la Caisse nationale de santé si celle-ci constate que le coût d'un médicament homéopathique unitaire inscrit sur la liste positive est supérieur à celui des médicaments de comparaison. R. 21.12.04

Art. 20. Lorsque la demande concerne un médicament essentiellement similaire, ce médicament ne peut être inscrit sur la liste positive que si son coût est inférieur ou égal [1] à celui du médicament de référence.

Art. 21. Une présentation ne peut être inscrite sur la liste positive lorsqu'elle ne correspond pas à un usage conforme aux indications figurant dans le résumé des caractéristiques du produit, à l'exception de celle se rapportant aux médicaments homéopathiques unitaires. R. 21.12.04

Chapitre 4 - Entraide administrative

Art. 22. (abrogé) R. 1.12.011

[...]

Chapitre 6 - Dispositions transitoires et finales

Art. 25. Les médicaments qui font l'objet d'un remboursement au 31 décembre 2002 sont dispensés de l'introduction d'une demande au sens du présent règlement et sont inscrits d'office sur la liste positive pour autant qu'ils répondent à la définition de celle-ci, prévue par les statuts. R. 12.12.02

Art. 26. Les demandes introduites avant le 1er janvier 2003 et au sujet desquelles une décision n'a pas encore été prise à cette date, sont instruites sur base de l'ancienne législation.

---

1) Par R. 1.12.11 le terme « inférieur » a été remplacé par les termes « inférieur ou égal ».

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

R. 9.6.06

Vu l'article 44 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Si les assurés exerçant une activité relevant de l'une des caisses de maladie visées à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale exercent par ailleurs une activité relevant de la Caisse nationale de santé, la première reste compétente pour le service des prestations visées à l'article 48 du même Code, sauf option contraire.

R. 16.12.08

En cas d'exercice d'activités relevant de différentes caisses de maladie visées à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale, le service des prestations visées à l'article 48 du même Code est assuré par la caisse de maladie compétente en raison de l'occupation comportant le nombre d'heures le plus élevé.

Art. 2. En cas de cumul de plusieurs pensions du chef d'un même assuré, la compétence de la caisse de maladie est déterminée en fonction de l'organisme de pension compétent pour le paiement de la pension, en vertu de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

En cas de cumul d'une activité avec une pension, la nature de l'activité est prise en considération.

Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs [1)]

Vu les articles 17, alinéa final et 350, paragraphe 6 du Code de la sécurité sociale;

Vu la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Art. 1er. Le droit aux soins palliatifs visé à l'article 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie est ouvert sur déclaration présentée par le médecin traitant sur un formulaire spécial comprenant un volet administratif et un volet médical et formant annexe du présent règlement.

R. 28.4.09

Art. 2. La déclaration est à adresser par le médecin traitant signataire du formulaire au Contrôle médical de la sécurité sociale, sous pli fermé. Lorsqu'une donnée du volet administratif de la déclaration change, le médecin traitant signataire notifie ce changement au Contrôle médical de la sécurité sociale par l'envoi du volet administratif modifié.

Art. 3. La déclaration est validée par le Contrôle médical de la sécurité sociale conformément à l'article 418, alinéa 1, point 13) du Code de la sécurité sociale. Cette validation est inscrite sur le volet administratif du formulaire de déclaration qui est communiqué à la Caisse nationale de santé endéans les trois jours ouvrables de son entrée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

La validation indique la date de l'ouverture du droit aux soins palliatifs, fixée d'après les indications du médecin traitant. La date d'ouverture du droit ne peut être antérieure de plus de cinq jours ouvrables à la date d'entrée de la déclaration auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 4. Le droit aux soins palliatifs expire dans le délai de trente-cinq jours à partir de la date de son ouverture.

---

*1) Dérogé par **R.15.4.20, 2 et 3** :*
Art. 2.
Par dérogation à l'article 17, alinéa 1er, point 13 du Code de la sécurité sociale et au règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs, la déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs est, pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans la cadre de la lutte contre le Covid-19, à adresser directement par le médecin traitant signataire du formulaire à la Caisse nationale de santé. La déclaration est validée par la Caisse nationale de santé endéans deux jours ouvrables de sa réception. La date d'ouverture du droit ne peut être antérieure de plus de cinq jours ouvrables à la date d'entrée de la déclaration auprès de la Caisse nationale de santé. La prorogation du droit aux soins palliatifs est accordée par la Caisse nationale de santé selon les mêmes modalités que pour la période initiale.
Art. 3.
Pendant la durée de l'état de crise telle que fixée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans la cadre de la lutte contre le Covid-19, l'attribution du droit aux soins palliatifs se fait sur base du formulaire intitulé « Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs pendant la durée de l'état de crise fixée par la loi du 24 mars 2020 dans le contexte de la pandémie COVID-19 » et annexé au présent règlement grand-ducal. (JO, Mém. A 285 du 15 avril 2020)

A titre exceptionnel le Contrôle médical de la sécurité sociale peut accorder la prorogation du droit aux soins palliatifs pour une ou plusieurs périodes supplémentaires de trente-cinq jours sur initiative dûment motivée du ou des médecins traitants.

La déclaration médicale de prorogation du droit présentée sur un formulaire spécial, formant annexe du présent règlement, doit entrer au Contrôle médical de la sécurité sociale trois jours ouvrables avant l'expiration du droit en cours.

En cas de prorogation du droit, le Contrôle médical de la sécurité sociale en avertit la Caisse nationale de santé par les moyens convenus avec elle.

Art. 5. La Caisse nationale de santé notifie l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation endéans les trois jours ouvrables de la réception de la validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale au médecin traitant signataire de la déclaration et, si la personne en fin de vie est prise en charge par un des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale, à ces prestataires. La Caisse nationale de santé en informe la personne soignée concernée en lui faisant parvenir une copie du document de notification. Le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs ainsi que toute prorogation est repris sous le volet 1 du carnet de soins prévu par le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie dûment rempli par la Caisse nationale de santé.

Art. 6. Si la déclaration concerne une personne soignée non affiliée à l'assurance maladie et à l'assurance dépendance, la Caisse nationale de santé en informe le ministre ayant la Santé dans ses attributions. La décision du ministre de prendre en charge ces prestations est transmise à la Caisse nationale de santé endéans trois jours ouvrables. La Caisse nationale de santé assure le service de ces prestations, à charge de remboursement par l'État.

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

Vu l'article 1er, alinéa 3 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;

Définition et contenu du carnet de soins

Art. 1er. Le carnet de soins est un outil de liaison, de communication et de coordination. Il contient les informations administratives de base sur la personne soignée en fin de vie, appelée ci-après personne soignée, les coordonnées des intervenants auprès de la personne soignée et consigne les fournitures, actes et services délivrés conformément à l'annexe du présent règlement. R. 28.4.09

Les prestataires de soins conventionnés en vertu des articles 61 à 73 ou des articles 74 à 79 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les prestataires visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale, sont appelés ci-après prestataires.

Le carnet de soins ne remplace pas les ordonnances prévues par les législations de la santé et de la sécurité sociale. Il ne se substitue pas au dossier du patient hospitalier, à la documentation de soins de dépendance, au plan de prise en charge ou à d'autres documents de soins prévus par les différentes législations. Il ne peut se substituer ni aux réunions de concertation, ni aux réunions de coordination.

Mise en place du carnet de soins

Art. 2. La Caisse nationale de santé fait parvenir au médecin traitant ayant introduit la déclaration prévue par le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs le carnet de soins avec le titre de prise en charge qui documente l'ouverture du droit aux soins palliatifs. Le médecin traitant met le carnet de soins à disposition des différents prestataires auprès de la personne soignée.

Inscriptions au carnet de soins

Art. 3. Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant à domicile ou en établissement d'aides et de soins et admise aux soins palliatifs, transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins. Cette transcription se fait conformément à l'annexe du présent règlement.

Chaque prestataire contribuant aux soins d'une personne séjournant en établissement hospitalier et admise aux soins palliatifs transcrit les fournitures, actes et services délivrés dans le carnet de soins qui est annexé transitoirement au dossier hospitalier. Lorsque la personne soignée quitte l'établissement hospitalier vers le secteur ambulatoire, le médecin s'assure de la remise du carnet de soins à la personne soignée, en y joignant le résumé clinique comportant obligatoirement le(s) diagnostic(s) sur l'évolution en cours d'hospitalisation, les résultats d'examens pertinents et le traitement de sortie.

Transfert et conservation du carnet de soins

Art. 4. Le carnet de soins reste constamment à disposition auprès de la personne soignée et l'accompagne vers tous les endroits où elle séjourne. L'accès au carnet de soins doit être garanti à la personne soignée et à tous les prestataires.

Chaque prestataire prend les mesures nécessaires pour déterminer la personne responsable pour la surveillance de la bonne tenue des interventions effectuées sous sa responsabilité.

Lors d'un changement du lieu de séjour de la personne soignée, le médecin traitant en charge de la personne soignée au moment du transfert, s'assure de la continuité de la mise à disposition du carnet de soins aux prestataires intervenant auprès de la personne soignée.

Au décès de la personne soignée, le carnet de soins est remis entre les mains du Directeur de la santé pour archivage. La remise est assurée par le médecin ayant établi le certificat de décès.

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

Vu l'article 65 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En vue de la constitution de la Commission de nomenclature chargée de faire des recommandations circonstanciées permettant aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé d'arrêter conjointement les nomenclatures pour les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels de ces prestataires communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale la liste des membres effectifs et suppléants qu'ils ont désignés pour faire partie de cette commission. Il s'agit des prestataires suivants: R. 30.7.11

1) les médecins;
2) les médecins-dentistes;
3) les professions de la santé;
4) les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;
5) les établissements de cures thérapeutiques;
6) les établissements de rééducation et de réadaptations fonctionnelles;
7) les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;
8) concernant les soins palliatifs, les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale;
9) concernant les actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, les établissements hospitaliers.

Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonction le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel la lettre est parvenue au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, à moins que celle-ci n'indique une autre date.

Le groupement professionnel signataire de la convention pour les médecins indique lesquels de ses représentants sont désignés en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 3) du Code de la sécurité sociale et lesquels sont désignés en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 4) du même code.

Si deux ou plusieurs groupements professionnels ont signé une convention avec la Caisse nationale de santé, ils doivent désigner leurs membres d'un commun accord et les communiquer sous forme d'une lettre collective signée par les mandataires de chacun des groupements. A défaut de groupement professionnel ayant signé la convention ou en cas de refus du ou des groupements de désigner le membre, il est désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Art. 2. La Commission de nomenclature se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Si un membre effectif désire que la commission se réunisse, il doit adresser à cet effet une demande écrite, motivée et documentée au président, qui est alors tenu de convoquer la commission avec l'ordre du jour proposé dans un délai de deux mois.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est envoyée par écrit au domicile du membre effectif et au siège du groupement professionnel concerné au moins cinq jours avant la réunion. Les projets de recommandations et les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.

Sur proposition des membres effectifs de la commission, le président de la Commission de nomenclature peut autoriser des tiers à assister aux réunions.

A moins qu'elle n'ait déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années, le président est obligé de porter dans un délai de trois mois à l'ordre du jour d'une réunion de la commission toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures lui soumise par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale ou un groupement professionnel de prestataires de soins signataire d'une convention avec la Caisse nationale de santé.

Art. 3. La saisine de la Commission de nomenclature se fait par la demande standardisée d'inscription dont la première partie est à remplir par le demandeur en indiquant les éléments suivants:

- l'emplacement de la nomenclature dans lequel l'acte est inscrit, modifié ou supprimé;
- une motivation détaillée justifiant l'inscription, la modification ou la suppression de l'acte;
- une évaluation de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour le dispenser et
- l'implication éventuelle de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte sur la définition, la dispensation ou la tarification d'autres actes dans la même ou dans d'autres nomenclatures.

La Commission de nomenclature juge de la recevabilité de la demande en vérifiant si elle est complète, si elle n'a pas déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années et si son objet n'est pas soumis à une période de révision obligatoire.

Art. 4. Le président de la Commission de nomenclature transmet les demandes recevables à la Cellule d'expertise médicale afin qu'elle révise au besoin la première partie et établisse la deuxième partie de la demande standardisée d'inscription dans les délais lui impartis compte tenu des délais figurant à l'article 8, alinéa 3 en indiquant les éléments suivants dans la mesure où ils peuvent être déterminés pour l'acte en question:

- les lieux de prestation de l'acte;
- les services ou centres de compétence hospitaliers auxquels la dispensation de l'acte est réservée;
- la ou les spécialités médicales à laquelle ou auxquelles l'acte est réservé;
- les normes de compétences spécifiques et d'expérience professionnelle requises pour le dispenser;
- l'appareillage médical nécessaire;
- la nécessité d'une assistance opératoire;
- les règles de cumul;
- la périodicité de prise en charge de l'acte;
- le coefficient de majoration ou de réduction de l'acte;
- une étude de l'impact économique de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte;
- la nomenclature de référence appliquée et
- la période de validation provisoire et le délai de révision obligatoire.

Les nomenclatures de référence sont des classifications des actes basées sur une hiérarchie des actes et services des prestataires de soins établie suivant des critères scientifiques validés.

Sur base des analyses et des propositions de la Cellule d'expertise médicale, la Commission de nomenclature délibère sur la demande d'inscription, de modification ou de suppression d'un ou plusieurs actes.

Le président de la Commission de nomenclature peut demander des études spécifiques à des experts externes ou à la Cellule d'expertise médicale conformément aux missions lui confiées par l'article 65bis du Code de la sécurité sociale.

Art. 5. La Commission de nomenclature délibère valablement si au moins cinq de ses membres sont présents dont au moins un membre désigné en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 1 du Code de la sécurité sociale et un membre désigné en vertu de l'article 65, alinéa 8, point 2 du même code. Lorsqu'elle siège dans la composition prévue à l'article 65, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, ce nombre est porté à six.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'article 2, alinéa 3. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre et la qualité des membres présents.

Art. 6. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le membre effectif désigné à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé visé à l'article 65, alinéa 8, point 1) du Code de la sécurité sociale.

Art. 7. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à soumettre au vote.

Les membres votent à main levée. Le président peut décider de la tenue d'un vote à bulletin secret si une majorité des membres présents le lui demande. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées.

Art. 8. Sont également soumises au vote les recommandations circonstanciées que la commission fait parvenir aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé.

Les recommandations circonstanciées prévoient une période de validation provisoire ne pouvant être inférieure à un an et supérieure à trois ans, ainsi qu'un délai de révision obligatoire ne pouvant être inférieur à quatre ans et supérieur à dix ans.

Le délai entre la date de la saisine de la Commission de nomenclature et le vote sur une recommandation circonstanciée ne peut être supérieur à six mois.

Chaque membre ayant voté contre l'adoption d'une recommandation ou s'étant abstenu lors du vote a le droit de formuler une recommandation séparée qui est jointe à la recommandation principale.

En cas de rejet d'une demande dont la commission a été saisie, la recommandation doit être motivée.

Art. 9. La Commission de nomenclature est assistée d'un secrétaire administratif, désigné par l'arrêté conjoint visé à l'article 65, alinéa 8, point 1) du Code de la sécurité sociale parmi les agents affectés à la Cellule d'expertise médicale. En cas d'indisponibilité du secrétaire administratif, celui-ci est remplacé par un autre agent affecté à la Cellule d'expertise médicale.

Le secrétaire administratif établit pour chaque réunion un rapport indiquant le nom des délégués présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions ou les recommandations prises en évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs et négatifs ainsi que les abstentions.

Le rapport est signé par le président et transmis aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé.

Art. 10. Le président de la Commission de nomenclature touche pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros. Les membres touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres représentant des professions libérales qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cinquante euros.

Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué pour les expertises pour chaque vacation d'une heure de même que pour le rapport une indemnité de huit euros et vingt-cinq cents au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Les frais de voyage des experts sont remboursés d'après les tarifs officiels des moyens de transport en public.

Art. 11. Le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1993 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie est abrogé.

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

Vu l'article 74 du Code de la sécurité sociale; R. 11.8.11

Art. 1er. L'enveloppe budgétaire globale couvre l'ensemble des dépenses des établissements hospitaliers visés à l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale opposables à la Caisse nationale de santé. Elle couvre les frais de personnel, les frais de consommation, les frais pour immeubles et équipements, les frais de gestion, les frais financiers et les frais d'amortissement. Les frais relatifs à des infrastructures et services communs dans la mesure où ces infrastructures et ces services sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers prévisés sont à intégrer dans les types de frais énumérés ci-avant.

L'enveloppe budgétaire globale couvre également tous les autres engagements à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif, sans préjudice des dispositions de l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier, notamment les médicaments et les dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile, sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

Art. 2. Pour l'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, le niveau des activités par entité fonctionnelle détermine la dotation en personnel de soins et les frais de consommation prévisibles. Les dotations en personnel de soins sont calculées conformément à une méthodologie tenant compte de la sécurité du patient et de la qualité des soins établie de commun accord entre la Caisse nationale de santé

et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Les frais de consommation sont fixés par unité d'œuvre.

Les autres frais des entités fonctionnelles, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge par établissement ou sont couverts par forfaits en fonction de la nature des frais et du type de service hospitalier, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

Les coûts relatifs aux centres de frais auxiliaires, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge suivant des forfaits, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Il est distingué entre forfaits administratifs et forfaits logistiques. Les forfaits administratifs sont notamment déterminés en fonction des effectifs des entités fonctionnelles et du nombre d'admissions. Les forfaits logistiques sont notamment fixés en considération de l'infrastructure et de l'activité de l'établissement hospitalier.

Art. 3. La Caisse nationale de santé dresse dans les années paires pour le 15 juillet au plus tard un tableau synthétique des demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1. Les activités sont exprimées en nombres d'unités d'œuvre des entités fonctionnelles des établissements et sont estimées sur base des activités réelles des trois exercices antérieurs.

Art. 4. Afin de permettre l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé doit communiquer à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 15 juin de chaque année les données détaillant la variation effective des activités hospitalières au cours des trois années précédentes.

Art. 5. Sur base de l'enveloppe budgétaire globale fixée par le gouvernement et en tenant compte des engagements découlant de l'article 1er, alinéa 2, la Caisse nationale de santé, après avoir déduit une réserve pour imprévus ne pouvant dépasser deux pour cent du montant de l'enveloppe budgétaire globale, conclut dans les années paires pour le 31 décembre au plus tard avec les établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, les budgets hospitaliers spécifiques pour les deux années à venir.

Art. 6. Dans les cas et suivant les modalités prévus à l'alinéa 1 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale, des rectifications des budgets spécifiques des établissements hospitaliers, qui doivent s'effectuer dans la limite fixée par l'enveloppe budgétaire globale, peuvent être effectuées dans le cadre de la réserve pour imprévus visée à l'article 5 et avant la date limite de l'arrêt des décomptes définitifs prévue à l'alinéa 3 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale.

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

Vu l'article 65bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le Conseil scientifique se compose de huit membres, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale comme suit: R. 26.10.11

1) deux représentants de la Direction de la santé;
2) deux représentants du Contrôle médical de la sécurité sociale;
3) quatre médecins sur proposition du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes.

Les agents affectés ou détachés à la Cellule d'expertise médicale ne peuvent pas être membres du Conseil scientifique.

Si le Conseil scientifique traite de sujets relevant de la médecine dentaire, deux des membres médecins visés à l'alinéa 1, point 3) sont des médecins dentistes.

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

Les membres effectifs du Conseil scientifique désignent par vote secret à la majorité qualifiée et pour une durée de deux ans un président et un vice-président en leur sein.

Art. 2. Le Conseil scientifique peut, dans la limite des disponibilités budgétaires et en étroite collaboration avec la Cellule d'expertise médicale, s'appuyer sur le concours scientifique d'instituts de recherche, dans le cadre de conventions conclues par le Gouvernement, en vue de la recherche des données scientifiques requises et, éventuellement, de la diffusion des recommandations élaborées.

Le Conseil scientifique peut recourir aux services de la Direction de la santé, du Laboratoire national de la santé, du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et de l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui lui fournissent notamment les données statistiques nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Art. 3. Les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale peuvent soumettre au Conseil scientifique des sujets devant utilement faire l'objet d'une recommandation de bonne pratique médicale.

Le Conseil scientifique établit annuellement un programme de travail déterminant les sujets qui feront l'objet d'une recommandation ainsi qu'un rapport d'activité. Il communique et présente ces documents aux ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

Art. 4. Le Conseil scientifique peut instituer des groupes de travail pour examiner des sujets spécifiques. Ces groupes de travail se constituent de membres du Conseil scientifique et de membres externes.

Pour chaque recommandation de bonne pratique médicale à élaborer, le Conseil scientifique désigne un coordinateur parmi les membres du groupe de travail en charge.

Les décisions du Conseil scientifique sont prises par consensus.

Les recommandations de bonnes pratiques élaborées sont portées à la connaissance des médecins et des professionnels de la santé par l'intermédiaire de tout vecteur de diffusion approprié.

Art. 5. Le président ou le vice-président du Conseil scientifique touchent pour chaque réunion du Conseil scientifique une indemnité fixée à cinquante euros. Ce montant est doublé lorsque le président ou le vice-président exercent une profession libérale. Les membres touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres exerçant une profession libérale qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cent euros.

Pour les réunions des groupes de travail, les membres du Conseil scientifique et les membres externes touchent une indemnité fixée à vingt-cinq euros, à l'exception des membres exerçant une profession libérale qui touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à cent euros.

Pour chaque recommandation de bonne pratique médicale publiée, le coordinateur rédactionnel désigné par le Conseil scientifique touche une indemnité fixée par le Conseil scientifique ne pouvant pas dépasser un montant de quatre cents euros.

Art. 6. Le Conseil scientifique peut adopter un règlement interne qu'il communique aux ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

Art. 7. Les frais de fonctionnement du Conseil scientifique sont à charge du budget de l'État.

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

Vu l'article 19bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La désignation du médecin référent est constatée par écrit, signé par le patient et le médecin, et notifié par le médecin référent à la Caisse nationale de santé. Sa mission prend effet le premier jour du mois qui suit cette notification. R. 15.11.11

La relation entre le médecin référent et le patient lie le médecin personnellement et ne peut pas être assumée par l'intermédiaire d'un autre médecin, sans préjudice des dispositions de l'article 4.

Art. 2. La relation entre le médecin référent et le patient est établie pour une durée indéterminée.

Pendant les premiers douze mois, celle-ci peut, à tout moment, être révoquée d'un commun accord entre le patient et le médecin, avec un préavis de deux mois. Cette révocation est notifiée à la Caisse nationale de santé par le médecin.

A partir de la deuxième année, il peut être mis fin à la relation, à tout moment, et de façon unilatérale par une des parties, moyennant un préavis de deux mois. La partie qui est à l'origine de la révocation en informe par écrit l'autre partie et met en copie la Caisse nationale de santé.

En cas de décès d'une des parties concernées, la Caisse nationale de santé informe dans les meilleurs délais l'autre partie de la cessation de plein droit de la relation entre le médecin référent et le patient. R. 7.12.15

(alinéa supprimé) R. 6.12.19

Art. 3. En cas de changement de médecin référent, le nouveau médecin référent a droit au transfert par son prédécesseur de toutes les données nécessaires à l'accomplissement de sa mission. R. 15.11.11

Art. 4. En cas d'absence prolongée du médecin référent dépassant prévisiblement une durée de quatre mois, celui-ci pourra se faire remplacer temporairement pour une durée maximale de douze mois complets et consécutifs par un autre médecin référent proposé au patient. Le remplacement est notifié à la Caisse nationale de santé et ne constitue pas une modification de la relation avec le médecin référent remplacé.

Si la proposition de médecin remplaçant du médecin référent ne trouve pas l'accord du patient, celui-ci peut révoquer unilatéralement la relation quelle que soit sa durée.

(alinéa abrogé) R. 7.12.15

(alinéa abrogé)

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

Vu les articles 22 et 22*ter* du Code de la sécurité sociale; R. 27.2.18

Vu l'article 2 de la loi modifiée du 23 octobre 2011 relative à la concurrence;

Vu la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes d'assurance-maladie;

Chapitre 1er – Dispositions générales R. 1.12.11

Art. 1er. Pour l'application de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale, on entend par:

1) «médicament»: toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ainsi que toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme et disposant d'une autorisation de mise sur le marché conformément aux dispositions légales en vigueur;
2) «présentation»: unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur;
3) «pays de provenance»: le pays ayant attribué un code national à la présentation;
4) «code national»: l'identifiant national attribué à la présentation par l'autorité compétente du pays de provenance;
5) «numéro national»: le numéro d'identification attribué par le ministre ayant la Santé dans ses attributions à une présentation d'un médicament lors de l'attribution de l'autorisation de mise sur le marché;
6) «titulaire»: le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou son représentant dûment mandaté à cet effet;
7) «grossiste»: toute personne en possession d'une autorisation d'exercer l'activité de grossiste en médicaments conformément aux dispositions légales en vigueur;
8) «prix ex-usine»: le prix de vente hors taxes du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou de son représentant dûment mandaté à cet effet;
9) «prix d'achat du pharmacien»: le prix de vente hors taxes appliqué par le grossiste aux pharmacies hospitalières ou ouvertes au public;
10) «prix au public»: le prix de vente hors taxes en pharmacie ouverte au public;
11) «les prix d'une présentation»: le prix ex-usine et le cas échéant, le prix d'achat du pharmacien et le prix au public relatifs à une seule présentation d'un médicament, identifiée par son numéro national.

Art. 2. Le titulaire est habilité à commercialiser une présentation dès l'approbation de son prix par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Une présentation ne peut pas être vendue à un prix supérieur au prix approuvé.

Art 3. Les prix sont exprimés en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Lors de la vente au public, le prix au public taxe sur la valeur ajoutée incluse doit être fourni sur le ticket de caisse ensemble avec la dénomination précise de la présentation à laquelle il se rapporte et une indication permettant l'identification de la pharmacie [1)].

Art. 4. Les prix des médicaments approuvés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sont publiés au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg chaque année au mois de janvier sur la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale. Les modifications apportées aux prix au cours de l'année sont publiées mensuellement au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

---

1) Par R. 27.2.18 les termes « de l'officine » sont remplacés par les termes « de la pharmacie ».

Chapitre 2 – Procédure

Art. 5. Afin d'être recevable, toute demande relative à la fixation des prix d'une ou de plusieurs présentations d'un médicament devra être obligatoirement soumise au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale par le titulaire moyennant le formulaire défini à l'annexe du présent règlement et accompagné des documents y mentionnés.

Art. 6. Un accusé de réception est envoyé au titulaire dès que sa demande est complète quant à la forme et ne requiert plus de renseignement complémentaire. Cet accusé de réception indique qu'une décision relative au prix applicable au médicament en question est adoptée et communiquée au demandeur dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception.

Art. 7. Si les informations communiquées à l'appui de la demande sont insuffisantes, le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions notifie dans les quinze jours au demandeur les renseignements détaillés qui sont exigés et prend sa décision finale dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de ces renseignements complémentaires. Faute par le titulaire de communiquer les renseignements demandés endéans un délai de cent quatre-vingt jours, la demande est classée sans suite.

Art. 8. En l'absence d'une décision dans les délais visés aux articles 6 et 7, le titulaire est habilité à commercialiser la présentation aux prix proposés, taxes incluses.

Art. 9. Lorsqu'une demande contient des erreurs matérielles constatées par le titulaire avant l'octroi de la décision, celles-ci doivent être corrigées par le remplacement intégral du formulaire de demande avec indication de la date de la demande à remplacer.

Au cas où la correction est notifiée au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale moins de trente jours avant l'échéance du délai communiqué conformément aux articles 7 et 8 et s'il appert que les corrections ont un caractère fondamental au regard des critères à prendre en considération en vue de la décision, le délai est prorogé d'office de trente jours.

Art. 10. La décision d'approbation ou de rejet des prix d'une présentation prend effet le premier jour du mois qui suit la date de la décision. Si le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions décide de ne pas approuver la commercialisation du médicament en question au prix proposé par le demandeur, la décision comporte un exposé des motifs fondé sur des critères objectifs et vérifiables. En outre, le demandeur est informé des moyens de recours dont il dispose et des délais dans lesquels ces recours doivent être présentés.

Art. 11. Le titulaire est tenu à signaler au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, au moyen du formulaire de demande, toute modification des prix d'une présentation dans le pays de provenance. Cette communication se fait dans un délai d'un mois suivant la modification.

Si à la suite d'une modification la présentation ne remplit plus les critères ayant été à la base de la décision d'approbation, le titulaire est obligé d'introduire une nouvelle demande relative à la fixation du prix de cette présentation.

En cas de modification des prix dans le pays de provenance d'une présentation ayant fait l'objet d'une décision d'approbation au Luxembourg non signalée par le titulaire conformément à l'alinéa 1er, le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions peut décider d'adapter les prix conformément aux critères fixés à l'article 13, la décision de modification des prix prenant effet le premier du mois qui suit la date de la décision.

Chapitre 3 – Conditions relatives à la fixation du prix

Art. 12. L'approbation des prix des présentations d'un médicament est retirée d'office avec effet immédiat en cas de suspension ou de retrait de l'autorisation de mise sur le marché du médicament ou en cas d'arrêt de la commercialisation d'une présentation. Une nouvelle demande est nécessaire pour une réintégration éventuelle dans la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale.

Le prix au public est retiré d'office de la liste des prix susmentionnée lorsque conformément à l'autorisation de mise sur le marché, le médicament est réservé à l'usage hospitalier en vertu du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments [1)].

Chapitre 4 – Critères de fixation du prix

Art. 13. Le prix hors taxes d'une présentation couverte par une autorisation de mise sur le marché conformément aux dispositions légales en vigueur ne peut pas être supérieur à celui accordé par l'autorité compétente du pays de provenance.

Lorsque le titulaire demande pour une présentation un prix inférieur à celui approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le prix ex-usine et, le cas échéant, le prix d'achat du pharmacien et le prix au public sont réduits dans la même proportion, le pourcentage de

---

1) Par R. 27.2.18 les termes « le médicament n'est plus destiné qu'à la vente aux hôpitaux » sont remplacés par les termes « le médicament est réservé à l'usage hospitalier en vertu du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments ».

réduction le plus élevé appliqué par le titulaire dans sa demande à l'une des composantes du prix de la présentation étant d'office appliqué aux autres composantes du prix.

Lorsque la demande concerne une présentation qui est destinée à la vente au public au Luxembourg et qui dispose uniquement d'un prix ex-usine approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le titulaire doit calculer le prix d'achat du pharmacien et le prix au public suivant les règles de calcul officielles applicables dans le pays de provenance et joindre ces règles de calcul à sa demande.

Par dérogation aux alinéas qui précèdent, lorsque la demande concerne un médicament classé à délivrance exclusivement hospitalière en vertu du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments, le prix au public équivaut au prix ex-usine ou, lorsque le médicament est classé en plus sur prescription médicale spéciale en vertu du règlement grand-ducal précité, au prix d'achat du pharmacien. R. 27.2.18

Pour les médicaments classés à délivrance exclusivement hospitalière et sur prescription médicale spéciale en vertu du règlement grand-ducal précité et qui ne disposent pas d'un prix d'achat du pharmacien approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le titulaire calcule le prix d'achat du pharmacien suivant les règles de calcul officielles applicables dans le pays de provenance et joint ces règles de calcul à sa demande.

Art. 14. Le prix d'un médicament dispensé conformément à l'article 5 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et la publicité des médicaments est déterminé par référence au prix d'achat du pharmacien, augmenté de la marge commerciale du pharmacien et de la taxe sur la valeur ajoutée. La marge commerciale du pharmacien est fixée à cinquante pour cent par rapport au prix d'achat du pharmacien lorsque celui-ci est inférieur ou égal à cinquante euros et à quinze pour cent sans pouvoir être supérieure à deux cent cinquante euros lorsque le prix d'achat du pharmacien est supérieur à cinquante euros. R. 1.12.11

Par dérogation aux articles 2 et 4 à 14 du présent règlement, il suffit que le pharmacien informe le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale de la vente d'un tel médicament ainsi que du prix d'achat du pharmacien et du prix au public appliqués.

Art. 15. Lorsque les prix peuvent être établis suivant plusieurs critères, la variante la plus économique est retenue.

Chapitre 5 – Disposition abrogatoire

Art. 16. Le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des médicaments et le règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués sont abrogés.

Chapitre 6 – Dispositions transitoires

Art. 17. Les médicaments homologués conformément au règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués au 31 août 2011 ne doivent pas faire l'objet d'une demande au sens du présent règlement et sont inscrits d'office sur la liste des prix des médicaments commercialisés établie en vertu de l'article 22ter du Code de la sécurité sociale. En conséquence de l'abrogation du plafond de 98,44% prévu à l'article 6 du règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués, les prix au public des médicaments de provenance belge, valables au 31 août 2011, font l'objet d'un recalcul au 1er septembre 2011. La liste des prix publics modifiés est publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg sans communication de décisions individuelles.

Art. 18. Les demandes d'homologation introduites avant le 1er septembre 2011 auprès du ministre ayant l'Economie dans ses attributions conformément au règlement grand-ducal du 29 juillet 2004 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués n'ayant pas encore fait l'objet d'une homologation à cette date sont transférées au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions pour être instruites conformément aux dispositions du présent règlement.

Art. 18bis. Les médicaments classés à délivrance exclusivement hospitalière, qui à la date d'entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 27 février 2018 modifiant le règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain remplissent les conditions pour l'inscription sur la liste positive des médicaments, ne doivent pas faire l'objet d'une demande au sens du présent règlement et sont inscrits d'office sur décision du président de la Caisse nationale de santé conformément à l'article 22, paragraphe 2, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale. R. 27.2.18

Pour les médicaments classés à délivrance exclusivement hospitalière au Luxembourg et sur prescription médicale spéciale en vertu du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments et qui, à la date d'entrée en vigueur du règlement grand-ducal précité du 27 février 2018, ne disposent pas d'un prix d'achat du pharmacien au Luxembourg, ce prix est fixé d'office sur base du prix d'achat du pharmacien dans le pays de provenance, ou, à défaut d'un prix d'achat du pharmacien dans le pays de provenance, sur base des règles de calcul officielles applicables dans le pays de provenance.

Les alinéas qui précèdent sont applicables aux médicaments dont la demande de prix est en cours au moment de l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal précité du 27 février 2018.

Chapitre 7 – Mise en vigueur

R. 1.12.11

Art. 19. Le présent règlement entre en vigueur le 1er septembre 2011.

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

Vu les articles 2, alinéa 4 et 33, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale;

R. 8.12.11

Art. 1er. Pour les assurés au titre de l'assurance maladie volontaire visée à l'article 2 du Code de la sécurité sociale, l'assiette de cotisation correspond au minimum prévu à l'article 39 du Code de la sécurité sociale.

Art. 2. Les cotisations au titre de l'assurance facultative sont dues à partir du jour de la présentation de la demande.

Les cotisations au titre de l'assurance continuée ne sont dues qu'à partir de la fin de la période du maintien du droit aux prestations de soins de santé prévue à l'article 18, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Les cotisations sont réclamées par extraits de compte mensuels.

Art. 3. L'obtention des prestations est subordonnée au paiement des cotisations échues conformément à l'article 42 du Code de la sécurité sociale. Le droit aux prestations au titre de l'assurance facultative est par ailleurs suspendu pendant les trois premiers mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 4. L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré.

Elle prend fin de plein droit en cas de non paiement des cotisations à deux échéances ainsi qu'en cas de nouvelle affiliation à l'assurance obligatoire pendant une période continue de six mois ouvrant de nouveau droit à l'admission à l'assurance continuée.

Les cotisations d'assurance volontaire faisant double emploi avec l'assurance obligatoire sont remboursées à l'intéressé.

Art. 5. L'article 2, alinéa 2 du présent règlement ne s'applique qu'aux assurés ayant perdu la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille à partir du 1er janvier 2011.

Art. 6. Le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 relatif à l'assurance maladie volontaire est abrogé.

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

Vu l'article 22bis du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Lorsque la Direction de la santé a caractérisé les médicaments appartenant à un groupe générique comme étant substituables conformément à l'article 22bis, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, une base de remboursement est calculée à condition que le groupe comprenne au moins deux médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale.

R. 25.6.12

Les médicaments substituables pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont regroupés au sein des groupes génériques dans des ensembles de présentations jugées équivalentes inscrites sur la liste prévue à l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, publiée au début de chaque trimestre au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et indiquant les bases de remboursement fixées.

Une présentation est l'unité formée par le médicament avec son conditionnement primaire et l'emballage extérieur.

La base de remboursement d'une présentation d'un médicament ne peut en aucun cas être supérieure à son prix au public.

Lorsqu'une base de remboursement existe pour une présentation d'un médicament et lorsque celle-ci est inférieure au prix au public, celle-ci se substitue au prix au public de cette présentation pour la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité selon la liste positive visée à l'alinéa 1er.

Lorsqu'une base de remboursement existe pour une présentation d'un médicament et lorsque celle-ci est supérieure au prix au public, c'est le prix au public de cette présentation qui sera

retenu pour la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité selon la liste positive visée à l'alinéa 1er.

Art. 2. La base de remboursement d'une présentation d'un médicament est calculée en multipliant la base de remboursement unitaire calculée conformément aux articles 3 à 5 par le nombre d'unités contenues dans le conditionnement.

La base de remboursement d'une présentation est comptée en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Art. 3. Le prix au public unitaire est calculé en divisant le prix au public de la présentation d'un médicament par le nombre d'unités contenu dans cette présentation.

La base de remboursement unitaire est calculée à l'unité à partir du prix au public unitaire des présentations comprises dans les ensembles définis à l'article 1er, alinéa 2.

La base de remboursement unitaire et le prix au public unitaire sont comptés en euros à quatre décimales près. Les fractions de dix millièmes d'euros sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq cent millièmes d'euros. Les fractions de dix millièmes d'euros sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq cent millièmes d'euros.

Art. 4. Lorsque l'ensemble au sein du groupe générique ne comprend que deux médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale, la base de remboursement unitaire équivaut au prix au public unitaire le moins élevé des deux médicaments.

Art. 5. Lorsque l'ensemble au sein du groupe générique comprend au moins trois médicaments inscrits sur la liste positive établie conformément à l'article 22 du Code de la sécurité sociale, la base de remboursement unitaire est calculée en ajoutant au prix au public unitaire le moins élevé la différence, divisée par trois, entre le prix au public unitaire le plus élevé et le prix au public unitaire le moins élevé des médicaments pris en charge par l'assurance maladie-maternité.

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

Vu l'article 36, alinéas 1 à 3 et l'article 241, alinéas 11 et 12 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Par exploitation agricole au sens des articles 36 et 241 du Code de la sécurité sociale, on entend l'exploitation telle que définie dans le cadre de la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural. R. 27.6.16

Art. 2. Si une exploitation agricole compte plusieurs personnes affiliées au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 2) ou 6) du Code de la sécurité sociale, les personnes peuvent désigner d'un commun accord le chef d'exploitation. A défaut, l'assuré actif le plus âgé sera considéré comme chef d'exploitation.

Art. 3. (1) A partir de l'exercice de cotisation 2016, les marges brutes standard des différentes spéculations animales et végétales fixées à l'annexe I sont multipliées pour chaque exploitation agricole par leur volume déclaré au Service d'économie rurale au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.

Par dérogation à l'alinéa 1er, les marges brutes standard des différentes spéculations animales bovines fixées à l'annexe I sont multipliées par le cheptel bovin moyen détenu pendant la période du 1er novembre jusqu'au 31 octobre de l'année précédant l'exercice de cotisation en utilisant la base centrale de données informatiques visée à l'article 13 du règlement grand-ducal du 22 avril 1999 portant mesures d'application du règlement (CE) n° 820/97 du Conseil du 21 avril 1997 en ce qui concerne l'identification et l'enregistrement des bovins.

(2) La marge brute standard totale de l'exploitation est obtenue en ajoutant au résultat déterminé conformément au paragraphe 1er les aides à la production suivantes versées au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les paiements directs accordés au titre des régimes de soutien relevant de la politique agricole commune prévus par les dispositions nationales prises en exécution du droit de l'Union européenne en vigueur;
2) l'aide accordée au titre de l'agriculture biologique prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;
3) l'aide à la restructuration et à la reconversion des vignobles prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 4. (1) Aux fins du calcul du revenu professionnel agricole de l'exploitation sont ajoutées au résultat déterminé conformément à l'article qui précède les aides à la production suivantes versées au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les aides accordées au titre des paiements agroenvironnementaux et climatiques prévues par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;
2) la prime à l'entretien du paysage et de l'espace naturel prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

(2) Sont déduits du résultat déterminé conformément au paragraphe qui précède les coûts de production fixes déterminés forfaitairement en fonction de l'orientation technico-économique de l'exploitation.

L'orientation technico-économique de l'exploitation est déterminée conformément au règlement délégué (UE) n° 1198/2014 de la Commission du 1er août 2014 complétant le règlement (CE) n° 1217/2009 du Conseil portant création d'un réseau d'information comptable agricole sur les revenus et l'économie des exploitations agricoles dans l'Union européenne.

Les coûts de production fixes correspondent aux pourcentages définis à l'annexe II.

Art. 5. Sont ajoutées au résultat déterminé conformément à l'article qui précède les aides à la production et subventions au revenu ci-après versées à l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation:

1) les paiements en faveur des zones soumises à des contraintes naturelles ou à d'autres contraintes spécifiques prévues par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural;
2) les aides pour la sauvegarde de la diversité biologique prévue par la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 6. Le revenu professionnel agricole de l'exploitation servant d'assiette au calcul des cotisations est obtenu en déduisant du résultat déterminé conformément à l'article qui précède les charges réelles supportées par l'exploitant agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation, à savoir:

1) le fermage,
2) les intérêts découlant de prêts professionnels agricoles,
3) les salaires payés à des tiers et déclarés auprès du Centre commun de la sécurité sociale, augmentés des cotisations sociales à charge du chef d'exploitation,
4) les salaires payés aux personnes visées à l'article 90, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, à condition que leur identité résulte du répertoire national des personnes physiques ou d'un document officiel, ou que ces salaires aient fait l'objet d'une déclaration à l'Administration des contributions directes dans le cadre de l'imposition forfaitaire prévue par le règlement grand-ducal du 7 mai 1991 portant exécution de l'article 137, alinéa 4 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et modifiant le règlement grand-ducal du 3 décembre 1969 portant exécution de l'article 115, numéro 12 de la prédite loi du 4 décembre 1967.

Art. 7. Le Service d'économie rurale communique au Centre commun de la sécurité sociale le revenu des exploitations agricoles déterminé conformément aux articles 3 à 5.

Les charges réelles de l'exploitation au sens de l'article 6 font l'objet d'une déclaration annuelle au Centre commun de la sécurité sociale.

Si le chef d'exploitation omet de communiquer les données requises, le Centre commun de la sécurité sociale procède aux estimations nécessaires conformément à l'article 427 du Code de la sécurité sociale.

Art. 8. Conformément à l'article 36, alinéa 3 et à l'article 241, alinéa 12 du Code de la sécurité sociale, il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir, pour l'année précédant l'exercice de cotisation, un résultat avant impôts et avant opérations sur réserves différant de dix pour cent au moins du revenu constaté forfaitairement conformément aux articles 3 à 5.

Le Centre commun de la sécurité sociale peut exiger la présentation de la comptabilité et du résultat dans une forme qu'il prescrit.

Art. 9. Est considérée comme comptabilité régulièrement tenue celle correspondant à la comptabilité définie dans le cadre de la législation nationale en vigueur concernant le soutien au développement rural.

Art. 10. Le règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension est abrogé.

Annexe I

R. 17.12.21, 1er

Marges brutes standard visées à l'article 3

1°	*Productions végétales (montant en euros par hectare)*	
	Blé tendre et épeautre	574 euros
	Seigle	483 euros
	Orge	469 euros
	Avoine	481euros
	Maïs-grain	745 euros
	Triticale	494 euros
	Autres céréales	374euros
	Légumes secs	337 euros
	Pommes de terre de consommation	6 061 euros
	Plants de pommes de terre	2 359 euros
	Colza, navettes et autres plantes olaégineuses	606 euros
	Plantes industrielles, non mentionnées ailleurs (y compris plantes aromatiques, médicinales)	674 euros
	Légumes frais et fraises en culture maraîchère de plein air	18 457 euros
	Légumes frais et fraises en culture de plein champ	10 802 euros
	Légumes frais et fraises sous serre	51 969 euros
	Fleurs et plantes ornementales (pépinières non comprises) de plein air	19 509 euros
	Fleurs et plantes ornementales (à l'exclusion des pépinières) sous serre	150 844 euros
	Semences et semis de terres arables et autres cultures annuelles	901 euros
	Plantations d'arbres fruitiers et baies	6 265 euros
	Baies (fraises non comprises)	4 036 euros
	Vignes cultivées par des exploitants ne produisant pas eux-mêmes le vin	12 637 euros
	Vignes cultivées par des exploitants produisant eux-mêmes le vin	25 274 euros
	Pépinières	16 916 euros
	Champignons (pour cinq récoltes par an / euros par are)	13 779 euros
	Jachère	-46 euros
	Arbres de Noël	7 346 euros
	Autres cultures permanentes	17 860 euros
2°	*Productions animales (montant en euros par unité de bétail)*	
	Chevaux de trait y compris poulains en propriété	-18 euros
	Chevaux de selle y compris poulains en propriété	-510 euros
	Équidés (toutes catégories confondues) en pension	2 729 euros
	Bovins de moins d'un an	140 euros
	Bovins d'un an à moins de deux ans, mâles	308 euros
	Bovins d'un an à moins de deux ans, femelles	15 euros
	Bovins de deux ans et plus, mâles	28 euros
	Génisses de deux ans et plus	61 euros
	Vaches laitières	1 401 euros
	Autres vaches	252 euros
	Ovins femelles servant à la production de viande	121 euros
	Ovins femelles servant à la production de lait	369 euros
	Caprins femelles servant à la production de viande	73 euros

Caprins femelles servant à la production de lait	322 euros
Porcelets 8-30 kg (par tête)	1 euro
Truies reproductrices d'un poids vif de 50 kg ou plus (porcelets inclus)	230 euros
Porcs à l'engrais >30 kg (par tête)	10 euros
Porcs engraissés pour autrui (par tête)	18 euros
Autres porcs (par place)	28 euros
Poulets de chair (par centaines)	153 euros
Poules pondeuses (par centaines)	2 564 euros
Autres volailles (par centaines)	1 484 euros
Lapines reproductrices	81 euros
Lapins à l'engrais	7 euros
Abeilles (par ruche)	136 euros
Daims (femelles reproductrices)	180 euros

Annexe II R. 27.6.16

Coûts de production fixes visés à l'article 4

Orientation technico-économique	Pourcentage des coûts de production fixes
Exploitations bovines spécialisées – orientation lait	soixante et un pour cent
Exploitations spécialisées – orientation élevage et viande	cinquante-neuf pour cent
Exploitations bovines – lait, élevage et viande combinés	soixante et un pour cent
Exploitations spécialisées de production animale hors sol (granivores)	soixante-trois pour cent
Exploitations spécialisées à grandes cultures	cinquante-cinq pour cent
Exploitations spécialisées en cultures permanentes	quarante-six pour cent
Exploitations mixtes cultures – élevage	soixante-deux pour cent
Horticulture	cinquante pour cent

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé.[1)]

Vu l'article 60quarter du code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Définitions R. 6.12.19

Pour l'application du présent règlement grand-ducal, on entend par :

1° « Agence » : le groupement d'intérêt économique dénommé « Agence eSanté - Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé » ;

2° « Application dossier de soins partagé » : l'application de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de sante visée à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale, ci-après « plateforme », permettant d'accéder, moyennant un compte personnel et dans les conditions du présent règlement grand-ducal, à un dossier de soins partagé ;

3° « Introducteur d'une donnée » : la personne qui introduit une donnée au sein du dossier de soins partagé ;

1) Pour contenu des annexes voir JO, Mém. A 909 du 28 décembre 2019, pages 8 à 19.

4° « Patient » : toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé, tel que prévu par l'article 2 de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ;

5° « Professionnel de santé » : toute personne physique exerçant légalement une profession réglementée du domaine de la santé et tout professionnel de santé, tout établissement hospitalier, ainsi que tout prestataire de soins, exerçant légalement sa profession en dehors du secteur hospitalier visé par l'alinéa second de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, tels que prévus à l'article 2 de la loi précitée du 24 juillet 2014 ;

6° « Titulaire » : le patient auquel le dossier de soins partagé est lié.

Art. 2. Création du dossier de soins partagé

(1) Un dossier de soins partagé est créé par l'Agence pour le patient dès son affiliation à l'assurance maladie.

(2) Le patient non affilié bénéficiant de soins de santé par un professionnel de santé sur le territoire national peut demander la création d'un dossier de soins partagé moyennant une demande adressée à l'Agence.

(3) Dès la création du dossier de soins partagé, l'Agence informe par écrit le titulaire :

1° de la création ;

2° des modalités d'activation et de fermeture du dossier de soins partagé ;

3° de ses identifiants de connexion personnels ;

4° du fonctionnement du dossier de soins partagé, en ce inclus les droits d'accès et leur gestion, les mesures de sécurité, les principes d'alimentation, de traçabilité et de traitement des données du dossier de soins partagé ;

5° de son droit d'opposition au partage de données au sein d'un dossier de soins partagé ;

6° de ses droits d'accès et d'écriture visés à l'article 6 ;

7° du contenu du dossier de soins partagé au moment de son activation.

(4) Dans le cadre de ses missions d'organe central de la plateforme et de responsable du traitement au sens de l'article 60 ter, paragraphe 4, du Code de la sécurité sociale, l'Agence fournit les informations visées à l'article 14, paragraphes 1er et 2, du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ci-après « règlement (UE) 2016/679 ».

(5) Le dossier de soins partagé ne se substitue pas au dossier que tient chaque professionnel de santé ou chaque établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre de la prise en charge d'un patient.

Art. 3. Activation du dossier de soins partagé et accès par le titulaire

(1) Le titulaire dispose d'un droit d'opposition au partage dont il est informé en vertu de l'article 2, paragraphe 3, point 5°. S'il exerce ce droit d'opposition, le dossier de soins partagé ne devient pas actif et est supprimé.

Le dossier de soins partagé est accessible par voie électronique depuis la plateforme.

Pour accéder à son dossier de soins partagé, le titulaire doit préalablement activer un compte sur la plateforme et se connecter à l'application dossier de soins partagé moyennant ses identifiants de connexion qui lui ont été adressés par l'Agence. Ces identifiants de connexion sont strictement personnels.

(2) À compter de l'activation du compte par le titulaire sur la plateforme, le dossier de soins partagé peut être consulté et alimenté par le titulaire.

(3) À défaut d'activation de son compte par le titulaire endéans un délai de trente jours à compter de l'envoi des informations visées à l'article 2, paragraphe 3, le dossier de soins partagé peut être consulté et alimenté par les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du titulaire, conformément à leurs droits d'accès et d'écriture, au moyen de l'activation de leur compte telle que prévue à l'article 5.

Une notification est envoyée au titulaire par tout moyen pour l'informer du premier accès d'un professionnel de santé à son dossier de soins partagé.

Art. 4. Fermeture et suppression du dossier de soins partagé

(1) Le titulaire d'un dossier de soins partagé peut, à tout moment, fermer son dossier de soins partagé moyennant l'application dossier de soins partagé ou par demande adressée à l'Agence.

(2) Endéans un délai de dix ans après la fermeture du dossier de soins partagé, le titulaire peut procéder à sa réouverture moyennant l'application dossier de soins partagé ou par demande adressée à l'Agence. En cas de réouverture, le dossier de soins partagé contient les données y incluses au moment de la fermeture.

(3) À défaut de réouverture endéans le délai mentionné au paragraphe 2, les données du dossier de soins partagé sont supprimées dix ans après la fermeture du dossier de soins partagé.

(4) À défaut d'activité dans le dossier de soins partagé constaté par l'Agence, il est fermé dix ans après le dernier accès.

(5) En cas de décès du titulaire, le dossier de soins partagé est fermé dès transmission à l'Agence de la date du décès par le Centre commun de la sécurité sociale ou, dès réception par l'Agence d'un certificat de décès.

(6) À compter de la fermeture, les données du dossier de soins partagé sont rendues inaccessibles et sont archivées par le biais de l'application dossier de soins partagé.

Art. 5. Accès au dossier de soins partagé par les professionnels de santé

(1) Sans préjudice du droit d'opposition du titulaire et de la procédure d'activation, visés à l'article 3, le professionnel de santé intervenant dans la prise en charge du titulaire peut accéder au dossier de soins partagé pour le consulter et l'alimenter.

En vue d'accéder au dossier de soins partagé, le professionnel de santé doit préalablement activer son compte sur la plateforme moyennant ses identifiants personnels de connexion et il se connecte à l'application dossier de soins partagé :

1° s'il exerce dans un cabinet individuel, à partir de la plateforme ou à partir d'un programme informatique conforme aux dispositions de l'article 11, paragraphe 2 ;

2° s'il exerce au sein d'une collectivité de santé, à partir du programme informatique utilisé par la collectivité et conforme aux dispositions de l'article 11, paragraphe 2.

(2) Le compte sur la plateforme, visé au paragraphe 1 er, est créé par l'Agence sur demande du professionnel de santé ou de la collectivité de santé pour les professionnels de santé qui y exercent et qui sont inscrits dans l'annuaire référentiel d'identification des professionnels de santé.

Dès la création de son compte sur la plateforme, l'Agence informe le professionnel de santé :

1° de cette création ;

2° des modalités d'activation et de fermeture du compte ;

3° de ses identifiants de connexion personnels ;

4° du fonctionnement du compte et de l'application dossier de soins partagé, en ce inclus les droits d'accès, les mesures de sécurité, les principes d'alimentation, de traçabilité et de traitement des données du dossier de soins partagé.

Art. 6. Droits d'accès, d'écriture et d'effacement du titulaire

(1) Le titulaire a un droit de consultation de toutes les données figurant dans son dossier .

(2) En outre, à partir de son dossier de soins partagé, le titulaire peut :

1° inscrire des informations et verser des données relatives à sa santé ou pertinentes pour sa prise en charge dans l'espace d'expression qui lui est réservé pour les porter a? la connaissance des professionnels de santé ;

2° sans préjudice des dispositions légales applicables, indiquer ses volontés en matière de don d'organes, de directives anticipées ou une information relative à des dispositions de fin de vie.

(3) Il peut également, à partir de son dossier de soins partagé, modifier les droits d'accès applicables par défaut tels qu'ils sont fixés à l'article 7, paragraphe 1 er :

1° en interdisant l'accès à son dossier intégral à un ou plusieurs professionnels de santé qu'il désigne, en apportant la précision « niveau privé » ;

2° en rendant inaccessibles certaines données spécifiques à un ou plusieurs professionnels de santé qu'il désigne, en leur accordant un niveau « restreint ».

Lors de sa prise en charge médicale, le titulaire peut s'opposer au versement d'une donnée à son dossier de soins partagé.

Le titulaire est informé par l'application dossier de soins partagé et, le cas échéant, par son médecin référent ou un autre professionnel de santé, des risques éventuels encourus pour sa santé du fait de l'exercice de ses droits de restriction d'accès.

Le titulaire dispose également d'un droit à l'effacement de ses données personnelles conformément à l'article 17 du règlement (UE) 2016/679, qu'il exerce auprès du responsable du traitement.

(4) Le titulaire peut modifier à tout moment les choix et indications visés aux paragraphes 2 et 3.

(5) Le titulaire a le droit d'obtenir dans les meilleurs délais la rectification des données inexactes ou incomplètes dans son dossier de soins partagé soit par le professionnel de santé auteur de la donnée, soit par l'Agence.

Art. 7. Droits d'accès et d'écriture des professionnels de santé

(1) Sans préjudice des dispositions de l'article 6, paragraphe 3, les droits d'accès et d'écriture maximaux par catégorie de données des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du titulaire, ainsi que la durée des accès sont déterminés par défaut par la matrice d'accès figurant à l'annexe 1. Cette matrice est établie en fonction de la profession du professionnel de santé, du contexte de prise en charge et de la catégorie de données.

Le classement d'un type de donnée au sein d'une catégorie de données et d'éventuelles restrictions d'accès et d'écriture à certains types de données à l'intérieur d'une même catégorie de données se font conformément aux procédures déterminées par l'Agence.

(2) Seuls les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge médicale du titulaire peuvent accéder à son dossier de soins partagé et y verser une donnée, pendant la durée de cette prise en charge et dans les limites fixées par la matrice d'accès visée au paragraphe 1er.

(3) Au moment de la collecte des données du titulaire, le professionnel de santé fournit les informations visées à l'article 13, paragraphes 1er et 2, du règlement (UE) 2016/679.

(4) Dès transmission de l'arrêt temporaire ou définitif de l'autorisation d'exercer la profession par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, les droits d'accès et d'écriture du professionnel de santé sont retirés. L'Agence en informe le titulaire du dossier de soins partagé.

Art. 8. Traçabilité des accès et des actions

(1) Tout accès et toute action réalisés sur le dossier de soins partagé sont tracés et conservés. Les accès et actions réalisés sont datés et comportent l'identification de la personne qui a consulté, alimenté ou rendu inaccessible une ou plusieurs données ainsi que le contexte de son intervention, indépendamment du fait que cette personne est un professionnel de santé individuel ou fait partie d'une collectivité de santé.

Les données de journalisation qui comprennent les traces et logs fonctionnels permettant la traçabilité des accès et actions au sein d'un dossier de soins partagé par l'application dossier de soins partagé, suivent le même cycle de vie que les données auxquelles elles se rapportent.

(2) Le titulaire peut consulter une vue « historique des accès » dans laquelle il voit l'ensemble des traces des accès et des actions relatives aux données de son dossier de soins partagé.

(3) La consultation des traces des accès et des actions susvisées se fait par l'intermédiaire de l'application dossier de soins partagé.

Art. 9. Délai de versement des données au dossier de soins partagé par le professionnel de santé

(1) Un professionnel de santé, intervenant dans la prise en charge médicale du titulaire, détenteur d'une donnée qu'il estime utile et pertinente au sens de l'article 60 quater, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale, verse celle-ci au dossier de soins partagé dans un délai raisonnable après la prise de connaissance de cette donnée ou après son premier accès au dossier de soins partagé si cette donnée est antérieure à son activation.

(2) En cas de demande du titulaire de verser une donnée au dossier de soins partagé, le professionnel de santé l'introduit, conformément à ses droits d'accès et d'écriture, endéans un délai de quinze jours à compter de cette demande.

(3) Sans préjudice du paragraphe 1er, les données utiles et pertinentes suivantes sont versées au dossier de soins partagé au plus tard quinze jours après la fin de la prise en charge par le professionnel de santé qui en est l'auteur :

1° les résultats d'analyses de biologie médicale ;

2° les résumés cliniques et les rapports médicaux de sortie ;

3° les rapports d'images radiologiques ou de toute autre imagerie médicale ;

4° le résumé patient.

(4) La Caisse nationale de santé communique à l'Agence dans un délai raisonnable après leur réception les informations administratives relatives à la désignation, à la reconduction, au changement et au remplacement du médecin référent par le titulaire afin que celles-ci soient retranscrites au dossier de soins partagé.

(5) Les données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier. À l'échéance, l'Agence procède à la destruction des données par le biais de l'application dossier de soins partagé.

Par dérogation à l'alinéa 1er, le professionnel de santé peut, avec l'accord du titulaire, 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 titulaire. Cette durée peut être modifiée par la suite selon l'évolution de l'état de santé du titulaire.

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

L'accord du titulaire est daté et consigné dans son espace d'expression personnelle dans l'application dossier de soins partagé.

Par dérogation à l'alinéa 1er, les informations relatives à l'expression personnelle du titulaire du dossier de soins partagé sont conservées jusqu'à ce que ce dernier les modifie ou les supprime.

Art. 10. Sécurité de la plateforme

(1) L'Agence met en œuvre un système de management de la sécurité de l'information certifié conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001 incluant un processus de gestion des risques.

Les mesures de sécurité à mettre en œuvre par l'Agence comprennent au minimum :

1° un système d'authentification forte ;

2° un système d'identification des utilisateurs incluant l'identification unique des patients et des professionnels de santé ;

3° un contrôle des accès ;

4° une sécurisation de toutes les transactions sur la plateforme et avec les programmes informatiques connectés à celles-ci ;

5° la mise en place d'audits de sécurité annuels ;

6° une gestion des incidents liés à la sécurité de l'information ;

7° un hébergement des données dans un centre de données assurant un très haut niveau de disponibilité selon les standards ;

8° un système de lutte contre les intrusions et les logiciels malveillants ;

9° un chiffrement des données pour l'application dossier de soins partagé.

(2) Le professionnel de santé, responsable du traitement, et, le cas échéant, le sous-traitant, connectés à la plateforme, mettent en œuvre les mesures techniques et organisationnelles de sécurité appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté aux risques.

Les mesures visées à l'alinéa qui précède comprennent au minimum :

1° un système d'authentification fort ;

2° une gestion de l'identification unique des patients et des professionnels de santé ;

3° un contrôle des accès ;

4° une procédure de gestion des incidents pour tout évènement, anomalie ou incident ayant ou pouvant avoir, directement ou indirectement, un impact sur la sécurité de la plateforme, incluant une coopération avec l'Agence selon les bonnes pratiques applicables en la matière ;

5° une sensibilisation du personnel utilisant une application de la plateforme conformément aux règles et bonnes pratiques de sécurité.

Pour l'application du présent paragraphe, les professionnels de santé et sous-traitants s'appuient sur les bonnes pratiques de sécurité et de confidentialité des données figurant à l'annexe 2.

Art. 11. Modalités techniques de versement des données au dossier de soins partagé et interopérabilité

(1) Les référentiels d'interopérabilité applicables y inclus les spécifications techniques, les formats et garanties d'intégrité, de versement des données au dossier de soins partagés sont déterminés par l'Agence sur base des profils d'intégration « Integrating the Healthcare Enterprise » utilisés pour la plateforme.

Les données non structurées et les données structurées sont versées au dossier de soins partagé sur base des profils d'intégration « Integrating the Healthcare Enterprise » appliqués et selon les nomenclatures arrêtées par domaine de santé.

Une liste des profils visés aux alinéas qui précèdent est publiée sur le site internet de l'Agence et leurs modalités d'implémentation pour l'application dossier de soins partagé sont communiquées à tout professionnel de santé et sous-traitant ayant introduit une demande de connexion conformément au paragraphe 2.

(2) Pour établir une connexion à l'application dossier de soins partagé, le programme informatique utilisé par le professionnel de santé doit être conforme aux critères de connexion inclus dans les référentiels d'interopérabilité définis pour la plateforme et obtenir l'attestation de conformité y relative.

À cet effet, le professionnel de santé ou sous-traitant introduit une demande de connexion auprès de l'Agence en fournissant à l'appui de sa demande une description de son programme informatique ainsi que du contexte d'utilisation.

La procédure de connexion à la plateforme s'effectue obligatoirement en deux étapes :

1° une phase d'analyse et de tests destinée à valider la conformité aux exigences techniques, fonctionnelles, organisationnelles et de sécurité requises pour l'accès à l'application dossier de soins partagé ;

2° une phase de tests et de contrôle pour valider la connexion effective du programme informatique à la plateforme.

L'attestation de conformité n'est délivrée que si le professionnel de santé ou son sous-traitant remplit les conditions suivantes :

1° avoir passé avec succès les tests mentionnés au paragraphe 2, alinéa 3, point 1° effectués par un organisme ou une société expert en interopérabilité des systèmes de santé ;

2° avoir mis en œuvre des mesures pour assurer le respect des dispositions du présent règlement grand-ducal, en particulier en ce qui concerne l'attribution des droits d'accès et d'écriture ainsi que le classement des données selon la matrice des accès, la traçabilité des accès et des actions, l'information des professionnels sur l'utilisation de l'application dossier de soins partagé.

L'attestation mentionnée à l'alinéa 1er est délivrée par l'Agence sur base du résultat des tests réalisés par un organisme ou une société expert en interopérabilité des systèmes de santé.

Elle reste valable tant qu'aucune modification n'affecte la validité des tests réalisés au cours de la procédure de connexion ou l'une des conditions liées à sa délivrance. L'Agence tient à jour sur son site internet la liste des professionnels de santé et sous-traitants bénéficiant d'une attestation de conformité.

(3) Toute modification du programme informatique ainsi que toute mise à jour des référentiels d'interopérabilité susceptible d'avoir un impact sur les critères de connexion visés au paragraphe 2 est communiquée par écrit et sans délai dès sa connaissance aux personnes désignées.

Après communication d'un des changements visés à l'alinéa 1er du présent paragraphe et en fonction de l'ampleur des adaptations techniques à réaliser, l'Agence et le professionnel de santé ou le sous-traitant mettent en œuvre un plan d'évolution et déterminent, en cas de besoin, les tests de conformité à repasser en vue du maintien de l'attestation.

À défaut d'accord sur la mise en œuvre d'un plan ou à défaut de remise en conformité selon le plan convenu et lorsqu'elle constate ou est informée que la non-conformité entraîne un dysfonctionnement de l'application du dossier de soins partagé, l'Agence prend les mesures conservatoires nécessaires jusqu'à ce que les conditions liées à l'attestation de conformité sont à nouveau remplies.

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités de gestion de l'identification des personnes et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires.

Vu l'article 60ter du code de la sécurité sociale; R. 6.12.19

Art. 1er.

Pour assurer une gestion sécurisée et qualitative de l'identification des personnes dans le cadre des traitements de données visés à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale, l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, désignée ci-après par l'« Agence », met en place une procédure interne d'identification des personnes et d'administration des annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires de soins de santé dénommée « identito-vigilance » et qui comporte :

1° des règles d'identification unique sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé permettant de garantir la fiabilité, la sécurité et la qualité de l'identification des personnes ;

2° des règles d'identification unique des personnes dans les échanges électroniques avec les utilisateurs ;

3° des règles de gestion des risques permettant de prévenir, d'évaluer et de traiter les risques et erreurs liés à l'identification des personnes ;

4° des règles de traçage des accès et consultations réalisées au sein des annuaires référentiels d'identification ;

5° un référentiel général d'interopérabilité pour les échanges électroniques des données d'identification.

L'identito-vigilance vise à :

1° garantir et certifier l'identité du patient et du prestataire intervenant dans la prise en charge du patient par l'attribution d'un identifiant unique dans chaque annuaire pour chaque identité existante ;

2° garantir et certifier l'identité du patient et du prestataire dans les échanges électroniques vers et depuis les services de l'application de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage des données de santé visée à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale ;

3° identifier et traiter les sources d'erreurs dans l'identification du patient et du prestataire intervenant dans la prise en charge du patient.

Dans le cadre de la gestion de l'identito-vigilance, l'Agence accède à l'annuaire référentiel d'identification des patients et à l'annuaire référentiel d'identification des prestataires de soins de santé. Pour vérifier l'identité de son patient, le prestataire intervenant dans la prise en charge accède à l'annuaire référentiel d'identification des patients.

Le système informatique par lequel l'accès à la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé est opéré, est aménagé de sorte à retracer la consultation, les informations consultées, la date, l'heure et la référence du dossier dans le cadre duquel la consultation a été effectuée, ainsi que le motif de la consultation. Les données de journalisation et de traçabilité, régulièrement mises à jour, sont conservées tant que dure la procédure de contrôle.

Art. 2.

Les données contenues dans les annuaires référentiels d'identification sont conservées pendant au maximum dix ans à compter du jour où l'identification du patient, respectivement du prestataire de soins devient sans objet dans le cadre des traitements de données visés à l'article 60ter du Code de la sécurité sociale et ce sans préjudice des dispositions fixant une

durée de conservation particulière des données traitées sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé par l'Agence.

Art. 3.

Les patients et prestataires de soins de santé sont informés par l'Agence de la nature et de la finalité des données inscrites dans les annuaires respectifs et qu'ils disposent d'un droit d'accès, d'information et de rectification pendant toute la durée du traitement des données.

Dans le cadre de ses missions d'organe central de la plateforme et de responsable du traitement, l'Agence fournit les informations visées à l'article 14, paragraphes 1er et 2 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Les patients et les prestataires de soins de santé exercent leurs droits d'accès et d'information à l'égard de leurs données à caractère personnel auprès de l'Agence. Pour l'annuaire référentiel d'identification des patients, l'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale et des instances compétentes prévues par la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques. Pour l'annuaire référentiel des prestataires de soins de santé, l'Agence peut recourir aux services du ministre ayant la Santé dans ses attributions et de la Caisse nationale de santé.

La rectification des données inexactes ou incomplètes dans l'annuaire référentiel d'identification des patients peut être sollicitée auprès de l'Agence. Elle procède aux rectifications nécessaires suivant les procédures prévues et en informe le Centre commun de la sécurité sociale et les instances compétentes prévues par la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques.

La rectification des données inexactes ou incomplètes dans l'annuaire référentiel d'identification des prestataires de soins de santé peut être sollicitée auprès de l'Agence. Elle procède aux rectifications nécessaires suivant les procédures prévues et en informe le ministre ayant la Santé dans ses attributions et la Caisse nationale de santé.

STATUTS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ

Première adoption des statuts suite à la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Statuts adoptés par l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie les 30 novembre 1993, 7 décembre 1993 et 13 janvier 1994 et approuvés par arrêté ministériel du 19 janvier 1994.

Modifications des statuts

1994

- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 13 juillet 1994 et approuvée par arrêté ministériel du 11 août 1994.
- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 11 novembre 1994 et approuvée par arrêté ministériel du 22 décembre 1994.

1995

- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 12 juillet 1995 et approuvée par arrêté ministériel du 11 août 1995.
- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 16 novembre 1995 et approuvée par arrêté ministériel du 14 décembre 1995.

1996

- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 10 juillet 1996 et approuvée par arrêté ministériel du 2 août 1996.
- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 15 novembre 1996 et approuvée par arrêté ministériel du 27 décembre 1996.

1997

- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 9 juillet 1997 et approuvée par arrêté ministériel du 24 juillet 1997.
- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 12 novembre 1997 et approuvée par arrêté ministériel du 5 décembre 1997.

1998

- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 8 juillet 1998 et approuvée par arrêté ministériel du 26 août 1998.
- Modification adoptée par l'assemblée générale en date du 10 novembre 1998 et approuvée par arrêté ministériel du 10 décembre 1998.

1999

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 7 juillet 1999 et approuvée par arrêté ministériel du 10 août 1999.
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 10 novembre 1999 et approuvée par arrêté ministériel du 8 décembre 1999.

2000

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 12 juillet 2000 et approuvée par arrêté ministériel du 8 août 2000.
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 15 novembre 2000 et approuvée par arrêté ministériel du 7 décembre 2000.

2001

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 12 juillet 2001 et approuvée par arrêté ministériel du 8 août 2001.
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 15 novembre 2001 et approuvée par arrêté ministériel du 19 décembre 2001.

2002

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 10 juillet 2002 et approuvée par arrêté ministériel du 6 août 2002.
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 15 novembre 2002 et approuvée par arrêté ministériel du 19 décembre 2002.

2003

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 11 juillet 2003 et approuvée par arrêté ministériel du 18 août 2003 (entrée en vigueur: 1.9.2003).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 14 novembre 2003 et approuvée par arrêté ministériel du 18 décembre 2003.

2004

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 14 juillet 2004 et approuvée par arrêté ministériel du 24 août 2004 (entrée en vigueur: 1.9.2004).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 9 novembre 2004 et approuvée par arrêté ministériel du 17 décembre 2004 (entrée en vigueur: 1.1.2005).

2005

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 13 juillet 2005 et approuvée par arrêté ministériel du 25 juillet 2005 (entrée en vigueur: 1.9.2005).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 15 novembre 2005 et approuvée par arrêté ministériel du 20 décembre 2005 (Mém. A 211 du 23.12.2005) (entrée en vigueur: 1.1.2006).

2006

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 12 juillet 2006 et approuvée par arrêté ministériel du 1er août 2006 (entrée en vigueur: 1.9.2006).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 15 novembre 2006 et approuvée par arrêté ministériel du 4 décembre 2006 (entrée en vigueur: 1.1.2007).

2007

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 11 juillet 2007 et approuvée par arrêté ministériel du 25 juillet 2007 (entrée en vigueur: 1.9.2007).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 21 mars 2007 et approuvée par arrêté ministériel du 23 mars 2007 (entrée en vigueur: 1.4.2007).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 14 novembre 2007 et approuvée par arrêté ministériel du 3 décembre 2007 (entrée en vigueur: 1.1.2008). Rectificatif (Mém. A 224 du 17 décembre 2007, p. 3872).

2008

- Modification adoptée par l'assemblée générale du 9 juillet 2008 et approuvée par arrêté ministériel du 31 juillet 2008. Les points I) et X) entrent en vigueur le 1er septembre 2008. Les points XI) à XVI) prennent effet le jour de l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 14 novembre 2008 et approuvée par arrêté ministériel du 10 décembre 2008 (entrée en vigueur: 1.1.2009).
- Modification adoptée par l'assemblée générale du 17 décembre 2008 et approuvée par arrêté ministériel du 19 décembre 2008 (entrée en vigueur: 1.1.2009).

2009

- Modification adoptée par le comité directeur du 24 juin 2009 et approuvée par arrêté ministériel du 30 juillet 2009 (entrée en vigueur: 1.9.09).

2010

- Modification adoptée par le comité directeur du 21 mai 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 17 juin 2010 (entrée en vigueur: 1.7.2010).
- Modification adoptée par le comité directeur du 21 juillet 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 28 septembre 2010 (entrée en vigueur: 1.10.2010).
- Modification adoptée par le comité directeur du 10 novembre 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 29 novembre 2010 (entrée en vigueur: 1.1.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 23 décembre 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 27 décembre 2010 (entrée en vigueur: 1.1.2011).

2011

- Modification adoptée par le comité directeur du 30 mars 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 15 avril 2011 (entrée en vigueur: 1.1.2011 et 1.4.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 30 mars 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 20 mai 2011(entrée en vigueur: 1.6.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 18 mai 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 25 mai 2011 (entrée en vigueur: 1.7.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 16 juin 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 30 juin 2011 (entrée en vigueur: 1.9.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 3 août 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 25 août 2011 (entrée en vigueur: 1.9.2011).
- Modification adoptée par le comité directeur du 9 novembre 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 15 décembre 2011 (entrée en vigueur: 1.1.2012).
- Modification adoptée par le comité directeur du 14 décembre 2011 et approuvée par arrêté ministériel du 16 décembre 2011 (entrée en vigueur: 1.1.2012).

2012

- Modification adoptée par le comité directeur du 1er août 2012 et approuvée par arrêté ministériel du 3 septembre 2012 (entrée en vigueur: 1.8.2012).
- Modification adoptée par le comité directeur du 14 novembre 2012 et approuvée par arrêté ministériel du 27 novembre 2012 (entrée en vigueur: 1.1.2013).
- Modification adoptée par les comités directeurs du 12 décembre et 21 décembre 2012 et approuvée par arrêté ministériel du 27 décembre 2012 (entrée en vigueur: 1.1.2013).

2013

- Modification adoptée par le comité directeur du 31 juillet 2013 et approuvée par arrêté ministériel du 13 août 2013 (entrée en vigueur: 1.9.2013).
- Modification adoptée par le comité directeur du 18 septembre 2013 et approuvée par arrêté ministériel du 25 septembre 2013 (entrée en vigueur: 1.10.2013).
- Modification adoptée par le comité directeur du 11 décembre 2013 et approuvée par arrêté ministériel du 19 décembre 2013 (entrée en vigueur: 1.1.2014).

2014

- Modification adoptée par le comité directeur du 11 décembre 2013 et approuvée par arrêté ministériel du 28 février 2014 (entrée en vigueur: 1.4.2014).
- Modification adoptée par le comité directeur du 26 février 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 22 mars 2014 (entrée en vigueur: 1.4.2014).
- Modification adoptée par le comité directeur du 26 mars 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 30 avril 2014 (entrée en vigueur: 1.5.2014).
- Modification adoptée par le comité directeur du 23 avril 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 30 avril 2014 (entrée en vigueur: 1.5.2014).
- Modification adoptée par le comité directeur du 26 février 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 30 mai 2014 (entrée en vigueur: 1.10.2014).
- Modification adoptée par le comité directeur du 9 juillet 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 8 août 2014 (entrée en vigueur: 1.9.2014). Rectificatif (Mém. A 166 du 22 août 2014, p. 2520).
- Modification adoptée par le comité directeur du 15 octobre 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 5 novembre 2014 (entrée en vigueur: 1.1.2015).

2015

- Modification adoptée par le comité directeur du 10 décembre 2014 et approuvée par arrêté ministériel du 28 janvier 2015 (entrée en vigueur: 1.2.2015 et 1.3.2015)
- Modification adoptée par le comité directeur du 25 février 2015 et approuvée par arrêté ministériel du 24 mars 2015 (entrée en vigueur: 1.5.2015).
- Modification adoptée par le comité directeur du 11 novembre 2015 et approuvée par arrêté ministériel du 21 décembre 2015 (entrée en vigueur: 1.1.2016).

2016

- Modification adoptée par le comité directeur du 13 janvier 2016 et approuvée par arrêté ministériel du 25 février 2016 (entrée en vigueur: 1.4.2016).
- Modification adoptée par le comité directeur du 14 septembre 2016 et approuvée par arrêté ministériel du 5 octobre 2016 (entrée en vigueur: 1.11.2016).
- Modification adoptée par le comité directeur des 9 et 23 novembre 2016 et approuvée par arrêté ministériel du 21 décembre 2016 (entrée en vigueur: 1.1.2017 et 1.1.2018). Ajout modification annexe B.

2017

- Modification adoptée par le comité directeur du 15 mars 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 26 mai 2017 (entrée en vigueur: 1.6.2017).
- Modification adoptée par le comité directeur du 14 juin 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 26 juin 2017 (entrée en vigueur: 1.7.2017).
- Modification adoptée par le comité directeur du 17 mai 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 5 juillet 2017 (entrée en vigueur: 1.8.2017).
- Modification adoptée par le comité directeur du 15 novembre 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 13 décembre 2017 (entrée en vigueur: 1.1.2018 et 1.2.2018).
- Modification adoptée par les comités directeurs du 15 novembre 2017 et du 13 décembre 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 20 décembre 2017 (entrée en vigueur: 1.1.2018 et 1.3.2018).

2018

- Modification adoptée par le comité directeur du 15 novembre 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 11 avril 2018 (entrée en vigueur: 30.4.2018).
- Modification adoptée par le comité directeur du 13 juin 2018 et approuvée par arrêté ministériel du 27 juin 2018 (entrée en vigueur: 1.7.2018 et 1.8.2018).
- Modification adoptée par le comité directeur du 25 juillet 2018 et approuvée par arrêté ministériel du 3 août 2018 (entrée en vigueur: 1.9.2018).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 14 novembre 2018 et approuvée par arrêté ministériel du 3 décembre 2018 (entrée en vigueur: 1.1.2019 et 1.2.2019).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 12 décembre 2018 et approuvée par arrêté ministériel du 18 décembre 2018 (entrée en vigueur: 1.1.2019 et 1.2.2019).

2019

- Modification adoptée par le conseil d'administration du 3 avril 2019 et approuvée par arrêté ministériel du 28 mai 2019 (entrée en vigueur: 1.6.2019). Rectificatif (JO, Mém. A374 du 3 juin 2019)
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 13 novembre 2019 et approuvée par arrêté ministériel du 13 décembre 2019 (entrée en vigueur: 1.1.2020).

2020

- Modification adoptée par le conseil d'administration du 25 mars 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 14 avril 2020 (Entrée en vigueur: 16 mars 2020).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 1er avril 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 20 avril 2020 (Entrée en vigueur: 16 mars 2020).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 8 avril 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 20 avril 2020 (Entrée en vigueur: 16 mars 2020).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 16 septembre 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 26 octobre 2020 (Entrée en vigueur: 15 août 2020).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 14 octobre 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 5 novembre 2020 (Entrée en vigueur: 1er novembre 2020).

2021

- Modification adoptée par le conseil d'administration du 9 décembre 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 14 janvier 2021 (Entrée en vigueur: 1er février 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 10 février 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 11 mars 2021 (Entrée en vigueur: 1er avril 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 24 février 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 8 avril 2021 (Entrée en vigueur: 1er mai 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 21 avril 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 12 mai 2021 (Entrée en vigueur: 19 mars 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 5 mai 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 31 mai 2021 (Entrée en vigueur: 1er juin 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 15 septembre 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 25 octobre 2021 (Entrée en vigueur: 1er novembre 2021 et 6 août 2021).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 27 octobre 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 29 novembre 2021 (Entrée en vigueur: 1er décembre 2021 et 1er janvier 2022).
- Modification adoptée par le conseil d'administration du 8 décembre 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 30 décembre 2021 (Entrée en vigueur: 1er janvier 2022).

PREMIÈRE PARTIE

LES SOINS DE SANTE

TITRE I - GENERALITES

CHAPITRE 1 - CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL

Section 1. - Ayants droit

Art. 1. Les présents statuts s'appliquent aux personnes bénéficiant de l'assurance maladie-maternité instituée par le livre premier du Code de la sécurité sociale. Dans la suite les ayants droit sont dénommés par les termes « personnes protégées ».

Les personnes qui bénéficient d'un droit aux prestations en nature sur le territoire luxembourgeois en vertu d'un instrument bi- ou multilatéral peuvent obtenir ces prestations au Grand-Duché dans les mêmes conditions que celles appliquées aux personnes protégées résidentes au Grand-Duché.

Section 2. - Prestataires de soins et fournisseurs

Art. 2. Sans préjudice des dispositions légales, réglementaires et statutaires éventuellement plus restrictives, la personne protégée a le droit de s'adresser pour l'obtention des prestations de soins de santé et fournitures

a) aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale

b) aux fournisseurs disposant d'un agrément du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé

c) aux fournisseurs identifiés spécialement à cet effet par un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé lorsque la fourniture ne peut être délivrée par un des fournisseurs visés ci-devant.

Libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur

Art. 3. Le libre choix des prestataires de soins et des fournisseurs parmi ceux visés à l'article 2 ci-dessus est garanti aux personnes protégées, ce sans préjudice des restrictions prévues aux articles 4, 5 et 6 suivants.

Art. 4. La délivrance de soins ou de fournitures par un prestataire, un fournisseur ou un hôpital déterminé dans le cadre des services de garde, d'urgence ou de remplacement officiels n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins ou fournisseur de leur choix.

Art. 5. Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un hôpital comporte pendant le séjour à l'hôpital acceptation des prestataires employés ou agréés par l'hôpital et n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins par la personne protégée.

Art. 6. Le refus par l'assurance maladie de prendre en charge les prestations non urgentes obtenues par une personne protégée en désobéissance à des obligations lui imposées par l'article 32, pris en exécution de l'article 23, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et la limitation temporaire de la prise en charge à certains prestataires ou fournisseurs déterminés, ne sont pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Prestations reçues dans les établissements du secteur extra-hospitalier et dans les entreprises

Art. 7. Sauf dérogation expresse, les prestations et fournitures délivrées ou prescrites par des prestataires ou fournisseurs exclus du champ d'application des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Les prestations délivrées par des prestataires salariés des établissements du secteur extra-hospitalier à des personnes protégées séjournant dans ces établissements ne sont pas opposables à l'assurance maladie à moins qu'une disposition, légale, réglementaire ou une convention conclue conformément à l'article 61 du Code de la sécurité sociale ne le prévoie expressément.

Il en est de même des prestations et prescriptions médicales réalisées ou ordonnées dans le cadre de la médecine du travail par des médecins pour le compte du personnel d'une entreprise ou d'une institution privée ou publique.

CHAPITRE 2. - **CHAMP D'APPLICATION TEMPOREL**

Art. 8. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. Ce droit est maintenu en outre pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, pendant trois mois supplémentaires.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice de cette disposition, la personne protégée doit faire parvenir au Contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du Contrôle médical datant d'au moins trente jours avant la cessation du droit aux prestations.

CHAPITRE 3. - **DEVOIRS GÉNÉRAUX IMPOSÉS À LA PERSONNE PROTÉGÉE POUR L'OBTENTION DES PRESTATIONS**

Carte d'assuré

Art. 9. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du Code de la sécurité sociale une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est strictement personnelle et elle reste la propriété de l'institution émettrice. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci à la fin de l'affiliation.

La carte doit être présentée à tout prestataire de soins ou fournisseur pour toute sollicitation de prestations ou de fournitures à charge de l'assurance maladie.

Les prestataires de soins et les fournisseurs sont en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte lorsque celui-ci ne leur est pas personnellement connu.

Sans préjudice d'autres sanctions portées par les présents statuts en cas d'utilisation non conforme de la carte d'assuré, toute personne ne se soumettant pas aux prescriptions prévues par les présents statuts au moment de la délivrance des prestations ou des fournitures est exclue du bénéfice de la prise en charge de ces prestations par la voie du tiers payant.

Les cartes d'assuré signalées par le Centre commun de la sécurité sociale comme périmées peuvent être saisies et retenues par tout prestataire de soins à qui ce service peut être demandé par l'assurance maladie.

En cas d'utilisation abusive de la carte, les détenteurs de la carte sont passibles des sanctions civiles et pénales prévues par les lois, les règlements et les présents statuts. Il en est de même des personnes ayant toléré sciemment une utilisation par autrui de leur carte d'assuré personnelle.

En cas de perte de la carte d'assuré, l'assuré doit s'adresser à sa caisse compétente pour demander une nouvelle carte.

Opposabilité des conventions

Art. 10. Les prestations et fournitures à charge de l'assurance maladie sont délivrées aux personnes protégées dans les limites et suivant les modalités prévues par les conventions conclues sur base des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des prestataires des soins de santé et des fournisseurs.

Les obligations conventionnelles auxquelles sont tenus les prestataires de soins et fournisseurs peuvent leur être opposées individuellement par les personnes protégées dans l'exercice des droits qui sont dévolus à celles-ci dans le cadre des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance maladie.

Pareillement les personnes protégées sont assujetties au respect des devoirs qui leur sont imposés dans le cadre de l'exécution des conventions prévisées, conclues avec les prestataires de soins et fournisseurs.

Traitements des données à caractère personnel

Art. 11. Le fait par la personne protégée de se faire délivrer les prestations et fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou de demander à l'assurance maladie le remboursement des frais avancés pour les prestations et fournitures par la remise d'ordonnances, factures et mémoires d'honoraires, implique acceptation par la personne protégée de l'incorporation des données à caractère personnel figurant sur ces documents dans le système informatique exploité par l'assurance maladie et le Contrôle médical dans le cadre de leurs missions légales.

CHAPITRE 4.- **CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL**

Section 1. - Délimitation des prestations

Art. 12. Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du Code de la sécurité sociale et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic exclus de la prise en charge.

Dans le cadre des présents statuts les termes « assurance maladie » comprennent également l'assurance contre les accidents.

Prestations non prévues par les nomenclatures

Art. 13. Lorsqu'une personne protégée demande pour soi l'application d'un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du Contrôle médical ou un acte qui n'est pas prévu par la nomenclature, elle est en droit de demander au prestataire l'application de la procédure y relative prévue par les conventions conclues entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels des prestataires et fournisseurs.

La personne protégée qui, nonobstant la décision définitive de l'assurance maladie notifiant le refus du Contrôle médical de prendre en charge une prestation ou une fourniture, demande néanmoins sa délivrance, a droit, dans le cadre des obligations conventionnelles applicables, à la communication préalable par le prestataire de soins ou par le fournisseur, du tarif appliqué par celui-ci ou, s'il s'agit de fournitures matérielles, d'un devis définitif ainsi qu'à une information sur d'éventuels frais accessoires s'y rapportant.

Section 2. - Conditions de forme imposées pour l'obtention des prestations

Ordonnances médicales

Art. 14. Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale originale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance, ce sans préjudice des particularités prévues à ce sujet par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts et des dispositions particulières applicables à la délivrance de médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale.

Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Des délivrances successives sont opposables pour les fournitures dont la délivrance en une fois est limitée par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou par les présents statuts.

Propriété et détention de l'ordonnance

Art. 15. L'ordonnance médicale est la propriété de la personne protégée tant que celle-ci ne s'en dessaisit pas pour obtenir la prise en charge des prestations ou fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou pour obtenir le remboursement de la part supportée par l'assurance maladie après que la personne protégée en ait fait l'avance des frais.

Les prestataires ont le droit d'exiger l'ordonnance au début des prestations et de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

La personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance à tout moment contre paiement des prestations ou fournitures effectivement délivrées.

Identification des personnes protégées

Art. 15bis. Les ordonnances médicales, les mémoires d'honoraires et les factures émanant des médecins ou médecins-dentistes, des professions de soins de santé ou des fournisseurs délivrant des prestations ou fournitures à charge de l'assurance maladie ne sont opposables à l'assurance maladie que si les données personnelles d'identification de la personne protégée ainsi que le numéro matricule y figurent.

Prescriptions à titre préventif

Art. 16. En dehors des prescriptions établies à des fins de diagnostic et celles résultant des programmes de médecine préventive réalisés en exécution de l'article 17, alinéa 3 du Code de

la sécurité sociale, les médicaments, pansements et autres fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie si, par leur prescription le médecin accède à une sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance, le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance, ou, s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Est visée notamment la prescription de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de la personne protégée ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousses d'urgence.

Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention « PREVENTIF ».

Autorisations préalables du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 17. Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du Contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à autorisation préalable du Contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, la personne protégée est en droit d'être informée par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du Contrôle médical, celui-ci en refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant à des actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins ne sont valables que pour un délai de douze mois à compter de la date d'autorisation.

Procédure d'autorisation par le Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 18. Dans tous les cas le Contrôle médical peut être saisi directement des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par la personne protégée, soit par le prestataire.

Sauf les exceptions expressément prévues par les présents statuts en cas d'urgence, les autorisations doivent toujours être sollicitées sur base d'un document écrit ou par une remise au Contrôle médical d'une ordonnance médicale motivée.

Les ordonnances spécifient s'il s'agit de prestations urgentes. Le cas échéant, le médecin-prescripteur indique une date limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance.

Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces et rapports permettant au Contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande.

Les originaux des documents nécessaires à la continuation du traitement de la personne protégée sont retournés par le Contrôle médical au médecin-prescripteur ou à la personne protégée, selon le cas.

Les décisions ou les avis du Contrôle médical sont notifiés à la personne protégée par la caisse compétente.

En cas de refus d'un traitement une copie de la décision est envoyée au médecin-prescripteur.

Art. 19. Les décisions négatives du Contrôle médical au sujet des demandes d'autorisation sont notifiées à qui de droit d'après les modalités prévues au Code de la sécurité sociale.

Lorsque le Contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire mais en faisant connaître ses désirs ou exigences. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation, mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse de la personne protégée.

CHAPITRE 5.- **SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE**

Remboursement des prestations et fournitures en dehors du tiers payant

Art. 20. Sauf le cas où la loi ou les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale comportent un mode de paiement prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie de l'intégralité ou d'une partie des frais, il appartient à la personne protégée de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la

personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse compétente dans le délai prévu à l'article 84 du Code de la sécurité sociale.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie des fractionnements des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

Prise en charge directe par le système du tiers payant

Art. 21. Dans les cas où la loi, les règlements, les conventions prévues aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale ou les présents statuts le prévoient, la part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par la voie du tiers payant.

Dans le cadre de ce système il appartient à la personne protégée de régler au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à sa charge personnelle.

Conditions d'application du système du tiers payant dans le secteur extra-hospitalier

Art. 22. Les prestations de soins de santé et fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le fournisseur délivre une copie de l'ordonnance et établit une facture qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

La prise en charge de médicaments ou des fournitures se fait obligatoirement sur base d'un titre de prise en charge remis préalablement à la délivrance à la personne protégée par la Caisse nationale de santé dans les cas suivants :

a) lorsque la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical

b) lorsque l'émission d'un titre de prise en charge est une condition prévue dans les listes visées au chapitre 13 des présents statuts.

CHAPITRE 6.- **PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS**[1)]

Section 1: Prestations de soins de santé transfrontaliers dont la prise en charge n'est pas soumise à une autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Conditions générales pour la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen

Art. 23. (1) La prise en charge des prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, se fait selon les conditions et modalités prévues au niveau des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires.

(2) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers se fait aux conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg et dans le respect de l'article 12 des présents statuts, sauf avis du Contrôle médical de la sécurité sociale confirmant que les prestations non prévues par la législation luxembourgeoise sont indispensables et déterminant la prise en charge en assimilant les prestations de soins de santé transfrontaliers à des prestations de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'État membre de traitement. La prise en charge se fait sur base de factures détaillées permettant d'identifier les prestations reçues et de déterminer une analogie par rapport aux prestations prévues au Luxembourg.

(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers délivrées en milieu hospitalier ambulatoire se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux paragraphes 1 et 2 du présent article, sous réserve de ce qui suit:

La prise en charge des frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers ambulatoires se fait sur base et jusqu'à concurrence des montants forfaitaires correspondant

---

1) A voir annexe K - Prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en milieu hospitalier (Mém. A 159 du 13 août 2014, p. 2466).

aux coûts moyens déterminés pour les unités d'œuvre des entités fonctionnelles qui sont définies conformément à la convention liant la Caisse nationale de santé à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 3 des présents statuts. Les forfaits et leurs modalités de calcul et de cumul sont prévus à l'annexe K des présents statuts.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

Sous-section 2: Prestations de soins de santé médicalement nécessaires au cours d'un séjour dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace Economique Européen

Art. 24. (1) La prise en charge de prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, compte tenu de la nature des prestations et de la durée du séjour, a lieu suivant le règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et le règlement d'application (CE) n° 987/2009.

(2) Dans l'hypothèse visée à l'article 25 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, si la personne protégée a supporté les coûts des prestations de soins de santé servies à l'étranger et en demande le remboursement à la caisse luxembourgeoise compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale, celle-ci s'informe auprès de l'institution compétente dans l'État membre de séjour des indications nécessaires sur les taux et tarifs de remboursement applicables dans l'État membre de séjour.

Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas de remboursement, la caisse luxembourgeoise procède au remboursement des prestations selon les conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg déterminés conformément à l'article 23 et, en ce qui concerne le coût moyen d'hospitalisation, à l'article 25 des présents statuts.

(3) À défaut d'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009 et à défaut de renseignements complémentaires de la personne protégée justifiant de leur application, la demande de remboursement est examinée conformément à l'article 20 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même si, au moment de la demande de remboursement, la personne protégée exprime sa volonté d'écarter l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009. Pour l'appréciation de la présente disposition, la Caisse nationale de santé peut demander un avis au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sous-section 3: Prestations de soins de santé urgents dispensées dans un pays autre qu'un État membre de l'Union européenne, la Suisse, ou un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie

Art. 25. Les prestations de soins de santé énumérées à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, dispensées dans un pays autre qu'un État membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, sont prises en charge selon les modalités prévues ci-dessous et à l'article 23 des présents statuts, à condition que le Contrôle médical de la sécurité sociale, sur base d'un avis motivé, reconnaisse que les prestations ont été reçues d'urgence en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger.

Les frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier stationnaire sont pris en charge sur base des prestations facturées, déduction faite des prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'État membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires, jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé en fonction du type de séjour, déduction faite de la participation personnelle journalière due en vertu de l'article 142, alinéa 2 des présents statuts. Le coût moyen d'hospitalisation en fonction du type de séjour est repris à l'annexe K des présents statuts. Il est pris en charge une fois par nuitée passée dans un hôpital. Aux fins de la présente disposition est considérée comme prestation de soins de santé du secteur hospitalier stationnaire, une prestation pour laquelle il y a eu occupation effective d'un lit avec présence à l'hôpital du patient à minuit.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, le Contrôle médical de la sécurité sociale reconnaissant l'urgence de la prestation reçue en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, en détermine la prise en charge en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

Section 2: Prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1: Situations visées

Art. 26. (1) Est soumise à l'obtention d'une autorisation délivrée par la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge

1) de prestations de soins de santé dispensées dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen selon le règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et le règlement d'application (CE) n° 987/2009;
2) de prestations de soins de santé dispensées dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, visées à l'article 20, paragraphe 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;
3) de prestations de soins de santé dispensées en dehors d'une situation d'urgence dans un pays autre qu'un État membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, visées à l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

(2) Est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, la prise en charge des frais de transport en vue de l'obtention des seules prestations de soins de santé transfrontaliers autorisées par la Caisse nationale de santé. La prise en charge se fait suivant les conditions et les modalités prévues au chapitre 11 du Titre II de la 1ère partie des présents statuts.

Sous-section 2: Demande d'autorisation préalable

Art. 27. (1) La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues à l'article 26 des présents statuts est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aux fins de l'obtention de cette autorisation, la personne protégée présente à la Caisse nationale de santé une demande d'autorisation préalable émanant d'un médecin dans les formes définies au paragraphe 2.

(2) La demande d'autorisation présentée sur le formulaire type repris à l'annexe L des présents statuts contient au moins les renseignements suivants:

- les données d'identification de la personne protégée (noms, adresse, numéro d'identification unique);
- les données d'identification du médecin prescripteur;
- la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger;
- le diagnostic précis moyennant codification CIM10 à 4 caractères;
- la date de début de traitement avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement;
- l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de l'assurée;
- la nature du traitement;
- la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement;
- le cas échéant, l'information que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande;
- l'indication et la motivation du moyen de transport. Les dispositions du chapitre 11 sont applicables.

(3) A la suite d'une autorisation de traitement à l'étranger, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut dispenser d'une demande formelle présentée dans les formes ci-devant si le transfert a pour objet une consultation du prestataire étranger, nécessaire en vue du suivi médical du traitement.

Sous-section 3: Procédure d'autorisation préalable

Art. 28. (1) La personne protégée adresse la demande d'autorisation de traitement à l'étranger dûment remplie conformément à l'article 27 des présents statuts à la Caisse nationale de santé. Dès réception de la demande, la Caisse nationale de santé procède à la vérification des conditions de forme.

(2) Sauf demande contraire de la personne protégée, la Caisse nationale de santé apprécie la demande au regard de l'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, pour autant qu'elle concerne un traitement dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen.

(3) En cas de demande expresse de la personne protégée de bénéficier de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé joint à sa décision une lettre d'information rappelant à la

personne protégée son droit de solliciter une autorisation de traitement dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(4) Après vérification de la demande quant à sa conformité aux conditions de forme prévues par les présents statuts, la Caisse nationale de santé transmet la demande au Contrôle médical de la sécurité sociale aux fins de l'appréciation du volet médical.

(5) Le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis motivé négatif si les prestations sollicitées ne sont pas conformes aux articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

(6) La Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder l'autorisation de traitement à l'étranger

1) si les prestations demandées font partie des prestations prises en charge en vertu de l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale et si selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale elles ne peuvent être dispensées au Luxembourg à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, sur base d'une évaluation médicale objective, documentée sur la demande d'autorisation, de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur ou de la nature de son handicap au moment de cette demande.
2) si les prestations ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, mais qu'elles sont indispensables selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(7) Si les conditions pour l'autorisation de traitement à l'étranger sont remplies dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, et sauf demande contraire de la personne protégée sollicitant la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé procède à l'émission d'un formulaire S2. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre du traitement à l'étranger en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004.

(8) Si les conditions en vue de l'autorisation préalable ne sont pas remplies au regard du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, mais que les conditions sont remplies pour l'octroi d'une autorisation de traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une autorisation dans le cadre de l'article 20 du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20 du Code de la sécurité sociale.

(9) Si la demande d'autorisation de traitement à l'étranger porte sur des prestations de soins de santé transfrontaliers à délivrer dans un pays autre qu'un État membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen ou qu'un pays lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, et en cas d'accomplissement des conditions de forme prévues par les présents statuts, la Caisse nationale de santé procède sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, à l'émission d'une autorisation en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale. La décision de la Caisse nationale de santé est accompagnée d'un courrier informant la personne protégée sur ses droits et ses obligations dans le cadre de la prise en charge du traitement à l'étranger en vertu de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

(10) Si les conditions prévues pour l'obtention d'une autorisation de traitement à l'étranger ne sont remplies en vertu ni du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, ni de l'article 20, ni de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé émet une décision de refus de prise en charge.

(11) La Caisse nationale de santé transmet la décision à la personne protégée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard trois semaines après la date de réception de la demande complète. Si la Caisse nationale de santé n'est pas en mesure de répondre à la demande dans ce délai, elle en informe la personne protégée et lui fait part des circonstances suspendant le délai de traitement de la demande.

(12) Le cas échéant un titre de prise en charge pour le moyen de transport autorisé est émis.

Sous-section 4: Modalités de la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable

1. Dans le cadre du règlement de coordination (CE) n° 883/2004

Art. 29. (1) Les prestations de soins de santé transfrontaliers dont la délivrance à l'étranger est dûment autorisée par la Caisse nationale de santé au moyen d'un formulaire S2, sont prises en charge en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 conformément à la législation de l'État membre de séjour comme si la personne protégée y était assurée.

(2) Au cas où du fait d'un niveau de prise en charge moins élevé dans l'État membre de séjour que dans l'État membre d'affiliation, l'application de la législation de l'État membre de séjour dans le cadre d'un traitement autorisé en vertu du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 laisse subsister un découvert dans ses dépenses, la personne protégée a droit, sur demande, au paiement d'un complément différentiel, selon l'article 26, paragraphe 7 du règlement d'application (CE) n° 987/2009, par la caisse de maladie compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale.

Pour les traitements autorisés en milieu hospitalier stationnaire, le complément différentiel s'applique jusqu'à concurrence des participations et franchises éventuelles pouvant être mises

en compte en vertu de la législation de l'État membre de séjour, déduction faite du montant prévu à l'article 142, alinéa 2, pour autant que ce montant est inférieur à la participation ou la franchise. Pour les traitements autorisés en milieu extrahospitalier ou en milieu hospitalier ambulatoire, le complément différentiel s'applique aux participations éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant des participations qui resteraient à charge de la personne protégée après application des dispositions prévues par les nomenclatures et les présents statuts, pour autant que ce montant est inférieur aux participations dues dans l'État membre de séjour. Ne sont pas prises en considération pour l'appréciation d'un droit à un complément différentiel, les prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'État membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires.

Sont exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les présents statuts ne sont pas remplies.

(3) Si en vertu de la législation étrangère applicable, l'ampleur des prestations dues aux assurés sociaux de l'étranger varie en fonction de critères sociaux, économiques ou géographiques, ou si leur obtention est soumise à des règles d'exception, la personne protégée bénéficiant d'un transfert autorisé a droit à la prise en charge la plus favorable prévue par cette législation. Le cas échéant, les prestations afférentes peuvent être prises en charge par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant.

2. Dans le cadre de l'article 20 ou de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale

Art. 29bis. La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable en vertu de l'article 20 ou de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale se fait conformément aux dispositions de l'article 23 des présents statuts en ce qui concerne les prestations du secteur extrahospitalier et celles du secteur hospitalier ambulatoire et conformément aux dispositions de l'article 25 des présents statuts pour les frais liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

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

3. Frais de séjour

Art. 29ter. Les frais de séjour d'une personne protégée qui suit à l'étranger un traitement ambulatoire autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 R) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger pour y subir un traitement en milieu hospitalier aigu ou une consultation autorisés sont à charge de l'assurance maladie selon les tarifs prévus à l'alinéa précédent sur base d'une demande expresse appuyée d'une justification établie par le médecin traitant étranger. Une justification spéciale n'est pas requise lorsque le patient est un mineur d'âge.

4. Cures à l'étranger

Art. 30. Les cures à l'étranger sont prises en charge par l'assurance maladie, à condition d'avoir été autorisées préalablement par la Caisse nationale de santé sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 28 des présents statuts.

La prise en charge des cures dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux articles 78 à 80 des présents statuts. Les frais de séjour non compris dans le tarif sont pris en charge dans les limites prévues à l'article 79. Toutefois, et par dérogation à l'article 79, alinéa 2, les frais de location d'un appartement sont remboursés jusqu'à concurrence des forfaits visés à l'article 79 sur présentation du contrat de location dûment signé et daté et de la quittance établie au nom du curiste s'y rapportant. En cas de cure autorisée à l'étranger d'un mineur d'âge, les frais de séjour d'une personne accompagnante sont à charge de l'assurance maladie sur demande expresse et jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 79 des statuts.

Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

CHAPITRE 7.- **CONSOMMATION ABUSIVE DE PRESTATIONS DE SOINS**

Art. 31. Est considéré comme abus de consommation de prestations à charge de l'assurance maladie, le fait par la personne protégée

a) de se faire délivrer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical, des prestations de soins de santé ou des fournitures sur prescription d'un médecin que, en inobservation des prescriptions de l'article 37, elle a sciemment laissé dans l'ignorance des moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en œuvre par d'autres médecins pour les mêmes troubles de la santé au cours des trois mois précédents;

b) de solliciter sans justification admise par le Contrôle médical les services de plus de deux médecins différents de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois consécutifs;

c) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de trois médecins différents de quelque discipline que ce soit dans un intervalle de trois mois. Les services des médecins-dentistes, des radiologues, des ophtalmologues et des médecins en anesthésie-réanimation ne sont pas pris en compte aux fins de la détermination du nombre de médecins sollicités;

d) de provoquer la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, de psychomotricité ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement dûment prescrit et autorisé;

e) de se procurer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical des médicaments qui sont prescrits par au moins deux médecins différents à des doses qui seules ou en association dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques ou qui sont pris dans des troubles non-repris dans les indications pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été accordée.

Sanctions de la consommation abusive de soins et de fournitures de santé à charge de l'assurance maladie

Art. 32. Les décisions portant constatation par le Contrôle médical des abus visés à l'article précédent sont notifiées à la personne protégée dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le Code de la sécurité sociale. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement application immédiate des sanctions prévues aux présents statuts par les instances compétentes.

Les sanctions sont pareillement appliquées en cas de jugement coulé en force de chose jugée confirmant les abus constatés.

Les sanctions sont les suivantes:

a) Pour la première constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent il est prononcé un avertissement

b) Pour la deuxième constatation d'un des abus de chacune des catégories spécifiées à l'article précédent

- la prise en charge des prestations et fournitures de même nature dont la délivrance injustifiée est obtenue par les faits visés à l'article 31, sous a) et e) est refusée;
- la prise en charge des honoraires des médecins sollicités en dernier lieu et par dépassement de la norme prévue par l'article 31, sous b) et c), ainsi que des prestations et fournitures prescrites par ces médecins est refusée;
- dans le cas visé à l'article 31, sous d), la prise en charge des prestations prévues par l'ordonnance médicale se rapportant au traitement interrompu est refusée;

  La Caisse nationale de santé procède à la récupération des sommes correspondantes aux prestations et fournitures abusivement obtenues au cours d'une période maximale de vingt-quatre mois précédant la décision afférente du conseil d'administration, sans que le point de départ de cette période ne puisse se situer antérieurement à la date de la première constatation de l'abus par le conseil d'administration.

c) Dans le cas de récidive dans le délai de vingt-quatre mois à compter de la dernière décision coulée en force de chose jugée sanctionnant un des abus prévus sous a), b), c) et e) de l'article 31, la personne protégée est domiciliée temporairement auprès d'un médecin omnipraticien de son choix. Les services de médecins-spécialistes qu'elle sollicite durant cette période à charge de l'assurance maladie sont obtenus par un transfert du médecin généraliste.

Sauf le cas d'urgence les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en contravention aux dispositions visées sous c) ci-dessus ne donnent pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Dans les mêmes conditions et dans les cas visés à l'article 31, sous a) et e), la personne protégée peut également être domiciliée temporairement auprès d'un pharmacien de son choix.

La durée de la domiciliation est fixée par l'instance compétente en rapport avec l'importance des abus constatés. Elle ne peut excéder une période de deux ans. Elle peut toutefois être renouvelée pour la même durée maximale pour chaque récidive.

Art. 33. Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est refusée à titre de sanction font l'objet d'une communication à la personne protégée et aux médecins et prestataires intéressés.

Si à la découverte des faits ou si, au moment où la décision constatant l'abus est coulée en force de chose jugée, la prise en charge des prestations par l'assurance maladie est consommée, il naît en faveur de la Caisse nationale de santé à l'égard de la personne protégée et de sa succession une créance au sens de l'article 441 du Code de la sécurité sociale jusqu'à concurrence des montants faisant l'objet des sanctions prévues à l'article 32.

Si la personne protégée ou sa succession ne s'acquittent pas des montants dans les trente jours de leur réclamation, la Caisse nationale de santé est en droit de procéder par compensation conformément à l'article 441[1)] du Code de la sécurité sociale ce, sans préjudice de son droit de recourir aux voies de recouvrement forcé prévues par le droit commun.

TITRE II. - **REGLES PARTICULIERES POUR L'OBTENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES DIFFERENTES CATEGORIES DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE ET DE FOURNITURES**

CHAPITRE 1.- **SOINS MEDICAUX**

Exclusions

Art. 34. Sans préjudice d'autres exclusions de prise en charge prévues par les lois, règlements, conventions et les présents statuts, les soins médicaux dispensés par des médecins dans le cadre d'un statut professionnel non couvert par la convention visée à l'article 61, sous 1) du Code de la sécurité sociale, ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Taux de prise en charge

Art. 35. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes médicaux sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%), sous réserve des exceptions prévues ci-après.

Pour les visites médicales en milieu extrahospitalier délivrées sur une personne protégée âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte, il est déduit du taux de prise en charge visé a l'alinéa qui précède une participation de l'assuré s'élevant à vingt pour cent (20%) du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien.

Pour les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services des médecins qui ne sont pas visés à l'alinéa précédent, il est déduit du taux de prise en charge visé à l'alinéa 1er une participation de douze pour cent (12%), pour autant que ces actes et services soient réalisés en dehors d'un traitement hospitalier stationnaire ou admis dans un service hôpital de jour au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et que la personne protégée soit âgée de dix-huit (18) ans accomplis au moins à la date de la délivrance de l'acte.

La participation prévue à l'alinéa précédent n'est pas applicable:

1. aux traitements par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse;
2. aux examens à visée préventive et de dépistage (chapitre 6 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux);
3. aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive (positions 8V53, 8V57, 8V58, 1G91 à 1G96);
4. aux forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour prévus au chapitre 8 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux;
5. ainsi qu'aux consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (chapitre 10 de la 1ère partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux).

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge dans les cas limitativement prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins au taux de cent pour cent (100%) sur base d'un tarif établi conformément aux conditions et modalités y prévues. En cas de visite au domicile de la personne protégée, la prise en charge se fait seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite (au lieu de prestation). La présente disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin dans le cadre du service de nuit en médecine générale, ceux du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel, ainsi que ceux effectués en cas de mise en compte du code de l'acte V801 de la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale sont pris en charge intégralement.

Du médecin référent

Art. 35bis. L'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) le forfait pour la coordination des soins et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée prévu au chapitre 9 de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services médicaux dans les conditions suivantes:

1. la personne protégée est atteinte d'une affection de longue durée énumérée à l'article 20 de la nomenclature des actes et services des médecins;
2. la personne protégée a désigné un médecin référent au sens de l'article 19bis du Code de la sécurité sociale et en vertu de l'annexe V de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins dentistes;
3. la personne protégée dispose d'un dossier de soins dûment activé.

Art. 35ter. Dans le cadre de toute mesure édictée par le Ministère de la santé relative à l'épidémie de Coronavirus (COVID-19), l'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100 %) :

- la téléconsultation, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C45) ;
- la téléconsultation, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 7 « Tarifs spéciaux », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (position DC45) ;
- le forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 prévu au tableau des actes et services de la première partie « actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position FC45) ;
- le forfait horaire et la majoration pour frais connexes du forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 prévus au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 7 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifiée du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (positions FD45 et FD46) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 7h et 19h, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », Chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C801) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 19h et 22h, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C802) ;
- la consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite le dimanche ou un jour férié légal, prévue au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 4 « Consultations spéciales », sous-section 5 « Consultations dans un centre de consultations dédiés à la prise en charge des patients atteints de COVID-19 », du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C803) ;
- le forfait pour l'inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la santé, d'un patient reconnu vulnérable, prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C46) ;
- le forfait pour vaccination contre la COVID-19 et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé, prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », chapitre 1er « Consultations », section 3 « Tarifs spéciaux » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position C47) ;
- le forfait réservé aux médecins spécialistes en médecine générale, gériatrie, pédiatrie et médecine interne pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale, et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé prévu au tableau des actes et services de la première partie « Actes généraux », Chapitre 2 « Visites », section 1ère « Visites en milieu extra-hospitalier » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (position V 801).

Limitation des prestations

Art. 36. Sauf autorisation préalable ou justification admise par la caisse sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prises en charge

- plus d'une consultation ou visite du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par vingt-quatre heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence [1)],
- plus de deux consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par période de sept jours,
- plus de douze consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par semestre, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Les renouvellements d'ordonnance et les injections et pansements en série ne sont pas pris en considération pour l'application des dispositions qui précèdent.

Il n'est pris en charge plus d'une consultation majorée de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans un intervalle de six mois, exception faite pour celles données par les médecins spécialistes en neurologie ou en neuropsychiatrie. En cas de délivrance dans cet intervalle d'un nombre supérieur de consultations majorées, celles-ci sont prises en charge au tarif de la consultation normale.

Ne sont pris en charge que trois échographies obstétricales par cas de grossesse, sauf en cas d'hospitalisation stationnaire continue pendant une durée d'au moins trois jours pour pathologie fœtale ou maternelle ayant des répercussions sur l'état de santé du foetus.

L'assurance maladie prend en charge la mesure de la densité osseuse effectuée selon le procédé DXA uniquement dans les pathologies limitativement énumérées à l'annexe C des statuts. L'examen sera pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 10 ans, le délai entre deux mesures devant être au moins de deux ans. Dans des cas exceptionnels et sur présentation d'un dossier détaillé, la prise en charge d'examens supplémentaires pourra être accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale. Pour être opposable à l'assurance maladie le mémoire d'honoraires en question doit être accompagné de l'ordonnance médicale indiquant le code de la pathologie en cause.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les actes d'anesthésie effectués par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en relation avec les actes techniques visés au chapitre 9, sous-section 2 du règlement de nomenclature des médecins ainsi que ceux visés aux chapitres 1er, 2 et 3 de la deuxième partie du règlement de nomenclature des médecins-dentistes, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du Contrôle médical dans l'une des conditions prévues à l'alinéa 6 de l'article 142 des présents statuts.

Conditions et modalités particulières

Art. 37. La personne protégée est tenue d'indiquer au médecin qu'elle consulte si les troubles de la santé dont elle se plaint ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, telles analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. Elle doit indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés.

Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peuvent servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, la personne protégée est tenue de procurer au médecin traitant ces données conformément à la procédure prévue à l'article 161.

Convenance personnelle et dépassements de tarifs

Art. 38. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées ainsi que des dépassements de tarifs des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

CHAPITRE 2.- **SOINS DE MÉDECINE DENTAIRE**

Taux de prise en charge

Art. 39. Au-delà d'un montant-limite annuel intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale applicables au moment de leur délivrance. Le montant-limite prévisé correspond au coefficient de 12,43 multiplié par la valeur

---

1) Glossaire: par service médical d'urgence il y a lieu d'entendre une intervention des services de secours (Mém. A 216 du 3/12/10, p. 3540).

de la lettre-clé au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 applicable à la date de prestation.

La participation prévue à l'alinéa 1 n'est pas applicable

1. à l'examen dentaire prévu à la 1ère section du chapitre 6 de la première partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes;
2. aux actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes dispensés aux enfants et jeunes de moins de 18 ans accomplis dans le cadre du programme de médecine préventive institué en matière de traitement dentaire des enfants et des jeunes.

Par dérogation à l'alinéa premier, les frais pour prothèses dentaires inscrites à la nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent (80%) des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent (100%) de ces tarifs.

Par dérogation à l'alinéa précédent les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de cent pour cent (100%) des tarifs conventionnels fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale applicables au moment de leur délivrance pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse.

La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

L'alinéa 5 de l'article 35 est applicable.

Limitation des prestations

Art. 40. (1) L'assurance maladie ne prend en charge les anesthésies locales ou régionales prévues sous les codes DS20, DS21 à l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ou sous le suffixe «L» visé à l'article 12 de la partie générale de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes que dans les cas de figure et selon les conditions et les modalités prévues ci-dessous:

1) En cas d'obturations (positions DS14, DS15, DS16 et DS19 de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes), d'extractions, de pulpectomies (DS10, DS11 et DS12) ou de traitements médicodentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins au niveau du maxillaire inférieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie régionale par séance et par hémi maxillaire.
2) Au niveau du maxillaire supérieur, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une anesthésie locale par séance et
   a. par dent à extraire
   b. par dent à dévitaliser (DS10, DS11 et DS12)
   c. par dent à obturer (DS14, DS15, DS16 et DS19) ainsi que
   d. par hémi maxillaire pour les traitements médico-dentaires prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins et effectués sous anesthésie locale.

(2) Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par le Contrôle médical et si le coefficient masticatoire est inférieur à cinquante pour cent.

(3) Les rebasages total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par période de 365 jours à partir du deuxième rebasage.

(4) Le détartrage est pris en charge deux fois par période de 365 jours.

Autorisations préalables du Contrôle médical

Art. 41. Dans les cas prévus par la nomenclature des actes des médecins-dentistes et la convention conclue avec le corps médico-dentaire, la prise en charge des prestations est soumise à la présentation d'un devis préalable.

Délais de renouvellement des prothèses

Art. 42. Les prothèses conjointes ne sont renouvelées que par périodes de douze ans.

Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les cinq ans.

Par dérogation aux alinéas 1 et 2 du présent article, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans les cas de figure limitativement énumérés ci-dessous:

- Fracture osseuse maxillo-faciale
- Néoplasie intéressant la région maxillo-buccale
- Traitement aux biphosphonates à très haute dose
- Traitement prothétique dentaire avant l'âge de 17 ans accomplis.

Les traitements d'orthodontie

Art. 43. Aucune position du chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins dentistes ne peut être prise en charge plus d'une seule fois. Par dérogation la position DT10 pourra être prise en charge au maximum 3 fois sur une période de 5 ans, le délai entre deux DT10 devant être au moins de 365 jours.

A l'exception des positions DT10 et DT11, les actes du chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins dentistes ne sont pris en charge que sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical.

Le remboursement des frais du traitement d'orthodontie ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés et sans préjudice des dispositions de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant au chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes ne sont valables que si le traitement autorisé est commencé dans un délai de douze mois à compter de la date de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le délai prévu au présent alinéa et la condition d'âge prévue au chapitre 8 de la 2e partie de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes sont appréciés à la date de placement de l'appareil. Le délai prévu au présent alinéa ne s'applique pas aux autorisations se rapportant aux positions DT36 et DT46.

Convenance personnelle et dépassement de tarifs

Art. 44. Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées, des dépassements de tarifs des médecins et médecins-dentistes pour l'hospitalisation en première classe, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires, visés à l'article 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

CHAPITRE 3.- **TRAITEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTRES QUE MEDECINS**

Exclusions et limitations

Art. 45. La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement.

Indemnités pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires du prestataire

Art. 46. Des indemnités pour des contraintes extraordinaires ou pour perte d'honoraires peuvent être mises en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Art. 47. Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité.

Section 1. - Soins infirmiers

Taux de prise en charge

Art. 48. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des infirmiers sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance. Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) pour les actes infirmiers prestés

- à des personnes protégées n'ayant pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis au moment de l'établissement de l'ordonnance,
- à des personnes disposant d'un plan de prise en charge au sens de l'article 350 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 ou d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979.

Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge à condition que la nécessité de dispenser les soins infirmiers au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 49. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des infirmiers ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Art. 50. Par dérogation à l'article 14, alinéa 1 des présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie des actes N801 à N804 de la nomenclature des actes et services des infirmiers n'est pas soumise à la production d'une ordonnance médicale.

Art. 51. Le prélèvement de sang veineux pour analyse prévue dans la nomenclature des actes et services des infirmiers sous le code N106 n'est pris en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Art. 52. (abrogé)

Art. 53. (abrogé)

Section 1bis - Soins de diététique

Taux de prise en charge

Art. 52. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88 %) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance, pour autant que ces actes soient prescrits à une personne protégée qui présente au moins une des pathologies prévues à l'annexe E des présents statuts.

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

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de diététique délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 53. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les diététiciens, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de quatre-vingt-dix (90) jours de l'émission de l'ordonnance médicale. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le diététicien conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des diététiciens. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance médicale auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 54. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances médicales portant sur les actes des diététiciens, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- Le code ou le libellé de la nomenclature des actes et services des diététiciens se rapportant aux actes prescrits,
- La ou les pathologies justifiant la prise en charge des prestations de diététique selon la codification prévue à l'annexe E des présents statuts,
- Le cas échéant, le nombre précis de consultations.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de douze mois (12) à partir de la date d'établissement de l'ordonnance portant prescription de la première consultation du traitement diététique initial respectivement de la prolongation du traitement diététique ne sont plus opposables à l'assurance maladie.

Limitations des prestations

Art. 54*bis*. (1) L'assurance maladie ne prend en charge les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens que si les prestations sont prescrites dans le cadre d'un traitement diététique à une personne protégée souffrant d'au moins d'une des pathologies prévues à l'annexe E des présents statuts.

(2) L'assurance maladie ne prend en charge une prolongation d'un traitement diététique initial que si les conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) l'assurance maladie ne prend en charge qu'une seule prolongation par traitement diététique initial,

b) l'ordonnance portant prescription de la prolongation du traitement diététique initial est établie après la date de prestation de la dernière consultation de suivi dispensée sur base du titre de prise en charge établi dans le cadre du traitement diététique initial ou douze (12) mois au moins se sont écoulés à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale portant prescription du traitement diététique initial,

c) le traitement diététique initial a été suivi dans les trois (3) ans précédant la date de l'ordonnance portant prescription de la prolongation d'un traitement diététique. Le délai court à compter de la consultation diététique initiale délivrée dans le cadre du traitement diététique initial pour la pathologie respective.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge qu'un seul traitement diététique initial et une prolongation du traitement diététique initial par pathologie tous les trois (3) ans. Le délai de trois (3) ans court à compter de la date de la consultation initiale délivrée dans le cadre du traitement diététique initial.

En cas de pluralité de pathologies ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie d'un traitement diététique, les traitements diététiques afférents ne peuvent pas être suivis parallèlement. Un titre de prise en charge pour une pathologie supplémentaire ne peut être obtenu que si le traitement diététique prévu sur base du titre de prise en charge en cours est délivré.

Section 2. - Soins de kinésithérapie

Taux de prise en charge

Art. 54. (abrogé)

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Par dérogation, le taux de prise en charge est de cent pour cent (100%) dans les situations limitativement énumérées ci-dessous:

- lorsque la personne protégée présente une des pathologies lourdes prévues à l'annexe G sous I des présents statuts,
- lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance,
- pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur et ce jusqu'à concurrence de trente-deux (32) séances de traitement, à condition:
  1. que la prescription soit établie dans le délai de quatre (4) mois à compter de la date de l'intervention,
  2. que ces actes soient délivrés dans le délai de quatre (4) mois à partir de la date de la validation de l'ordonnance médicale,
- pour les bilans prévus dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

Le forfait de déplacement du masseur-kinésithérapeute est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins de kinésithérapie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de kinésithérapie délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 56. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente et un (31) jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le masseur-kinésithérapeute conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des masseurs-kinésithérapeutes. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Art. 57. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- la localisation anatomique de la pathologie d'après la codification figurant à l'annexe G sous III des présents statuts,
- le nombre précis de séances,
- pour la rééducation respiratoire: la fréquence d'application par semaine,
- le type du traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante,
- le cas échéant, la demande d'établissement d'un bilan,
- le cas échéant, le code de la pathologie lourde figurant à l'annexe G sous I des présents statuts,
- la date de l'intervention en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de trois (3) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Par dérogation, ce délai est:

- de douze (12) mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale en cas de pathologie lourde prévue à l'annexe G sous I des présents statuts;
- de quatre (4) mois à partir de la date de la validation de l'ordonnance dans les cas prévus à l'article 55, alinéa 2, tiret 3 des présents statuts.

Art. 58. En cas de pathologie courante les actes de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance sauf pour les positions ZK16 et ZK17 où le nombre maximum de séances par ordonnance est de 24. Par dérogation, le nombre maximal par ordonnance est de 64 séances en cas de pathologie lourde et de 32 séances en cas de rééducation post-chirurgicale.

Section 3. - Soins d'orthophonie

Taux de prise en charge

Art. 59. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des orthophonistes sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de 100%, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Les frais de déplacement de l'orthophoniste sont pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins d'orthophonie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Restrictions à la prise en charge

Art. 60. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés par les orthophonistes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les actes prescrits dépassent l'utile et le nécessaire.

Art. 61. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations d'orthophonie ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des orthophonistes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- le diagnostic médical,
- le début de l'affection,
- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- le nombre précis de séances.

Art. 62. (abrogé)

Art. 63. (abrogé)

Section 4. - Soins de sage-femme

Taux de prise en charge

Art. 64. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des sages-femmes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100 %).

Dans le cadre de toute mesure édictée par le Ministère de la santé relative à l'épidémie de Coronavirus (COVID-19), l'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100 %) la téléconsultation prévue à la troisième partie du tableau des actes et services du règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (position S45).

Limitations des prestations

Art. 65. L'assurance maladie ne prend en charge que cinq (5) consultations correspondant au code S14 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes par grossesse.

L'assurance maladie ne prend en charge le forfait correspondant au code S26 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes que dans les situations limitativement énumérées ci-dessous :

- Pour les primipares,
- En cas de naissances multiples,
- En cas d'accouchement prématuré,
- En cas de césarienne,
- En cas de mort in utéro.
- En cas d'accouchement à la maternité pendant l'épidémie COVID-19 suivi d'un séjour à l'hôpital ne dépassant pas le jour consécutif à celui de la naissance de l'enfant. [1)]

Dans le cadre de l'épidémie COVID-19, l'assurance maladie ne prend en charge par grossesse, que cinq (5) téléconsultations en période prénatale et cinq (5) téléconsultations en période postnatale correspondant au code S45 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes. [1)]

Limitation des prestations

Art. 66. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de sages-femmes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de l'émission de l'ordonnance.

Art. 66bis. Sur prescription des sages-femmes, les médicaments énumérés limitativement au règlement grand-ducal réglementant la profession de sage-femme sont pris en charge par l'assurance maladie sous réserve de l'accomplissement des conditions et d'après les modalités prévues pour les prescriptions médicales dans les chapitres 4 du titre I et 8 du titre II de la première partie des présents statuts.

Section 5. - Soins de psychomotricité

Taux de prise en charge

Art. 67. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des psychomotriciens, dûment autorisés préalablement par le Contrôle médical, ainsi que les bilans, sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de 100%, lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de dix-huit (18) ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de quatre-vingt pour cent (80%) pour les actes concernant la relaxation.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois

Limitation des prestations

Art. 68. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de psychomotricité ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

---

1) A.20.4.20, 2: Les présentes dispositions produisent leurs effets à partir du 16 mars 2020 et prennent fin à la fin de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, prorogé par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise déclaré.

En cas de délais d'attente dépassant la durée de six mois, certifiés par le prestataire, la disposition qui précède ne s'applique pas.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 69. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins de psychomotricité doit être autorisée par le Contrôle médical.

Les bilans prévus par la nomenclature sont dispensés d'autorisation préalable.

Frais de déplacement

Art. 70. Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Section 6. - Soins palliatifs

Art. 71. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services et dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, point 12) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs applicables au moment de leur délivrance, fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, lorsque la personne protégée dispose du droit aux soins palliatifs conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

CHAPITRE 4.- **ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES EFFECTUES EN DEHORS DU MILIEU HOSPITALIER**

Exclusions

Art. 72. Sans préjudice d'autres causes d'exclusion légales, réglementaires et conventionnelles, les prestations de laboratoire ne sont pas opposables à l'assurance maladie lorsque les prestations sont délivrées par des prestataires non autorisés par les différentes nomenclatures, ou non couverts par les conventions visées à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.

Les analyses de laboratoire effectuées à des fins de recherche ne sont pas prises en charge.

La prise de sang à domicile prévue dans la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales sous le code BY004 n'est prise en charge par l'assurance maladie que si la nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée est certifiée sur l'ordonnance médicale par le médecin prescripteur.

Taux de prise en charge

Art. 73. Sous réserve de l'accomplissement des dispositions prévues dans le présent chapitre, les actes de laboratoire inscrits dans la nomenclature des actes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance.

Forfait de déplacement

Art. 74. Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge par l'assurance maladie, à condition que la nécessité médicale pour effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Limitation des prestations

Art. 75. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations de laboratoire ou de biologie clinique ne sont opposables à l'assurance maladie que dans un délai de deux mois à dater de l'émission de l'ordonnance médicale. Toutefois en cas de fractionnement de la délivrance des prestations, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la date d'émission de l'ordonnance.

Art. 75bis. (article abrogé) [1)]

CHAPITRE 5.- **CURES THERAPEUTIQUES**

Art. 76. (article abrogé) [2)]

---

1) Par A. 11.4.18,2 l'article 75bis et l'intitulé « Prise en charge des analyses génétiques » sont abrogés.

2) Par A. 11.4.18,4 l'article 76 et l'intitulé « Cures de convalescence » sont abrogés.

Conditions et modalités particulières

Art. 77. Les cures thermales et thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale et délivrées dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains conventionné sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge par l'assurance maladie lorsque la personne protégée présente une ou plusieurs affections caractérisées pour lesquelles ces cures sont médicalement indiquées et selon les conditions et modalités prévues ci-après.

La cure thermale pour stase lympho-veineuse T180 prévue à la section 5 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains n'est prise en charge que dans les indications suivantes:

- insuffisance veineuse compliquée;
- lymphoedème.

Les cures thermales pour obésité pathologique T190 (cure stationnaire) et T192 (cure ambulatoire) prévues à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ne pourront être prises en charge que lorsque la personne protégée présente soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur à 35, soit un indice de masse corporelle (IMC/BMI) supérieur ou égal à 30 en association avec au moins l'un des critères suivants:

- diabète sucré avec HbA1c > 7%
- hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs
- syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil
- type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)
- antécédents cardiologiques (coronaropathie/cardiomyopathie documentée).

En cas de suivi d'une cure d'obésité stationnaire, le déjeuner et le dîner doivent obligatoirement être pris au Centre thermal.

Formalités administratives

Art. 77bis. (1) Les cures thermales et thérapeutiques visées à l'alinéa 1 de l'article 77 des présents statuts sont à charge de l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au Centre thermal et visés à l'article 9bis de la loi modifiée du 18 décembre 1987 organisant le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux modules de renforcement prévus à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

La cure prévue à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains est prise en charge par l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une prescription par le médecin traitant.

Les formalités prévues à l'alinéa précédent s'appliquent aux séances d'entretien prévues à la section 8 du règlement grand-ducal susvisé.

(2) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

(3) Pour les actes prévus au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise.

Taux de prise en charge des prestations

Art. 78. Les prestations prévues au règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de quatre-vingts pour cent (80%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, les prestations T260 et T261 prévues au chapitre 2 du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%).

Les prestations de kinésithérapie mises en compte par le Centre thermal et de santé d'après la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes sont prises en charge d'après les conditions prévues aux articles 55 à 58 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 79. Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixé forfaitairement à six euros cinquante cents (6,50 €) par jour au nombre cent de l'indice

pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. La part forfaitaire à charge de l'assurance maladie est due par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle à l'effet d'héberger des personnes, situé sur le territoire de la commune de Mondorf-les-Bains, sans que toutefois le montant remboursé ne puisse dépasser les frais effectivement exposés.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les logements comportant des prestations hôtelières, offerts au séjour des curistes par des établissements ne disposant pas de l'autorisation prévisée doivent être agréés par la Caisse nationale de santé.

Aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance maladie pour un logement sous tente, en roulotte ou en chambre garnie auprès de particuliers.

Les personnes protégées ayant leur résidence officielle dans la commune de Mondorf-les-Bains ont droit, sur documentation de factures acquittées se rapportant aux dates où elles ont suivi le programme de cure, à un montant forfaitaire à charge de l'assurance maladie de un euro et quatre-vingt-dix cents (1,90 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

La part à charge de l'assurance maladie est liquidée sur présentation d'une facture d'un des établissements visés à l'alinéa premier ci-dessus. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les factures acquittées doivent être établies explicitement au nom du curiste. Elles doivent porter la date de leur établissement et indiquent obligatoirement le nombre de nuitées effectives, ainsi que les dates du début et de la fin du séjour du curiste.

Si, en raison de l'arrêt normal du programme de cure en fin de semaine et les jours fériés légaux, la personne protégée interrompt son séjour, elle n'a droit pour ces jours à aucune part à charge de l'assurance maladie.

Limitation des prestations

Art. 80. (1) A l'exception des cures ambulatoires pour les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires (DBC nuque, épaule et dos) prévues dans le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorfles- Bains, la personne protégée a droit à une seule cure de même nature par an. L'autorisation de la Caisse nationale de santé est renouvelable au plus tôt douze mois après la fin de la cure antérieure.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le nombre de cures pour obésité pathologique prévues à la section 6 du chapitre 1er de la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les- Bains pris en charge par l'assurance maladie est limité à deux par personne protégée.

L'assurance maladie prend en charge 14 modules de renforcement dans les 18 mois à partir de la fin de la cure d'obésité pathologique prévue à la section 6 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les- Bains.

L'assurance maladie prend en charge 12 modules de renforcement suite à une chirurgie bariatrique dans les 12 mois à partir de la date d'émission du titre de prise en charge.

(2) Les traitements des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires prévus à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains sous les codes T200, T203 et T206 sont à réaliser par un cycle de 24 séances à finaliser dans les 6 mois sauf interruption pour raison médicale certifiée par le médecin traitant et acceptée par la Caisse nationale de santé.

Le délai d'attente entre deux séries de traitement de même niveau est fixé à 24 mois sauf pour les épaules où un nouveau cycle de 24 séances peut être accordé en cas de pathologie de l'épaule de l'autre côté.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge les séances d'entretien prévues à la section 8 du chapitre 1er du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains qu'à la condition qu'un cycle de 24 séances de traitement initial ait été accordé et effectué antérieurement. La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à 2 séances d'entretien par mois.

(4) Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

(5) L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans un délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.

Art. 81. (abrogé)

CHAPITRE 6.- **RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION, RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE, RÉÉDUCATION GÉRIATRIQUE ET**

RÉÉDUCATION CARDIAQUE, RÉHABILITATION PHYSIQUE ET POST-ONCOLOGIQUE

Section 1. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique

Délimitation des prestations

Art. 82. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou dans les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique prévus à l'article 5 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sont pris en charge suivant les modalités prévues à l'article 142 des présents statuts et par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions prévues à la présente section.

Les traitements stationnaires dans le CNRFR et dans les services de rééducation gériatrique sont pris en charge pour une durée maximale de quatre-vingt-dix (90) jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.

Les traitements ambulatoires dans le CNRFR ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser soixante (60) journées de traitement au cours d'une période continue de six (6) mois. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.

Les traitements ambulatoires de rééducation gériatrique ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement stationnaire en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser une durée maximale de deux mois. Le traitement stationnaire précédant le traitement ambulatoire doit avoir eu une durée d'au moins sept jours.

Les traitements stationnaires dans le service national de réhabilitation physique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la CNS accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la CNS et le corps médical. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de trente (30) jours par cas par année de calendrier.

Les traitements stationnaires dans le service national de réhabilitation post-oncologique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la CNS. L'autorisation est accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la CNS et le corps médical et à condition que

1° selon attestation du médecin traitant la personne protégée présente des limitations fonctionnelles, des comorbidités ou une altération de l'état général imputable au cancer ou résultant de la thérapie poursuivie,

2° l'état clinique de la personne protégée est stable,

3° la date de début de la réhabilitation sollicitée se situe dans le délai de trois (3) mois après la fin de la thérapie aigue pour un cancer.

L'autorisation prévue à l'alinéa précédent est accordée pour une durée maximale de (30) trente jours par cas par année de calendrier.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 83. Le traitement stationnaire au CNRFR ou dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital est subordonné à une autorisation du Contrôle médical. La demande d'autorisation doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de trois jours ouvrables à partir de l'entrée à l'hôpital. L'autorisation est soumise à une demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant obligatoirement une évaluation complète des fonctions motrices et cognitives du patient au moment de l'admission au moyen de l'instrument MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) et, le cas échéant, de toute autre échelle d'évaluation adaptée à la pathologie du patient. Le rapport médical doit contenir, en outre, le diagnostic, l'anamnèse du patient, le plan détaillé de traitement avec le nombre et la nature de séances de traitement par jour et par semaine, le but du traitement et la durée prévisionnelle du traitement. L'autorisation du Contrôle médical ne saurait dépasser une période initiale de trente (30) jours. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. Toute demande de prolongation doit contenir les données médicales intermédiaires du patient, ainsi que, la note d'évaluation du patient au jour de la demande de prolongation. Chaque prolongation ne saurait dépasser la durée de trente (30) jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR sur base d'une demande préalable et d'un dossier médical à apprécier dans le cadre d'une concertation mensuelle du médecin traitant avec le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les traitements ambulatoires au CNRFR sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une

période initiale de deux (2) mois. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. La demande de prolongation doit contenir obligatoirement les éléments actualisés de la demande initiale. Chaque prolongation ne saurait dépasser la période de deux (2) mois. Par dérogation à l'article précédent des prolongations supplémentaires peuvent être accordées moyennant la procédure prévue ci-dessus dans le cadre des pathologies énumérées limitativement dans la liste prévue à l'annexe I des présents statuts.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période maximale de deux (2) mois.

Les traitements ambulatoires dans un service de rééducation cardiaque d'un hôpital sont soumis à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur déclaration écrite appuyée d'une ordonnance médicale contenant le diagnostic ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. En première intention l'autorisation est accordée pour une période de deux (2) mois. Sur ordonnance motivée, présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, le traitement peut être prolongé pour des périodes subséquentes de deux (2) mois.

La prise en charge des traitements stationnaires et ambulatoires au CNRFR est soumise à la production d'un rapport médical de sortie.

Art. 84. Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, qui subissent au centre un traitement ambulatoire pendant une journée entière participent à leur entretien en raison d'un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Section 2. - Réadaptation psychiatrique

Délimitation des prestations

Art. 84bis. L'assurance maladie prend en charge les frais d'assistance psycho-socio-éducative en milieu extra-hospitalier dans le cadre de la nomenclature afférente et dans les conditions déterminées par la convention prévue à l'article 61, sous 6) du Code de la sécurité sociale et par les dispositions statutaires ci-dessous.

Autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 84ter. Pour les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais d'assistance psycho-socio-éducative sur leur lieu de vie, douze mois après le début du traitement et, le cas échéant, après chaque période de traitement de douze mois subséquente, un rapport médical détaillé renseignant sur l'état du malade est adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Toute prolongation du traitement après une période de douze mois est sujette à l'autorisation préalable du Contrôle médical sur base du rapport prévisé.

CHAPITRE 7.- **PROTHESES ORTHOPEDIQUES, ORTHESES ET CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES ET THERAPEUTIQUES**

Section 1. - Conditions générales de prise en charge

Généralités

Art. 85. Sans préjudice de l'application des dispositions légales, règlementaires, conventionnelles et statutaires, les prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si elles sont délivrées par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 7) du Code de la sécurité sociale, et, pour ce qui est de la délivrance de fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournisseurs qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la fabrication de semelles et de chaussures pour le pied diabétique. Les bas et les collants de contention prévus à la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont également pris en charge s'ils sont délivrés par les fournisseurs couverts par la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale ou par les fournisseurs disposant à cet effet d'un agrément par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé conformément à l'article 2 des présents statuts, qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la délivrance de bas et de collants de contention.

Sont exclues de la prise en charge les fournitures visées par le présent chapitre, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu de l'article 12 des présents statuts.

Dans le cadre du présent chapitre on entend par «chaussures thérapeutiques» les chaussures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous les

positions P6070110 «Hausschuhe für Diabetiker, 1 Paar» et P6070120 «Therapieschuhe für Diabetiker, 1 Paar».

Dans le cadre du présent chapitre on entend par fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournitures inscrites dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sous la section 7 «Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom».

Ordonnances et protocole thérapeutique

Art. 86. Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les prothèses orthopédiques, orthèses et les chaussures orthopédiques, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

1) le diagnostic médical;
2) une description détaillée de la fourniture;

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures relatives au pied diabétique telles qu'elles sont définies à l'article 85, alinéa final des présents statuts, est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts.

Si l'ordonnance médicale porte sur une adaptation ou une réparation d'une fourniture, le médecin prescripteur doit indiquer les motifs de celle-ci.

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des vêtements de compression et de contention est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu à l'annexe N des présents statuts.

Opposabilité des ordonnances et validation des ordonnances

Art. 87. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie les ordonnances pour orthèses et chaussures orthopédiques figurant dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé en vertu de l'article 88 des présents statuts, doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin prescripteur sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, les ordonnances et protocoles thérapeutiques soumis à devis en vertu de l'article 88 des présents statuts, sont transmis pour validation à la Caisse nationale de santé avant l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date d'émission de l'ordonnance respectivement du protocole thérapeutique. Sous peine d'irrecevabilité, l'ordonnance ou le protocole thérapeutique doivent être accompagnés du devis et de toute documentation dont la transmission aux fins de validation est requise en vertu des présents statuts.

La validation est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les fournitures prescrites dépassent l'utile et le nécessaire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 88. Les prothèses orthopédiques, orthèses, chaussures orthopédiques et thérapeutiques et les frais pour leur adaptation et réparation ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale accordée sur base d'un devis préalable établi par le fournisseur, et le cas échéant, sur base d'un examen de la personne protégée.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis ne sont pas requis:

1) lorsque le montant de la fourniture est inférieur à cent vingt-cinq euros,
2) pour les bas et les collants de contention à tricotage circulaire,
3) à partir de la troisième délivrance de chaussures orthopédiques, à condition que la fourniture à délivrer reste inchangée par rapport à la délivrance précédente.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis sont requis en cas de fournitures pour le pied diabétique. Pour la prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur le protocole thérapeutique prévu à l'article 86 dûment rempli, sur le devis et sur une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise lorsque le montant de la fourniture, tel qu'il figure sur le devis, est supérieur ou égal à cent vingt-cinq euros (125,00 €) et inférieur à mille euros (1.000,00 €). Dans ce cas, le devis établi par le fournisseur doit être soumis à la Caisse nationale de santé pour un contrôle administratif du dossier avant la délivrance de la fourniture.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les prothèses orthopédiques provisoires.

Les réparations et les adaptations inférieures à cent vingt-cinq euros (125,00 €) sont dispensées de la présentation d'une ordonnance médicale.

Réception des prothèses orthopédiques et des chaussures pour pied diabétique

Art. 89. Les prothèses orthopédiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la prothèse par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par réception on entend une certification par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la conformité de la prothèse à la prescription médicale et aux besoins de la personne protégée. La personne protégée est convoquée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture.

Les chaussures pour pied diabétique prévues au chapitre 6, section 7, sous-section 1 «Diabetiker Schuhe» de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la fourniture par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4) établie au moment de la délivrance de la fourniture. En principe cette réception intervient dans un délai de quinze (15) jours à partir de la date de réception de la facture. Sur base de la documentation prévue à l'article 91, alinéa 4, sous 4), le Contrôle médical de la sécurité peut décider de convoquer la personne protégée en vue de la réception de la fourniture.

Section 2. - Conditions particulières de prise en charge

Conditions particulières de prise en charge des prothèses orthopédiques

Art. 90. L'assurance maladie prend en charge les prothèses orthopédiques des membres pour compenser les déficits fonctionnels de la personne protégée. La prise en charge se fait entre autres en fonction du degré de mobilité et du poids corporel de la personne protégée.

L'assurance maladie ne prend en charge ni les prothèses pour la pratique d'activités sportives ou de loisir ni les suppléments de telles prothèses.

Lorsqu'en vertu des dispositions de l'article 91quinquies des présents statuts, la personne protégée a droit à l'intérieur du délai de renouvellement à la prise en charge d'une deuxième prothèse orthopédique, cette deuxième prothèse ne constitue qu'une prothèse mécanique de haute qualité sans microprocesseurs électroniques.

Conditions particulières de prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique

Art. 91. Selon le stade de la pathologie l'assurance maladie prend en charge les fournitures relatives au pied diabétique telles que prévues à l'annexe M sous 1°.

Dans les cas prévus au niveau du tableau visé à l'alinéa précédent et figurant à l'annexe M sous 1°, la personne protégée a droit à la prise en charge simultanée de plusieurs fournitures relatives au pied diabétique. Dans ce cas, les délais de renouvellement des différentes fournitures restent distincts par rapport aux fournitures de même nature.

Une paire de semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) est prise en charge pour toute paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique. Les semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui (P6070220) dont le remplacement est nécessaire endéans le délai de renouvellement des chaussures tel que prévu à l'article 91quinquies peuvent être prises en charge indépendamment de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les dispositions statutaires, conventionnelles et règlementaires, la facture de la fourniture relative au pied diabétique est prise en charge sur base:

1) d'un protocole thérapeutique dont le modèle est prévu à l'annexe M sous 2° des présents statuts dûment rempli;
2) d'un devis préalable établi par le fournisseur;
3) d'une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure;
4) d'une documentation par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire, d'un examen de contrôle des pieds de la personne protégée ainsi que de la fourniture en question à la date de délivrance (date prestation).

Par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge de la fourniture prévue sous la position P6070210 «Weichpolstereinlagen» n'est pas subordonnée à la production des documentations prévues sous les points 3 à 4 de l'alinéa précédent.

Conditions particulières de prise en charge des bas et collants de contention

Art. 91 bis. (1) Les bas et collants de contention à tricotage circulaire ne sont pris en charge que si la facture est accompagnée du protocole thérapeutique prévu à l'annexe N et de la fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à

l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes :

- le nom de marque ;
- le mode de fabrication (standard ou entièrement fabriqué sur mesure) ;
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention à tricotage circulaire que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg et si le tissu est extensible dans les deux sens.

(2) Les bas et collants de contention à tricotage rectiligne ne sont pris en charge si la facture est accompagnée du protocole thérapeutique prévu à l'annexe N et de la fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu à l'annexe H des présents statuts dûment remplie. Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes :

- le nom de marque ;
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention à tricotage rectiligne que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg.

Section 3. - Modalités de prise en charge

Taux de prise en charge

Art. 91ter. Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques ou thérapeutiques inscrites dans la nomenclature visée à l'article 65 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à raison de cent pour cent (100 %) des tarifs conventionnels. Par dérogation à la phrase précédente, les positions P5010130 à P5010133 sont prises en charge à raison de soixante pour cent (60 %) des montants facturés et les positions P5010134 à P5010137 sont prises en charge à raison de quatre-vingts pour cent (80 %) des montants facturés.

Par dérogation à l'alinéa 1er, il est déduit un montant forfaitaire de douze euros et cinquante cents (12,50 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 104,35 €] par paire de chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques, à l'exception des positions P6041030 « Sichelfussredressionsschuh », P6041061 « Verbandsschuh », P6041062 « Vorfußentlastungsschuh » et P6041063 « Rückfußentlastungsschuh ». Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais d'adaptation et de réparation des prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs d'après les modalités et les conditions prévues dans les présents statuts et dans la convention conclue conformément à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques et thérapeutiques est à charge de la personne protégée.

Pour les positions P6010010 à P6010029 et P6070120 à P6070141 de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, un supplément pour convenance personnelle de la personne protégée peut être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les fournisseurs liés par la convention visée à l'article 61, sous 7) du Code de la sécurité sociale. Ce supplément ne peut dépasser le montant forfaitaire de seize euros (16 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 [act. 133,56 €] par paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques et n'est pas à charge de l'assurance maladie.

Limitation de la prise en charge

Art. 91quater. La personne protégée a droit à une seule prothèse orthopédique, orthèse par région anatomique et à une paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques, sous réserve de ce qui suit:

Pour la première fourniture suite à une amputation, la personne protégée n'a droit qu'à une prothèse orthopédique provisoire. Une prothèse orthopédique définitive n'est prise en charge qu'après écoulement d'un délai minimum de six mois après la date de délivrance de la prothèse orthopédique provisoire. Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut déroger à ces conditions sur base d'une ordonnance médicale préalable motivée.

Par dérogation à l'alinéa 1, deux paires de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques peuvent être prises en charge au cours de la période de douze mois à compter de la date de délivrance de la première paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. Le délai de renouvellement pour la deuxième paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques court à partir de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. La personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à deux prothèses

orthopédiques ou orthèses. La prise en charge de la deuxième prothèse se fait conformément aux dispositions de l'article 90, alinéa 3, des présents statuts.

L'assurance maladie ne prend pas en charge des chaussures orthopédiques ou des semelles orthopédiques lorsque la personne protégée a préalablement bénéficié de la prise en charge d'une fourniture relative au pied diabétique.

Par dérogation à l'alinéa 1, la personne protégée a droit dans les délais de renouvellement prévus au niveau de l'annexe B des statuts à un nombre supérieur de vêtements de compression et de contention de même nature, à condition que :

- l'annexe B le prévoie et dans la limite du nombre de fournitures y prévu et que
- le protocole thérapeutique prévu à l'annexe N dûment rempli indique le nombre correspondant de fournitures.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent les fournitures peuvent être délivrées à la même date. En cas de délivrance à des dates différentes, le délai de renouvellement court à partir de la date de la première délivrance.

Les vêtements de compression et de contention contenant des filaments d'argent ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Délais de renouvellement

Art. 91quinquies. Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques et orthèses est généralement de cinq ans.

Toutefois, des délais de renouvellement spécifiques sont appliqués aux prothèses orthopédiques et orthèses figurant dans une liste spéciale annexée aux présents statuts.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques est d'un an à compter de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge. Par dérogation à la phrase précédente le délai de renouvellement de la fourniture P6070110 « Hausschuhe für Diabetiker (1 Paar) » est de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement de la fourniture P6070120 « Therapieschuhe für Diabetiker (1 Paar) ». Le délai de renouvellement des fournitures P6070140 « Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker (1 Paar) » et P6070141 « Orthopädische Hausschuhe nach Maß für Diabetiker – Nachlieferung (1 Paar) » est également de quatre ans et court indépendamment du délai de renouvellement des fournitures P6070130 « Orthopädische Schuhe nach Maß für Diabetiker (1 Paar) », respectivement P6070131 « Orthopädische Schuhe nach Maß für Diabetiker-Nachlieferung (1 Paar) ».

Lorsqu'une réparation ou adaptation d'une prothèse orthopédique ou d'une orthèse pour un montant dépassant 25% du montant pris en charge lors de l'acquisition de la fourniture est effectuée dans les six mois précédant l'échéance du délai de renouvellement, ce délai est prorogé d'office de douze (12) mois. Cette disposition ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de délivrance de la fourniture telle qu'elle figure sur la facture.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, en cas de faits intercurrents ou si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économicité.

CHAPITRE 7 BIS.- **GREFFES D'ORGANES**

Art. 92. Les taxes d'inscription aux banques de données EUROTRANSPLANT, prélevées sur les personnes en attente d'une transplantation d'organe sont prises en charge au taux de cent pour cent (100%).

L'assurance maladie prend en charge le prélèvement d'organe effectué sur un donneur non protégé par l'assurance maladie en vue d'une transplantation vers une personne protégée. Il en est de même pour le traitement curatif du donneur, lié aux suites iatrogéniques du prélèvement. Lorsque les prestations relatives au prélèvement sont délivrées à l'étranger, elles sont prises en charge d'après les dispositions des articles 23 à 30.

Toutefois les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent qu'à titre subsidiaire et dans la mesure seulement où les frais afférents ne sont pas couverts d'un autre chef.

Par dérogation aux dispositions prévues aux articles 133, 134, 135 et 136 points 1), 2) et 3) des présents statuts, l'assurance maladie prend en charge au taux de cent pour cent (100%) des tarifs officiels, les frais occasionnés par le transport en ambulance, en ambulance SAMU ou par air SAMU des personnes convoquées en vue d'une transplantation d'organes du lieu de séjour vers le lieu de la transplantation, si la personne convoquée figure sur la liste des personnes en attente d'une transplantation, telle que déposée dans les centres d'appel d'urgence nationaux. Ne sont pas visés par cette disposition les transports interhospitaliers au Grand-Duché de Luxembourg.

CHAPITRE 8.- **MEDICAMENTS DELIVRES A CHARGE DE L'ASSURANCE MALADIE VERS LE MILIEU AMBULATOIRE**

Règles générales concernant les ordonnances

Art. 93. Chaque consultation ou visite ne peut donner lieu qu'à une seule ordonnance de médicaments par patient, exception faite dans les situations suivantes:

- lorsqu'il s'agit de stupéfiants inscrits sur des ordonnances spéciales,
- lorsque des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance accident sont prescrits en même temps que des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance maladie,
- lorsque des médicaments à titre préventif sont ordonnés en même temps que des médicaments dont la prescription est faite à titre curatif.

Art. 94. Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de six mois au plus à compter de la première délivrance.

Art. 95. (abrogé)

Art. 96. Par dérogation à l'article 14, alinéa premier, en cas de délivrances successives, la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original par le pharmacien dispensateur.

De même les ordonnances médicales originales portant sur des médicaments soumis à une législation ou à une réglementation spéciales, notamment en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, peuvent être remplacées par des copies certifiées conformes par le pharmacien.

Liste positive des médicaments pris en charge

Art. 97. Pour être inscrits sur la liste positive des médicaments visée à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, les médicaments autres que ceux visés à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale doivent remplir les conditions prévues au paragraphe 1 alinéa 5 et au paragraphe 3 de l'article précité, compte tenu de l'application du règlement d'exécution y prévu.

Ces médicaments doivent disposer d'un code ATC défini au quatrième niveau, sauf lorsqu'il s'agit d'une substance nouvelle pour laquelle une demande en attribution d'un code ATC a été introduite auprès des autorités compétentes.

En cas de changement du code ATC d'un médicament, il est tenu compte de ce changement à partir du premier jour du septième mois suivant sa publication officielle.

Art. 98. Sont exclues de la liste positive les catégories de médicaments figurant à l'annexe D des statuts sous la liste numéro 1 qui contient la motivation de l'exclusion au regard des critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Les catégories de médicaments peuvent être définies soit par une caractéristique commune, soit par leur indication principale, soit par le code ATC, soit par une combinaison de ces trois paramètres.

Art. 99. Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel autre que celui visé à l'article 22, paragraphe 1, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale qui ne répond pas aux critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Ne peut être inscrit ou est exclu de la liste positive un médicament individuel présenté dans un conditionnement contenant au moins le double en unités d'un autre conditionnement du même médicament, de la même forme galénique orale solide et du même dosage, dont le coût par unité est supérieur ou égal à celui du petit conditionnement.

Lorsqu'il existe des médicaments de comparaison et que le coût du médicament est supérieur à celui des médicaments de comparaison, le médicament n'est pas inscrit sur la liste positive si l'appréciation de l'étude prévue à l'article 19 du règlement grand-ducal pris en exécution de l'article 22 du Code de la sécurité sociale, ne permet pas de justifier le coût supérieur.

Lorsqu'il n'existe pas de médicaments de comparaison l'appréciation relative à l'accomplissement des critères légaux peut être basée sur des documentations scientifiques, pharmacologiques, thérapeutiques et économiques et peut prendre en considération d'autres choix thérapeutiques, médicamenteux ou non médicamenteux.

Taux de prise en charge

Art. 100. Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés dans trois classes différentes. Pour chacune de ces classes, il est prévu un taux de prise en charge spécifique, appliqué au prix au public ou pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, à la base de remboursement.

Art. 101. Le taux de remboursement normal est fixé à quatre-vingts pour cent (80%) et il s'applique à tous les médicaments de la liste positive pour lesquels les statuts ne prévoient pas un autre taux.

Art. 102. Le taux de remboursement préférentiel est fixé à cent pour cent (100%).

1) Il s'applique aux catégories de médicaments présentant cumulativement les caractéristiques suivantes:

a. avoir une indication thérapeutique précise,

b. ne contenir qu'un seul principe actif,

c. être irremplaçables ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques,

d. susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée.

Par dérogation à la caractéristique reprise sous b) de l'alinéa précédent, le taux de remboursement préférentiel peut être appliqué aux médicaments contenant trois principes actifs au maximum dont l'un au moins, commercialisé seul, est pris en charge au taux préférentiel, et les autres, commercialisés seuls, au moins au taux normal et à condition que l'association des principes actifs soit plus économique que les principes actifs pris séparément.

2) Il peut s'appliquer aux vaccins pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une convention conclue entre l'État et la Caisse nationale de santé conformément à l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et délivrés en officine ouverte au public.

Les catégories de médicaments visées au présent article sous les points 1) et 2) sont définies à l'annexe D, liste numéro 2 des présents statuts.

3) Il s'applique aux médicaments à délivrance exclusivement hospitalière, inscrits dans la liste positive.

Art. 103. Par dérogation aux articles 101 et 104, le taux de prise en charge peut être porté à cent pour cent (100%) dans les situations suivantes:

- lorsque les médicaments sont prescrits dans le traitement des maladies longues et coûteuses déterminées à l'annexe D, liste numéro 3,
- lorsque les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, déterminés à l'annexe D, liste numéro 4, sont destinés au traitement de pathologies lourdes y visées,
- lorsque les médicaments, administrés par voie intra-veineuse, sont prescrits à la suite immédiate d'un traitement hospitalier et à condition qu'ils génèrent une participation statutaire inappropriée pour le patient.

Le bénéfice du présent article est subordonné à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une prescription médicale motivée, établie par le médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

Art. 104. Le taux de remboursement réduit est fixé à quarante pour cent (40%) et s'applique aux catégories de médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale courante et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes.

Les catégories de médicaments visées au présent article sont définies à l'annexe D, liste numéro 5 des présents statuts.

Limitations de la prise en charge

Art. 105. La prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ceux-ci soient prescrits, délivrés et administrés en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit tel que celui-ci a été approuvé lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

Art. 106. Les médicaments inscrits sur la liste positive, figurant sur la liste numéro 6 de l'annexe D ne sont pris en charge que sous les conditions y définies.

Les vaccins figurant sur la liste positive ne sont pris en charge que si cette prise en charge est prévue par une convention conclue entre l'État et la Caisse nationale de santé conformément à l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'article 98 des présents statuts, certains groupes de médicaments peuvent être pris en charge par voie forfaitaire suivant les conditions et les modalités définies à la liste n°6 de l'annexe D.

Art. 107. Ne sont pris en charge que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et sous les conditions définies à l'annexe D dans les listes énumérées ci-après :

1. les médicaments soumis à prescription initiale hospitalière figurant à l'annexe D, liste numéro 7,
2. les médicaments soumis à un protocole thérapeutique et figurant à l'annexe D, liste numéro 8,
3. les médicaments à prescription restreinte figurant à l'annexe D, liste numéro 9.

Art. 108. La quantité de médicaments prise en charge par l'assurance maladie en une fois ne peut dépasser pour chaque médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la

variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Par dérogation à l'alinéa premier, un deuxième emballage ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que si la quantité prescrite couvre au moins cinquante pour cent (50 %) de ce deuxième emballage ou au moins trente pour cent (30 %) lorsqu'il s'agit d'un antibiotique.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité prescrite de flacons de solutions de perfusion, pour une durée de traitement d'au maximum deux semaines, peut être délivrée à charge de l'assurance maladie en une seule fois.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est pris en charge par l'assurance maladie.

Lorsqu'un médicament est prescrit sous sa dénomination commune internationale, la prise en charge se limite au médicament contenant le même principe actif le moins coûteux inscrit sur la liste positive.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments antibiotiques pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.

Par dérogation à l'alinéa premier, la quantité de médicaments à délivrance exclusivement hospitalière pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir le traitement prescrit, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global.

Art. 109. La prise en charge de certains médicaments peut être limitée à un nombre de doses à délivrer pour une durée de traitement déterminée. Les médicaments visés par cette disposition, ainsi que les doses et les durées qui leur sont appliquées, figurent à l'annexe D, liste numéro 10 des présents statuts. Cette liste peut prévoir un dépassement des quantités après accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un dossier médical détaillé et motivé.

Art. 110. Par dérogation à l'article 108, les médicaments visés aux articles 101, 102 et 103, nécessaires pour le traitement de maladies chroniques pendant un séjour prolongé à l'étranger, spécifiés comme tels sur l'ordonnance médicale, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical de la sécurité sociale donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Art. 111. Par dérogation aux règles de délivrance visées à l'article 108, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et dans des cas de pathologie grave chronique nécessitant une posologie non adaptée au conditionnement pris en charge, accorder la délivrance en une fois d'une quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois. Une prescription médicale motivée est nécessaire. L'accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est donné sur le titre de prise en charge.

Extension de la prise en charge

Art. 112. Lorsque l'ordonnance porte sur un médicament ne figurant pas sur la liste positive et non exclu en vertu de l'article 98, le pharmacien doit, avec l'accord du médecin prescripteur et de la personne protégée, effectuer une substitution par un médicament équivalent figurant sur la liste positive au Luxembourg.

A défaut de substitution conformément à ce qui précède, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et sur prescription médicale dûment motivée, autoriser préalablement à la délivrance, la prise en charge par l'assurance maladie du médicament, à condition qu'il dispose dans son pays de provenance, ou dans celui où est établi le médecin-prescripteur, d'une autorisation de mise sur le marché, et à condition qu'il soit pris en charge par le régime d'assurance maladie légal de ces pays.

L'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale précise le taux appliqué au médicament conformément aux critères prévus aux articles 101 et 102 à 104. A défaut d'un prix au public, ce taux s'applique à un prix de vente déterminé d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Délivrance des médicaments dans le cadre du tiers payant

Art. 113. La personne protégée a droit à la délivrance des médicaments prescrits contre remise de l'ordonnance originale ou, dans les cas prévus à l'article 96, de la copie de l'ordonnance, ainsi que sur présentation concomitante de la carte d'assuré de la personne bénéficiaire des médicaments correspondante au numéro matricule figurant sur l'ordonnance.

Les personnes protégées ou, le cas échéant, les personnes qui se font délivrer les médicaments pour le compte d'autrui, sont tenues au paiement de la différence constituée par le prix au public des médicaments délivrés et le montant résultant de l'application des taux de prise en charge fixés aux articles 101 à 104 au prix au public ou, pour les médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale, à cette base de remboursement, ainsi qu'au paiement du prix des autres fournitures, taxes et honoraires éventuels exclus du système du tiers payant ou éventuellement exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Un document de caisse est délivré en échange de l'ordonnance médicale originale ou de la copie conforme qui reste acquise au pharmacien après la délivrance. Ce document est établi conformément à la convention visée à l'article 61, alinéa 2, sous 8) du Code de la sécurité sociale.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures ou médicaments qui ne sont pas tous pris en charge par le système du tiers payant, le prix de ceux qui en sont exclus est payé intégralement par la personne à laquelle ils sont délivrés. Dans ce cas le pharmacien délivre une copie de l'ordonnance et établit le document prévu à l'alinéa précédent, qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Préparations magistrales

Art. 114. 1) Règles générales

Sous réserve des dispositions qui suivent, la préparation magistrale est prise en charge au taux normal. L'ordonnance médicale, ainsi que la tarification par le pharmacien doivent mentionner le détail de la préparation magistrale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la préparation magistrale est prise en charge :

- au taux préférentiel lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la liste numéro 2 prévue à l'annexe D,
- au taux réduit lorsqu'elle correspond à une catégorie de médicaments inscrite à la liste numéro 5 prévue à l'annexe D,
- au taux le plus favorable pour l'assuré lorsque les médicaments sont à taux différents.

Au cas où un médicament pris en charge conformément à l'article 112 est incorporé dans la préparation magistrale, celle-ci est prise en charge au taux applicable à ce médicament.

Les règles de délivrance prévues à l'article 108 sont applicables.

Sont exclus de toute prise en charge:

a) La préparation magistrale comportant plus d'un principe actif, à moins qu'il ne s'agisse d'une préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique.

b) La préparation magistrale à usage pédiatrique ou à usage topique comportant plus de deux principes actifs.

c) La préparation magistrale renfermant un principe actif non inscrit au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques

d) La préparation magistrale correspondant à des médicaments exclus en vertu des articles 98 et 99

e) La préparation magistrale phytothérapeutique sous forme de gélules

f) La préparation magistrale de substitution de médicaments figurant sur la liste positive, à moins qu'il ne s'agisse
   - d'un dosage pour usage pédiatrique
   - d'un dosage particulier en cas de pathologie grave. Dans ce cas une motivation médicale est nécessaire ainsi qu'une autorisation préalable du Contrôle médical.

g) Les médicaments figurant sur la liste positive qui du fait de l'incorporation dans la préparation magistrale changent de voie d'administration et ne sont plus utilisés dans les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sauf autorisation préalable du Contrôle médical sur ordonnance médicale motivée.

2) Règles spécifiques aux préparations magistrales à usage topique

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5 sous c) et d) les excipients sous forme de spécialités pharmaceutiques ou les principes actifs non encore inscrits au règlement grand-ducal fixant le tarif des préparations galéniques, renfermés dans une préparation magistrale à usage topique, ne sont pas pris en compte pour la détermination de la prise en charge.

Il peut être dérogé aux règles de délivrance prévues à l'article 108, lorsque l'ordonnance précise outre la durée de traitement, la surface à traiter. Toutefois, si la durée de traitement dépasse six semaines, des délivrances successives s'imposent.

Par dérogation au paragraphe 1, alinéa 5 sous d) et au point A.01.02. de la liste N°1, prévue à l'article 98, les préparations magistrales à usage topique contenant moins de 4 principes actifs, utilisées dans le cadre de mucites iatrogènes suite à une chimiothérapie ou radiothérapie sont prises en charge au taux préférentiel lorsque l'ordonnance justifie une des indications précitées.

3) Règles pratiques

Lorsqu'une ordonnance prévoit la dispensation de substances médicamenteuses du type: alcool isopropylique, eau oxygénée, glycérine, paraffine, etc… sans indication de la quantité exacte, il n'est pris en charge qu'une quantité qui correspond à l'usage normal pour lequel le produit est utilisé.

Lorsqu'une préparation magistrale à usage topique renferme de l'alcool éthylique, il n'est pris en charge que l'alcool isopropylique, exception faite pour des gouttes otiques.

Honoraires et indemnités des pharmaciens

Art. 115. Les honoraires sont pris en charge au taux normal d'après un tarif de référence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les indemnités de dérangement sont prises en charge au taux préférentiel, à condition que les ordonnances soient datées du même jour et que le médecin certifie l'urgence de l'ordonnance relevant de l'indemnité de dérangement entre 19:00 et 08:00 heures par les termes « nuit » ou « noctu » et/ou l'heure d'établissement de l'ordonnance.

Les honoraires visés au présent article et leur tarif de référence sont définis à l'annexe D, liste numéro 11 des présents statuts.

CHAPITRE 9.- **AIDES VISUELLES**

Ordonnance médicale obligatoire

Art. 116. Sans préjudice de dispositions statutaires dérogatoires, une ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour:

1) les lentilles de contact dans les conditions de leur délivrance prévues aux articles 122 à 124 des présents statuts ;
2) les verres teintés;
3) les lunettes pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Par dérogation au point 3) ci-dessus une ordonnance n'est cependant pas requise en cas de remplacement des verres endommagés endéans les six premiers mois de la première acquisition.

Les autres prestations et fournitures visées par le présent chapitre peuvent être obtenues dans les conditions fixées par les présents statuts à charge de l'assurance maladie sans ordonnance médicale, à condition que l'assuré présente sur au moins un œil une déficience visuelle.

Mode de paiement des fournitures et services

Art. 117. Les fournitures prévues par la présente section sont prises en charge d'après les modalités prévues à l'article 20.

Libre choix des montures

Art. 118. Les personnes protégées ont le libre choix des montures.

Outre les montures à prix libre, les personnes protégées ont droit à un choix entre quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes, dont le prix de vente ne peut être supérieur au montant de prise en charge visé à l'alinéa premier de l'article suivant. La personne protégée a droit à une disponibilité constante de ces montures.

Taux de prise en charge

Art. 119. Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de trente euros (30,00 €).

Les verres de lunettes, les fournitures diverses (à l'exception des montures) et les prothèses de contact reprises aux listes A, B et C de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des patrons opticiens et optométristes du Grand-Duché de Luxembourg sur base de l'article 61, sous 9) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge au taux des tarifs fixés dans la convention prévisée.

Verres organiques

Art. 120. (article abrogé)

Suppléments pour verres teintés

Art. 121. Les suppléments pour verres teintés sont pris en charge par l'assurance maladie dans les pathologies suivantes:

1) conjonctivites chroniques
2) kératites et cicatrices cornéennes étendues
3) iritis
4) certaines cataractes centrales congénitales y compris l'aphakie
5) glaucome
6) (abrogé)
7) névralgies ciliaires
8) photophobies secondaires à une affection de la rétine, de la choroïde et du nerf optique ou à une affection intracrânienne
9) albinisme
10) cécité

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

Lentilles de contact

Art. 122. Les lentilles de contact ne sont prises en charge par l'assurance maladie que dans les pathologies suivantes:

1) amétropie supérieure ou égale à 6 dioptries
2) (abrogé)
3) astigmatisme irrégulier sous condition que l'amélioration de l'acuité visuelle soit d'au moins 20% par rapport aux verres ordinaires
4) kératocône
5) aphakie uni- et bilatérale
6) aniséiconie
7) anisométropie de plus de 3 dioptries
8) nystagmus de fixation
9) anisocorie
10) dystrophie cornéenne
11) myopie évolutive génétique
12) traumatisme cornéen ou scléral
13) En cas des affections suivantes une autorisation du Contrôle médical est nécessaire:
14) traumatisme facial ou crânien rendant le port de lunettes pénible
15) hypersensibilité cutanée rendant le port de lunettes impossible (allergie à la matière).

Pour être opposable à l'assurance maladie la facture en question doit être accompagnée de l'ordonnance médicale indiquant le numéro de la pathologie en cause.

L'article 123, dernier alinéa est applicable.

Art. 123. En cas de fourniture de lentilles de contact à un ayant droit qui ne remplit pas une des conditions requises pour la prise en charge intégrale des lentilles de contact énumérées à l'article 122 ci-dessus, mais qui remplit les conditions pour la prise en charge d'une monture et de verres de lunettes, l'assurance maladie prend en charge les frais exposés pour ces lentilles de contact au moyen d'un forfait dont le montant est constitué:

a) du montant de trente euros (30,00 €) correspondant au taux de prise en charge d'une monture
b) du montant correspondant au prix des verres (minéraux) qui auraient été pris en charge en cas de fourniture de lunettes.

L'assurance maladie ne prend en charge les frais exposés pour les lentilles de contact que si la facture renseigne les valeurs de la réfraction des verres de lunettes.

En cas de délivrances successives de lentilles de contact, plusieurs factures peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du forfait ci-dessus, à condition d'être présentées en une seule fois.

Services et fournitures incluses dans le prix des lentilles de contact

Art. 124. La fourniture des lentilles de contact dont la prise en charge par l'assurance maladie est prévue par les statuts comprend:

a) Les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle, qui se déroulent dans un cabinet spécialement aménagé et disposant des instruments de contrôle adéquat.
b) La première fourniture en étuis spéciaux étanches avec solution pour la stérilisation, l'hydrophilie et le traitement isotonique des surfaces de contact.
c) La prestation de quatre séances d'essai, d'adaptation ou de contrôle, qui se déroulent dans les douze mois suivant la délivrance des lentilles de contact.

   Lorsque, dans les trente jours à compter de la première séance d'essai, une intolérance des milieux antérieurs de l'œil est constatée et que pour cette raison, après deux nouvelles séances d'essai ayant lieu dans les deux mois qui suivent le premier essai, les lentilles de contact prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent pas être fournies, seules les trois séances d'essai peuvent être facturées.
d) L'échange des lentilles dans le cadre des garanties conventionnelles.

Verres spéciaux

Art. 125. Sous réserve de l'accomplissement des autres conditions prévues par le présent chapitre, l'assurance maladie prend en charge deux verres à indice de réfraction élevé (n supérieur ou égal à 1,7 et nombre Abbe égal à 39 pour verres minéraux, ou n supérieur ou égal à 1,67 et nombre d'Abbe égal à 32 pour verres organiques) lorsque l'assuré présente sur au moins un oeil une amétropie supérieure ou égale à 6,00 dipotries.

Verres de lunettes progressifs

Art. 125 bis. L'assurance maladie prend en charge deux verres progressifs lorsque l'assuré présente sur au moins un œil une addition de + 2.50 dioptries, même si la somme arithmétique de la puissance en vision de loin et de l'addition est égale à zéro.

Délais de remboursement

Art. 126. Sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à +/- 0,50, l'assurance maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans. Est considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de +0,25 pour un œil et de -0,25 pour l'autre œil. N'est pas considéré comme changement de dioptrie de 0,50 lorsque le changement est de 0,25 dans le même sens pour les deux yeux. Le point de départ pour le calcul du délai est constitué par la date de la dernière prise en charge effectuée par l'assurance maladie.

Dans le cadre de l'article 123, seules les dioptries des verres de lunettes sont prises en considération pour apprécier un changement de dioptries par rapport à la fourniture prise en charge antérieurement.

En cas de fourniture de verres de lunettes à foyers multiples, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans, sauf en cas de changement de dioptrie en vision de loin et/ou de près tel que défini à l'alinéa 1er.

Pour les enfants de moins de 14 ans accomplis la prise en charge des lunettes se fait sans délais de renouvellement.

En ce qui concerne les cas des enfants qui, à l'accomplissement de la 14e année d'âge, sont entrés dans le régime des adultes, l'assurance maladie prend en charge respectivement des verres de lunettes et des montures, même si le délai de trois ans prévu à l'alinéa premier ci-dessus n'est pas encore révolu par rapport à la fourniture de respectivement la dernière paire de verres et la dernière monture prise en charge dans le régime des enfants.

Art. 127. (abrogé)

Art. 128. Sauf en cas de changement de dioptrie tel que défini à l'article 126, alinéa premier, ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de trois ans.

Art. 129. En cas d'indication médicale, l'assurance maladie prend en charge simultanément des lentilles de contact et des lunettes comprenant monture et verres. Dans ce cas, les délais de renouvellement pour les prothèses de contact d'une part, et pour les lunettes, d'autre part, restent distincts.

Détermination des seuils

Art.130. Pour l'appréciation des seuils exprimés en dioptries dans le présent chapitre, il est procédé de la manière suivante.

En cas d'amétropie incluant l'astigmatisme, la détermination de la valeur des dioptries est effectuée après application de la règle de transposition qui prévoit qu'en cas de valeur en dioptrie négative du cylindre

- la valeur en dioptrie de la sphère est obtenue par la somme algébrique des valeurs initiales en dioptrie de la sphère et du cylindre,
- la valeur en dioptrie du cylindre est transformée en valeur positive,
- l'axe du cylindre est augmenté ou diminué de 90 degrés.

Pour le changement de dioptrie prévu à l'article 126 est prise en considération la valeur en dioptrie de la sphère, du cylindre et du prisme. Les valeurs précitées sont prises en considération de manière isolée lorsque l'une d'elle change ou de manière combinée lorsque plus d'une valeur change.

Par dérogation à l'alinéa précédent, ne sont pas pris en considération le prisme Press-ON ou la lentille prismatique de Fresnel dans le cadre de changement de dioptrie.

Pour le seuil d'anisométropie prévu à l'article 122 et pour le seuil d'amétropie prévu aux articles 122 et 125 est prise en compte la somme des dioptries de la sphère et du cylindre, si les deux valeurs sont de même signe et la valeur absolue de la dioptrie de la sphère, si les deux valeurs sont de signe contraire.

L'appréciation du seuil de l'addition en cas de fournitures de verres de lunettes progressifs se fait par la comparaison des valeurs en dioptries de la sphère de la vision de loin et celle de près.

CHAPITRE 10.- **LES PRODUITS SANGUINS ET DERIVES PLASMATIQUES**

Art. 131. Les produits sanguins labiles comprenant le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine définis par la Directive européenne 2002/98/CE, sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels liant l'assurance maladie à la Croix-Rouge Luxembourgeoise d'après les conditions et sous garantie des contrôles qualitatifs prévus par la convention visée à l'article 61, sous 10) du Code de la sécurité sociale.

Ces prestations font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie, lorsqu'elles sont délivrées aux personnes protégées pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

CHAPITRE 11.- P**RESTATIONS DE VOYAGE ET DE TRANSPORT**

Définition des prestations prises en charge

Art.132. (1) Les prestations en matière de transport au Luxembourg et à l'étranger prises en charge par l'assurance maladie concernent :

1) Le transport aérien.
2) Le transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I).
3) Le transport en ambulance.
4) Le transport en taxi en cas de traitements médicaux en série.
5) L'indemnité de voyage.
6) (2) Le transport aérien comprend :
7) le transport effectué dans le cadre de la convention conclue sur base de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre la Caisse nationale de santé et « Luxembourg Air Rescue »
8) le transport effectué par un hélicoptère de secours dépêché en cas d'urgence par les autorités publiques d'un État limitrophe sur intervention du central des secours d'urgence national
9) le transport effectué dans des situations exceptionnelles par des services de transport aérien publics ou privés.

(3) Par transport en ambulance du service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) en cas de détresse vitale on entend exclusivement le transport effectué par les ambulances des centres de secours pour des urgences degré I, conformément à l'annexe I, sous III. A) à la convention conclue sur base de l'article 61, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale. Ces transports sont documentés comme tels par le procès-verbal d'intervention.

(4) Par transport en ambulance on entend le transport effectué en dehors de situations de détresse vitale au moyen d'une ambulance au sens du point 2.29. de l'article 2 de l'arrêté grand-ducal du 23 novembre 1955 portant règlement de la circulation sur toutes les voies publiques, tel qu'il a été modifié, lorsque cette ambulance est utilisée:

a) par des services publics relevant de l'État ou des communes;
b) à titre commercial par des particuliers ou des sociétés commerciales;
c) par des établissements d'utilité publique ou des associations sans but lucratif œuvrant dans le domaine de la santé ou des secours.

(5) Par transport en taxi, on entend le transport de voyageurs au sens de la réglementation officielle applicable aux services de taxi et aux services des voitures de location avec chauffeurs.

(6) Le transport en série en ambulance ou en taxi vise des déplacements multiples de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et le lieu où elle obtient à charge de l'assurance maladie:

a) un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse;
b) un traitement comportant au moins quatre séances dans un intervalle de quatre-vingt-dix (90) jours
    1. dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou
    2. dans un hôpital dans le cas où un traitement spécial est autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

(7) Par indemnité de voyage on entend un remboursement forfaitaire des dépenses occasionnées, quel que soit le moyen de transport utilisé par la personne protégée et, le cas échéant, par une personne l'accompagnant dûment autorisée.

(8) Ne sont pas visés par les dispositions du présent article les transports à l'intérieur du pays dépêchés par les établissements du secteur hospitalier visés à l'article 74 du Code de la sécurité sociale pour le transport de personnes entre ces établissements.

Conditions générales et particulières

Art. 133. L'assurance maladie prend en charge les prestations de transport et de voyage dans les situations énoncées dans la liste dénommée «fichier B6» en annexe des présents statuts, sous réserve de l'accomplissement des conditions ci-après:

1. Le transport par air dépêché en dehors de l'intervention du central des secours d'urgence n'est pris en charge que si une ordonnance médicale préalable, émise par le médecin traitant, indique les raisons médicales pour lesquelles un transport par ambulance est impraticable. Lorsque dans le cas visé ci-dessus le transporteur aérien n'est pas lié par la convention visée à l'article 61, sous 11) du Code de la sécurité sociale, une autorisation préalable expresse doit être donnée dans chaque cas individuel par la Caisse nationale de santé.
2. Les transports en hélicoptère ou en ambulance du service d'aide médicale urgente pour une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge à condition que cette urgence soit documentée dans la feuille d'intervention communiquée conformément

aux dispositions réglant les rapports entre l'assurance maladie et les services compétents pour dépêcher ou effectuer ces transports.

3. Les transports simples en ambulance à l'intérieur du pays en dehors d'une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré 1) par une ambulance du service d'aide médicale urgente sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale, établie par le médecin chargé du traitement, certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou immobilisée est indispensable pour l'aller, respectivement pour le retour. L'ordonnance médicale, si elle n'est pas préalable au transport, doit être établie au plus tard dans un délai de trois jours à compter du transport. Cette dernière condition n'est pas requise au cas où le médecin chargé du traitement certifie que la personne protégée en question a été admise en policlinique.
4. Les transports simples en ambulance à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable ou une demande formulée sur le formulaire de demande d'autorisation de traitement à l'étranger, établie par le médecin traitant et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou immobilisée est indispensable. La motivation médicale pour le transport en ambulance pour le retour doit être établie par le médecin ayant assuré le traitement à l'étranger.

   Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge des frais générés par le retour en ambulance, à condition que l'aller ait été autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.
5. Les transports en série en ambulance ou en taxi au Luxembourg et à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles:

   a) en cas de transport en ambulance, une position allongée ou immobilisée est indispensable;

   b) en cas de transport en taxi, le déplacement par un moyen de transport public en commun n'est pas approprié.

   L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les transports en série en taxi en cas de traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

   Il est dérogé à la condition du caractère préalable tant de l'ordonnance médicale que de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour les prolongations des transports en série en ambulance, ainsi qu'à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale pour le prolongement des transports en série en taxi, pour les traitements prévus à l'article 132, paragraphe 6, point a).

   Les transports en série en ambulance ou en taxi prévus à l'article 132, paragraphe 6, point b) sous 1° ne sont pris en charge que pour un maximum de vingt (20) journées de traitement par cas de pathologie traitée.
6. Le transport simple en ambulance d'une personne protégée séjournant temporairement dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, d'une clinique étrangère vers un hôpital luxembourgeois pour la continuation d'un traitement stationnaire est pris en charge, à condition que le moyen de transport et l'hôpital de destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital.
7. L'indemnité de voyage est due à la personne protégée:

   a) pour les transports en série prévus à l'article 132, paragraphe 6 des présents statuts si le transport n'est pas effectué par un autre moyen de transport pris en charge par l'assurance maladie;

   b) pour tout traitement autorisé à l'étranger. Dans ce cas elle est également due à la personne accompagnant la personne protégée si la nécessité de l'accompagnement est dûment documentée par une motivation médicale émanant du médecin traitant. Aucun certificat médical n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge;

   c) pour le déplacement auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale suite à une convocation en vue de la réception d'une prothèse orthopédique.

Restrictions et dispositions spéciales s'appliquant à la prise en charge des prestations de voyage et de transport

Art. 134. Dans toutes les situations visées par la liste dénommée «fichier B6» en annexe des présents statuts, les frais de voyage et de transport ne sont pris en charge que jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 400 km à l'aller. Exceptionnellement, la Caisse nationale de santé peut accorder la prise en charge demandée sur base d'un rapport médical circonstancié du médecin traitant et d'une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale pour des frais de voyage et de transport pour une distance de 600 km à l'aller.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge n'est pas remplie.

En cas de transfert pour un traitement médical préalablement autorisé en dehors du continent européen, la personne protégée a droit à une indemnité de voyage forfaitaire spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée au préalable sur le vu d'une justification médicale acceptée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'indemnité de voyage de la personne accompagnante n'est prise en charge que si le voyage a été effectué par un moyen de transport public en commun.

Autorisation préalable

Art. 135. Sauf en cas d'urgence dûment motivée ou dérogation expressément prévue par les présents statuts, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise pour la prise en charge des prestations de transport à l'étranger. Il en est de même pour les transports en série à l'intérieur du pays.

Taux de prise en charge

Art. 136. Les montants et taux de prise en charge s'appliquant aux différentes catégories de prestations de voyage et de transport sont les suivants:

1) Indemnité de voyage
   a) L'indemnité de voyage est prise en charge à raison de vingt cents (0,20 €) par kilomètre du trajet le plus court entre le lieu du séjour de l'ayant droit au moment du départ et le lieu où il obtient les soins.
   b) L'indemnité de voyage forfaitaire spéciale prévue à l'article 134, alinéa 3 est de quatre-vingt-dix euros (90,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

2) Transport en taxi

Les transports en taxi sont pris en charge pour le trajet le plus court entre le lieu d'embarquement de la personne protégée et le lieu où elle obtient les soins, soit sur la base d'un minimum de six euros et quarante cents (6,40€) par déplacement, soit sur la base d'un montant par kilomètre d'un euro et soixante cents (1,60 €) pour un trajet simple, respectivement de quatre-vingts cents (0,80 €) pour un trajet comportant retour de la personne transportée au point de départ.

La période d'attente est prise en charge à raison de vingt-sept cents (0,27 €) par minute. Elle n'est prise en charge que pour les voyages aller avec retour au point de départ de la personne protégée et uniquement jusqu'à concurrence du tarif maximum pouvant être pris en charge pour un aller simple.

3) Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge intégralement d'après les règlements de taxe applicables. Sous réserve du droit de l'assurance maladie de recourir contre le responsable en cas d'abus, les courses à vide des ambulances du service d'aide médicale urgente dépêchées par le central des secours d'urgence sont prises en charge, à condition qu'il soit établi que la personne à transporter relève de la compétence de l'assurance maladie.

Les transports en ambulance simples visés à l'article 132, paragraphe 4, sous a) sont pris en charge à raison de soixante-dix pour cent (70%) des factures établies sur la base des règlements de taxes.

Les transports en ambulance simples visés à l'article 132, paragraphe 4, sous b) et c) sont pris en charge à raison de soixante-dix pour cent (70%) des factures établies soit sur la base d'un minimum de trente-huit euros (38,00 €) par déplacement, soit sur la base d'un montant d'un euro et vingt-cinq cents (1,25 €) par kilomètre, à l'exclusion de tous autres éléments pouvant être légalement mis en compte par le transporteur, à moins que la prise en charge de ces éléments ne résulte de dispositions statutaires expresses.

Les périodes d'attente sont prises en charge au taux de soixante-dix pour cent (70%) en cas d'aller et retour au point de départ de la personne protégée uniquement si les frais pour temps d'attente, pris en compte à raison de trente cents (0,30 €) la minute, sont inférieurs au montant pris en charge pour le trajet aller et retour.

Les transports en ambulance en série sont pris en charge intégralement sur base des montants prévus aux trois alinéas précédents.

Pour le calcul du trajet il est pris en compte la distance la plus courte résultant du parcours entre le lieu de stationnement normal de l'ambulance, le lieu d'embarquement de la personne protégée, le lieu où elle obtient les soins, le lieu où retourne la personne protégée le cas échéant après l'obtention des soins et le lieu de stationnement normal de l'ambulance.

La désinfection de l'ambulance est prise en charge intégralement à raison d'un forfait de cent treize euros (113,00 €) uniquement sur ordonnance médicale motivée émise soit par le médecin ayant ordonné le transport, soit par le médecin traitant la personne protégée à l'admission.

4) Transport aérien

Les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après les tarifs conventionnels établis conformément à l'article 61 du Code de la sécurité sociale. A défaut de convention, les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après le montant facturé lorsqu'il s'agit d'un transport urgent dépêché par le central de secours d'urgence ou, dans les autres

cas, intégralement d'après les tarifs facturés après accord préalable de la Caisse nationale de santé, sans toutefois pouvoir dépasser le montant pouvant être pris en charge d'après les conditions et tarifs prévus pour le transport secondaire par l'hélicoptère dans le cadre de la convention conclue sur base de l'article 61, alinéa 1 sous 11) du Code de la sécurité sociale. Dans le cadre d'une intervention urgente dépêchée par le central de secours d'urgence, l'assurance maladie prend en charge les frais découlant du transport de l'équipe médicale d'urgence sur les lieux de l'intervention conformément aux conditions et modalités prévues par la convention conclue en vertu de l'article 61, alinéa 1er sous 11) du Code de la sécurité sociale, même en dehors du transport de la personne protégée.

Modalités de prise en charge

Art. 137. L'indemnité de voyage est prise en charge par la caisse compétente sur base d'une demande expresse de l'ayant droit. La demande doit être accompagnée d'une copie de l'autorisation de traitement à l'étranger. L'indemnité de voyage est toujours versée à la personne transportée, ou, lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge, à son représentant légal.

En cas de présentation d'une facture acquittée se rapportant à un moyen de transport visé aux points 1 à 4 du paragraphe 1er de l'article 132 pour lequel les conditions de prise en charge ne sont pas remplies, s'il s'agit d'un voyage à l'étranger, l'indemnité de voyage est versée d'office.

Les frais pour prestations de transport avancés par les ayants droit sont pris en charge sur base de factures acquittées, accompagnées des ordonnances et, le cas échéant, des autorisations requises. La preuve que le déplacement était en rapport avec l'obtention des prestations à charge de l'assurance maladie dans les situations visées par les présents statuts incombe à l'ayant droit.

Les frais de transport en taxi au sens de l'article 132, paragraphe 3 des statuts ne sont pris en charge qu'à la condition que les prestations afférentes sont délivrées par un fournisseur agréé par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. Les factures relatives à ces prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles contiennent pour chaque trajet effectué les données suivantes : le nom de l'entreprise, la plaque minéralogique du véhicule utilisé, la date et l'heure de la course, les lieux de départ et d'arrivée, le kilométrage et le prix facturé.

Les transports aériens et en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge directement par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant à condition que la situation d'urgence soit reconnue conformément à l'article132, paragraphe 3. Lorsque cette dernière condition fait défaut, ces transports peuvent être pris en charge sur base de factures acquittées au titre d'un transport simple à condition que toutes les conditions afférentes soient également remplies.

La part statutaire incombant à l'assurance maladie des prestations de transport est réglée directement au transporteur par la Caisse nationale de santé dans les cas où celle-ci, sur demande de la personne protégée, a émis préalablement au transport un titre de prise en charge accepté par le transporteur dans le cadre des conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention, dans le cadre des conditions d'agrément réglant les rapports entre la Caisse nationale de santé et les transporteurs.

Art. 138. (abrogé)

Art. 139. (abrogé)

Art. 140. (abrogé)

Art. 141. (abrogé)

CHAPITRE 12.- **SOINS HOSPITALIERS**

Prestations de soins et séjour en milieu hospitalier

Art. 142. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, est pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions ci-après :

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de deux euros soixante-dix cents (2,70 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. Toutefois, en cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, cette participation n'est pas due pendant les douze premiers jours.

Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, admis en hôpital de jour participent à leur entretien à raison d'un euro trente-cinq cents (1,35 €) par jour. Ne sont pas visés par la présente disposition les traitements en hôpital de jour de psychiatrie. Le montant prévisé correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance.

Dans la mesure où des prestations visées dans les nomenclatures des actes et prévues par les présents statuts sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de la personne protégée, les prestations de même nature délivrées dans le secteur hospitalier

ambulatoire sont grevées de la même participation. La mise en compte de cette participation est effectuée conformément aux modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les séjours et traitements hospitaliers en relation avec les actes techniques visés au chapitre 9, sous-section 2 du règlement de nomenclature des médecins ainsi que ceux visés aux chapitres 1, 2 et 3 de la deuxième partie du règlement de nomenclature des médecins-dentistes, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du Contrôle médical dans l'une des conditions suivantes :

- présence d'une intolérance aux anesthésiques locaux
- lorsqu'en présence d'un processus inflammatoire aigu nécessitant une intervention immédiate, l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante
- traitement dentaire des handicapés psychiques ou physiques chez lesquels du fait de leur handicap une anesthésie locale est impossible
- extraction d'une dent de sagesse incluse ou enclavée où l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante, avec radiographie à l'appui.

Lorsqu'au cours d'une hospitalisation plusieurs interventions chirurgicales sont pratiquées dont au moins une n'est pas à charge de l'assurance maladie, les frais normalement opposables en vertu de la convention conclue sur base de l'article 74 du Code de la sécurité sociale, générés pendant la durée de l'hospitalisation ne sont pris en charge que si l'intervention la plus importante est à charge de l'assurance maladie. L'importance de l'intervention est appréciée par rapport au coefficient de l'acte dans la nomenclature des actes et services des médecins.

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans, les frais d'hôtellerie, à l'exception des frais de restauration générés par la présence d'une personne accompagnante à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque le séjour de la personne protégée en milieu hospitalier constitue un cas d'hébergement au sens de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, les médicaments délivrés à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie au titre d'un forfait correspondant à quatre euros et vingt cents (4,20 €) par jour. Ce forfait est liquidé à l'hôpital par la voie du tiers payant sur base d'une décision non litigieuse du Contrôle médical déclarant le cas d'hébergement.

Le fichier B7 repris à l'annexe A des présents statuts comprend les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier. Le fichier B7 détermine les conditions et modalités de délivrance et de prise en charge. Les dispositifs médicaux sont pris en charge d'après un taux appliqué à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes du fichier B7.

Art. 143. L'admission à l'hôpital et la sortie de l'hôpital des personnes protégées sont faites d'après les modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Procréation médicalement assistée

Art. 143bis. L'assurance maladie prend en charge les frais liés à la procréation médicalement assistée (PMA) par stimulation ovarienne, insémination artificielle, fertilisation in vitro (FIV) ou injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) dans les conditions et d'après les modalités prévues ci-dessous:

La prise en charge des mesures de PMA s'interrompt au jour du 43e anniversaire de la femme.

La PMA n'est pas prise en charge après ligature des trompes ou après vasectomie.

La prise en charge de la FIV et de l'ICSI est subordonnée à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur base d'une demande d'autorisation moyennant le formulaire spécial prévu à l'annexe J des présents statuts. Sous réserve de l'accomplissement des conditions prévues par le présent article, la Caisse nationale de santé émet un titre de prise en charge. Les titres sont établis pour une durée maximum de six (6) mois à partir de la date d'établissement du titre.

CHAPITRE 13.- **DISPOSITIFS MEDICAUX, APPAREILS ET FOURNITURES DIVERSES**

Exclusions

Art. 144. Les dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses non repris dans les listes en annexe des présents statuts sont exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Il en est de même des frais de fonctionnement et d'énergie des appareils, à moins que les listes prévisées ne prévoient la prise en charge expresse de certains produits consommables liés à leur fonctionnement.

Modes de délivrance et taux de prise en charge

Art. 145. Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une acquisition par la personne protégée, sont prises en charge d'après un taux appliqué soit à un prix de vente soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes visées à l'article précédent.

Les fournitures pour lesquelles les dispositions du présent chapitre prévoient une mise à disposition sont prises en charge dans le cadre d'une location dont le prix est déterminé soit d'après un loyer de référence fixé dans les listes statutaires, soit d'après un loyer établi sur base d'un devis.

En cas de mise à disposition de fournitures, l'assurance maladie est en droit d'imposer la mise à disposition de fournitures et d'appareils usagés. Le fait par la personne protégée de refuser la mise à disposition d'un appareil fait obstacle à sa prise en charge par une autre voie.

Limitations et modalités de la délivrance des fournitures

Art. 146. Les listes prévisées peuvent déterminer pour chaque fourniture ou pour des catégories de fournitures de même nature certaines conditions et modalités de délivrance et de prise en charge spécifiques. Sont notamment visées par cette disposition:

a) la quantité maximale susceptible d'être prise en charge par l'assurance maladie dans un intervalle donné

b) le montant de prise en charge maximal pendant un intervalle donné

c) la stipulation que la prise en charge est réalisée moyennant un forfait

d) le délai de renouvellement calculé sur l'intervalle compris entre la date de la dernière délivrance de la fourniture de même nature et la date de l'ordonnance médicale prescrivant son renouvellement. Des délais spécifiques peuvent être accordés aux enfants et adolescents en phase de croissance

e) la durée maximale en cas de mise à disposition d'une fourniture ainsi que la durée et les modalités applicables en cas de prorogation de la mise à disposition. Si la prestation est soumise à un délai, celui-ci vient à échéance précise ou cesse préalablement
   - au jour où le contrat de location est repris à charge de l'assurance dépendance ou
   - si suite à l'allocation de prestations de dépendance un autre appareil est pris en charge par l'assurance dépendance ou
   - si la personne protégée n'a plus besoin de l'appareil du point de vue médical avant l'échéance du délai.

f) le cercle des prestataires ou fournisseurs autorisés

g) le mode de prise en charge par voie de remboursement ou par application du système du tiers payant

h) la limitation de la prise en charge en faveur de personnes atteintes de certaines affections précises constatées sur base d'une ordonnance médicale circonstanciée

i) l'exclusion de la prise en charge, au titre du présent chapitre, de fournitures prescrites à des personnes dépendantes séjournant dans des établissements ayant conclu avec la Caisse nationale de santé un contrat d'aides et de soins au sens de l'article 389 du Code de la sécurité sociale

j) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

k) la condition que la prise en charge n'est faite que sur présentation d'un devis accepté par la Caisse nationale de santé préalablement à l'acquisition

l) la condition que la fourniture est mise à disposition exclusivement à des personnes en phase de rééducation et de réhabilitation fonctionnelles

m) la condition que l'ordonnance médicale doit contenir des indications spécifiques pour l'obtention d'une fourniture déterminée

n) la possibilité de dispenser d'une ordonnance médicale originale pour les délivrances successives

o) la condition que la prise en charge en cas d'acquisition d'une fourniture soit soumise à rétrocession conformément à l'article 147.

p) la condition que la prise en charge est subordonnée à une autorisation administrative de la Caisse nationale de santé

Rétrocession

Art. 147. Lorsque les listes prévisées en font une condition expresse, la personne protégée ou son représentant sont tenus de céder gratuitement la propriété de la fourniture à l'institution ou à la personne désignée à cet effet au cas où la personne protégée n'en aurait plus besoin. Le cas échéant aucune autorisation de prise en charge n'est accordée avant la remise de la déclaration de cession, à présenter sur un formulaire mis à disposition par la Caisse nationale de santé.

La personne protégée ou, le cas échéant, ses successeurs sont tenus de signaler aux services compétents désignés à cet effet par la Caisse nationale de santé la libération de toute fourniture visée par le présent article.

Conditions et modalités particulières

Art. 148. Les fournitures visées par les listes prévisées ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie au titre des dispositions précédentes lorsqu'elles sont comprises dans les actes professionnels prévus au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services infirmiers ou lorsqu'elles sont délivrées par des établissements hospitaliers.

Art. 149. Par dérogation à l'article 2, les couches-culottes peuvent être achetées auprès de fournisseurs non visés aux points a) à c) dudit article.

Art. 150. A défaut d'indication sur l'ordonnance du nom de marque sous lequel ils sont inscrits dans les listes susvisées, seuls les produits les moins chers de même nature, inscrits dans les listes sont pris en charge.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances pour dispositifs médicaux prévus dans les fichiers B1 et B2 doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

Art. 151. Par dérogation aux règles de délivrance prévues dans les dispositions qui précèdent, les dispositifs médicaux prévus dans le fichier B1, nécessaires pour un traitement spécifié sur l'ordonnance médicale à poursuivre pendant un séjour prolongé à l'étranger, peuvent être délivrés en une fois sur base d'un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé après accord du Contrôle médical donné sur le vu d'une motivation médicale. Ce titre de prise en charge précise la quantité à délivrer péremptoirement pour une période ne pouvant dépasser trois mois consécutifs.

Application du tiers payant

Art. 151bis. Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 22 alinéa 3, la personne protégée a droit à la prise en charge de la part statutaire par la voie du tiers payant dans les situations expressément visées à l'agrément prévu à l'article 2 des statuts.

Dispositions spéciales concernant les dispositifs de correction auditive

Art. 152. (1) Les dispositifs de correction auditive sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants forfaitaires prévus dans le fichier B3 de l'annexe A des présents statuts.

Par le terme «dispositif de correction auditive» sont visées toutes les positions énumérées dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts.

Le forfait couvre également les prises d'empreinte, les séances d'essai, d'adaptation et de contrôle audioprothétique réalisés dans un local spécialement aménagé à cet effet.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les présents statuts, la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif de correction auditive prévu au fichier B3 est subordonnée à l'accomplissement des conditions cumulatives suivantes:

1) l'audiogramme tonal indique une perte auditive d'au moins 30dB sur au moins deux des fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz

   ou

   le pourcentage d'intelligibilité à l'audiogramme vocal à 65dB diminue d'au moins 20% lors de l'adjonction d'une source sonore de 60dB;

2) le dispositif de correction auditive apporte un gain auditif d'au moins 10dB à l'indice vocal ou un gain de 10% d'intelligibilité lors des tests d'audiométrie vocale sans adjonction d'une source sonore. Dans les cas où une audiométrie vocale ne peut pas être réalisée, l'audiogramme tonal doit démontrer un gain audioprothétique moyen d'au moins 10dB sur les fréquences-test suivantes: 500, 1000, 2000 et 3000 Hz;

3) une durée moyenne d'utilisation quotidienne du dispositif de correction auditive d'au moins 4 heures pendant la phase d'essai.

(2) A l'exception du renouvellement de l'embout, la prise en charge des dispositifs de correction auditive se fait sur base:

- d'une ordonnance médicale pour dispositif de correction auditive d'un médecin spécialiste en oto- rhinolaryngologie;
- d'un avis motivé du Service audiophonologique de la Direction de la santé, ci-après nommés «Service audiophonologique»;
- d'un devis préalable établi par le prestataire.

(3) Avant toute intervention du Service audiophonologique, l'ordonnance médicale est transmise à la Caisse nationale de santé pour vérification des conditions administratives. La Caisse nationale de santé informe la personne protégée et le Service audiophonologique quant à leur respect ou non-respect à la date de la vérification.

Sous peine d'inopposabilité du dispositif de correction auditive à l'assurance maladie, l'avis motivé émis par le Service audiophonologique est validé par la Caisse nationale de santé par l'émission d'un titre de prise en charge.

(4) La prise en charge par l'assurance maladie d'une extension en appareillage stéréoacousique n'est possible que pendant une période d'un an à compter de la date de la prestation de l'appareillage monaural. On entend par «date de la prestation» la date de la délivrance du dispositif de correction auditive.

(5) La prise en charge d'un embout auriculaire est conditionnée à celle d'un dispositif de correction auditive.

Un embout supplémentaire par dispositif de correction auditive est pris en charge au cours du délai de renouvellement mais au plus tôt six mois après la date de la prestation du premier embout. Pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, la prise en charge des embouts se fait sans délais de renouvellement.

(6) Un montant forfaitaire pour l'acquisition d'un système de transmission sonore par FM est pris en charge par période de renouvellement pour les personnes protégées scolarisées.

(7) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par conduction osseuse via pilier ostéointégré est pris en charge pour l'oreille ipsilatérale dans le cas d'une surdité avec une composante de transmission ou dans le cas d'une pathologie du conduit auditif externe excluant l'insertion d'un embout.

(8) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'un dispositif de correction auditive vibratoire implanté au niveau de l'oreille moyenne ou au niveau de la mastoïde est pris en charge selon les mêmes conditions que celles énumérées dans le paragraphe (7) et lorsqu'un traitement par conduction osseuse via pilier ostéo-intégré est impossible pour raisons médicales dûment spécifiées par le médecin prescripteur.

(9) Un montant forfaitaire pour un processeur externe d'implant cochléaire est pris en charge dans le cas de la mise en place d'un implant cochléaire et pour le renouvellement d'un tel processeur. Pour cette prise en charge, il n'est pas tenu compte du délai fixé dans le paragraphe (4).

(10) Un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par transmission controlatérale du signal est pris en charge pour améliorer la perception bilatérale dans le cas d'une surdité unilatérale ou asymétrique qui ne peut être corrigée par un dispositif de correction auditive conventionnel.

(11) Sans tenir compte des conditions 1) à 2) prévues à l'alinéa 4 du paragraphe (1) du présent article, un montant forfaitaire pour un dispositif de correction auditive par masquage d'acouphènes est pris en charge chez la personne protégée souffrant d'acouphènes invalidants.

(12) Le délai de renouvellement des dispositifs de correction auditive est de cinq ans pour un adulte.

Par dérogation à l'alinéa précédent, ce délai est ramené à trois ans pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

Les délais sont calculés à compter de la date de la prestation relative au dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

La détermination du délai de renouvellement est fonction de l'âge atteint par la personne protégée au moment de la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

(13) En cas d'extension en appareillage stéréoacousique endéans le délai prévu par les présents statuts, le point de départ du délai de renouvellement court à compter de la date de la prestation du dispositif de correction auditive stéréoacousique.

(14) Il n'est pas tenu compte du délai prévu aux alinéas 1 et 2 du paragraphe (12) pour le renouvellement d'un dispositif de correction auditive lorsque la personne protégée présente une aggravation d'au moins 20dB sur la moyenne des fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz par rapport à la perte constatée lors de l'appareillage précédent. L'insuffisance du dispositif de correction auditive doit être constatée par le Service audiophonologique.

(15) Sans préjudice des dispositions figurant au paragraphe (12), un renouvellement ne sera accepté que si les résultats audioprothétiques obtenus avec le nouveau dispositif de correction auditive sont au moins équivalents à ceux obtenus avec l'ancien dispositif ou si le dispositif précédent n'est plus fonctionnel.

(16) Pour les enfants et jeunes n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, l'assurance maladie prend en charge le cumul des frais de réparation échus pour chaque dispositif de correction auditive pris en charge selon les dispositions des présents statuts jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent (25%) du montant forfaitaire prévu dans le fichier B3 de l'annexe A des statuts. Pour les positions Q01 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 200 € par dispositif de correction auditive et 160 € par extension stéréoacousique d'un dispositif de correction auditive. Pour les positions Q04 cette prise en charge cumulative ne pourra pas dépasser 1400 € par dispositif de correction auditive et 1120 € par extension stéréoacousique d'un dispositif de correction auditive. Les frais de réparation échéant pour les positions Q03 ne sont pas opposables à l'assurance maladie.

Dispositions spéciales concernant la prise en charge des épithèses

Art.152bis. La prise en charge par l'assurance maladie des épithèses est soumise à la production préalable d'une ordonnance médicale et d'un devis établi par un prestataire spécialisé. La prise en charge se fait sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et conformément aux dispositions prévues au niveau du règlement de coordination (CE) n° 883/2004, de l'article 20 du Code de la sécurité sociale et des articles 23 à 30 des présents statuts.

CHAPITRE 14.- **PRESTATIONS DE MATERNITE**

Art. 153. Les prestations de maternité sont prises en charge d'après les règles conventionnelles et statutaires applicables aux différentes catégories de fournitures ou soins prévues par les présents statuts.

Les frais pour produits diététiques sont pris en charge forfaitairement jusqu'à concurrence d'un montant de dix-neuf euros quatre-vingt-trois cents (19,83 EUR) au nombre cent de l'indice du coût de la vie. En cas d'accouchement multiple, ce forfait est multiplié par le nombre des enfants. Ces frais sont pris en charge sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant ou des enfants en cas d'accouchement multiple.

En cas d'accouchement anonyme, les prestations de maternité et autres prestations de soins en rapport avec l'accouchement non susceptibles d'être versées à la mère accouchée, sont remboursées à l'institution ou à la personne qui en a fait l'avance et qui justifie de l'autorité parentale sur le nouveau-né.

CHAPITRE 15.- **MEDECINE PREVENTIVE**

Art. 154. Les personnes protégées ont droit, à charge de l'assurance maladie, aux prestations de médecine préventive prévues par les programmes spécifiques dans le cadre des conventions conclues sur base de l'article 17, alinéa trois du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 16.- **PAIEMENT COMPLEMENTAIRE**

Art. 154bis. Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées au titre de l'assurance maladie obligatoire ne peut dépasser un seuil fixé à deux pour cent et demi (2,5%) du revenu cotisable annualisé de l'année précédente.

La participation est définie par la différence entre, d'une part, le montant brut du prix officiel ou du prix de référence figurant dans les nomenclatures et les listes et, d'autre part, le montant net obtenu par application du taux de prise en charge inférieur à cent pour cent (100%). Sont prises en considération les participations prévues aux articles 35, 39 alinéa 1er, 48, 52, 55, 59, 67, 78, 91*ter* alinéa 1, 101, 104, 114, 115 et 145.

Les participations sont rattachées à l'année civile en fonction de la date de prestation des soins.

Par revenu cotisable annualisé on entend la somme des douze assiettes cotisables mensuelles au sens de l'article 33 du Code de la sécurité sociale. L'assiette cotisable mensuelle ne peut être inférieure au montant de cent soixante-dix-neuf euros et quatre-vingt-neuf cents au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Il n'est pas tenu compte de la majoration de trente pour cent (30%) du minimum cotisable pour le groupe des bénéficiaires de pension. A défaut d'une affiliation continue de l'assuré au cours de l'exercice précédant l'année civile en cause, le revenu cotisable annualisé est égal au produit de l'assiette mensuelle moyenne multiplié par douze. Pour un assuré nouveau, le revenu cotisable annualisé est constitué par le salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins.

En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, à un remboursement complémentaire auprès de sa caisse compétente des participations dépassant le seuil en question.

La demande peut être présentée au plus tôt à partir du 1er mai de l'exercice courant et lorsque la participation atteint au moins deux pour cent et demi (2,5%) du minimum prévu à l'alinéa 5. Sous peine de forclusion, la demande doit parvenir à l'organisme compétent au plus tard avant la fin de la deuxième année civile qui suit celle au cours de laquelle la participation visée aux alinéas précédents a atteint le seuil en question.

Le versement du remboursement complémentaire est effectué d'office par la caisse compétente.

Pour l'appréciation du dépassement du seuil, les participations de l'assuré et des coassurés au sens de l'article 7 du Code de la sécurité sociale sont totalisées.

TITRE III. - **DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES**

Secret médical et secret professionnel

Art. 155. Les membres des organes et les employés des institutions d'assurance maladie sont tenus au secret professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des prestations de soins et de fournitures par l'assurance maladie, la communication d'un diagnostic ou de renseignements d'ordre médical peut être faite au personnel et aux médecins de contrôle de la sécurité sociale toutes les fois que l'avis de cette administration constitue une condition pour la prise en charge des prestations.

Documents

Art. 156. Dans les relations entre les personnes protégées, les prestataires de soins et fournisseurs, l'assurance maladie et le Contrôle médical, il est fait usage obligatoirement des formules standardisées des mémoires d'honoraires, des feuilles d'ordonnance, des devis et des déclarations d'incapacité de travail prévues par les conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.

Art. 157. Sauf les exceptions prévues par les statuts et conventions réglementant l'utilisation de copies, la prise en charge des prestations et fournitures ne peut être effectuée que sur base d'originaux.

Art. 158. Toutefois, en cas de déclaration de perte ou de détérioration de l'original, la prise en charge peut être effectuée sur base d'une copie certifiée conforme à l'original par son émetteur. Les rappels de factures ne valent pas original.

Amendes d'ordre

Art. 158bis. (1) Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par la personne protégée ou par un tiers sur une ordonnance, un protocole thérapeutique, un mémoire d'honoraires ou une facture, ce sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des prestations et fournitures prescrites ou mises en compte et des sanctions prévues par les lois, les règlements et les présents statuts.

(2) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes n'ayant pas respecté les dispositions statutaires prévues au paragraphe précédent. Il en est de même en cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré par la personne protégée ou par un tiers conformément à l'article 9 des présents statuts.

(3) La première constatation de non-respect des dispositions prévues au paragraphe 1er du présent article ou de l'article 9 des présents statuts est punie par une amende d'ordre de cent cinquante euros (150 €). La deuxième constatation est punie par une amende d'ordre de deux cents euros (200 €). Toute nouvelle constatation est punie d'une amende d'ordre de trois cent cinquante euros (350 €).

(4) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire à la même personne protégée ou une créance que la personne protégée a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 159. En vue de la constatation et de l'exercice des droits récursoires conférés par l'article 82 du Code de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé, la personne protégée est tenue de communiquer spontanément à la Caisse nationale de santé tout fait qui comporte pour elle un dommage corporel pour la réparation duquel une action en responsabilité civile ou pénale est susceptible d'être intentée contre un tiers responsable ou présumé responsable.

Si la personne protégée ou son représentant légal, après deux rappels, dont le dernier est resté infructueux après un délai de quinze jours, soit refuse de communiquer à la Caisse nationale de santé de manière exhaustive les renseignements requis de sa part pour éclairer les faits, soit refuse de porter plainte au pénal contre la personne responsable ou présumée responsable, elle peut être frappée d'une amende d'ordre de vingt-cinq euros (25,00 €) à cent vingt-cinq euros (125,00 €), prononcée à son égard par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. Le dernier rappel est lancé par lettre recommandée à la poste.

L'amende peut être renouvelée tant que persiste l'abstention. Toutefois le montant cumulé des amendes d'ordre ne saurait dépasser par cas ni le montant du préjudice supporté par l'assurance maladie ni le montant limite prévu à l'article 447 du Code de la sécurité sociale.

Le devoir de porter plainte au pénal ne peut être imposé à la personne protégée dans les affaires de coups et blessures volontaires qui opposent des époux entre eux ou des membres d'une même famille, jusqu'au deuxième degré inclusivement, ou encore aux victimes économiquement dépendantes de la personne présumée responsable, même non parente et alliée, qui, au moment des faits, vivait avec la personne protégée dans une communauté domestique de laquelle dépend l'entretien d'un ou de plusieurs enfants mineurs.

Procédure d'autorisation spéciale

Art. 160. Lorsque le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé décide d'intégrer des produits (appareils, dispositifs médicaux, produits de nutrition entérale) dans les listes visées aux annexes des présents statuts, il peut par dérogation aux règles générales relatives à l'entrée en vigueur des statuts décider d'en faire bénéficier les personnes dont le cas a été à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

Assistance aux personnes protégées dans le cadre de la transmission des données médicales

Art. 161. La Caisse nationale de santé met à disposition des personnes protégées, sur requête de celles-ci, des formulaires de demande de communication des données médicales visées à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale et à l'article 37 des présents statuts.

Assistance exceptionnelle à la personne protégée

Art. 162. Pour satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins ou de fournisseurs agréés pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie, le président du conseil d'administration de la caisse compétente en vertu de l'article 44 du Code de la sécurité sociale peut décider de prêter à la personne protégée une assistance exceptionnelle sous forme d'une avance sur les créances que celle-ci possède à l'égard de l'assurance maladie. Cette assistance se fait moyennant virement de la part opposable à l'assurance maladie au prestataire ou au fournisseur.

L'assistance exceptionnelle est accordée sur décision du président sur base d'une demande écrite de la personne protégée. Pour être considérée au titre d'une assistance exceptionnelle conformément au présent article, la demande doit répondre aux conditions suivantes:

- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture émanant d'un prestataire de soins ou fournisseur agréé pour des prestations prises en charge par l'assurance maladie;
- elle concerne une prestation ou une fourniture non prise en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions prévues à l'article 61 du Code de la sécurité sociale;
- elle concerne une prestation ou fourniture pour laquelle toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies;
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture dépassant le montant de 250 euros et le paiement représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve. Le montant de 250 euros constitue le montant facturé d'après les tarifs de la nomenclature ou des listes conventionnelles ou statutaires, à l'exclusion des frais facturés par le prestataire ou le fournisseur à titre de convenance personnelle de la personne protégée ou en dépassement d'un devis;
- elle concerne un mémoire d'honoraires ou une facture se rapportant à une prestation ou une délivrance d'une fourniture, pour laquelle la date d'émission du mémoire ou de la facture ne précède pas de plus de trois mois la date de la demande en vue de l'obtention de l'assistance exceptionnelle.

Remboursement en espèces

Art. 163. Les prestations en nature pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais, dépassant un montant fixé par le conseil d'administration de la caisse compétente, peuvent être remboursées sur demande de l'ayant droit visé à l'article 84 du Code de la sécurité sociale au moyen d'un chèque tiré sur un compte bancaire de la Caisse nationale de santé au guichet des caisses de maladie ou des agences pour lesquelles les comités directeurs des caisses compétentes ont institué ce service.

Aux fins de l'application de la disposition qui précède sont prises en compte les factures acquittées, au jour de leur présentation à la caisse compétente, depuis moins de quinze jours.

Comptables extraordinaires

Art. 164. Les comptables extraordinaires prévus par les dispositions du règlement grand-ducal modifié du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale peuvent procéder à des règlements par chèque ou en espèces pour le paiement des prestations dans les cas prévus aux articles 162 et 163 ci-dessus, ainsi que pour le paiement de l'indemnité funéraire.

Il peut en être de même dans les cas où l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité est payée par la caisse compétente directement à la personne protégée.

DEUXIÈME PARTIE

LES PRESTATIONS DE DECES

TITRE I. - INDEMNITE FUNERAIRE

Art. 165. En cas de décès de la personne protégée ou de son enfant mort-né, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à cent trente (130.00) euros au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Par un enfant mort-né au sens du premier alinéa, on entend un enfant né viable et non vivant. Est présumé viable, l'enfant dont la gestation a duré, selon le certificat médical, plus de 22 semaines depuis la conception.

En cas de décès d'une personne protégée dans le cadre d'un traitement stationnaire à l'étranger dûment autorisé par la Caisse nationale de santé au moyen d'un formulaire S2 l'assurance maladie contribue au rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cent trente euros (130.00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. Le paiement se fait à la personne déterminée conformément à l'article 167 alinéa 1er.

Art. 166. Sont considérés comme frais funéraires les frais concernant:

- le cercueil et le décor funéraire d'usage (chapelle ardente, gerbe),
- une couronne de fleurs,
- le transport du cercueil et des fleurs,
- l'ouverture et la fermeture de la tombe,
- l'inhumation religieuse et le service funèbre,
- l'incinération,
- les avis mortuaires d'usage publiés dans la presse,
- les frais et taxes communaux.

Art. 167. Dans les limites de l'article 165, l'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci.

Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre de l'énumération qui suit : au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et sœurs, à condition pourtant que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

TROISIÈME PARTIE

LES INDEMNITES PECUNIAIRES AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE ET DE L'ASSURANCE ACCIDENT

CHAPITRE 1. - **CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL ET DEFINITIONS**

Art.168. Les dispositions qui suivent s'appliquent à l'ensemble des assurés ayant droit à l'indemnité pécuniaire conformément à l'article 15 du Code de la sécurité sociale. En sont exclus les assurés au service de l'État, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière.

Art.169. (1) Par période d'incapacité de travail, on entend les jours civils consécutifs pendant lesquels l'assuré est de façon ininterrompue incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ainsi que ceux pour lesquels il bénéficie d'un congé pour raisons familiales, d'un congé de maternité, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé d'accueil ou d'un congé d'accompagnement.

(2) Le début de la période correspond au premier jour non ouvré en tout ou en partie. Le dernier jour non ouvré précédant celui de la reprise du travail, respectivement, en cas de reprise progressive du travail conformément à l'article 14*bis* du Code de la sécurité sociale, le dernier jour ouvré pendant cette reprise progressive et précédent celui de la reprise totale de travail, constitue la fin de la période et compte pour le calcul de celle-ci. Si la journée de travail se situe à cheval sur deux jours civils, elle est imputée entièrement sur le premier jour civil. Une reprise du travail avant la fin présumée de l'incapacité de travail telle que certifiée par le médecin prescripteur sur le certificat médical d'incapacité de travail tel que visé à l'article suivant met fin à l'incapacité de travail et doit être signalée par écrit par le salarié ou le non-salarié à la Caisse nationale de santé. Une période de congé légal de récréation pendant une incapacité de travail est considérée comme reprise de travail. Par reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques, on entend une reprise du travail dûment accordée conformément à l'article 14*bis* du Code de la sécurité sociale.

(3) En vertu des articles 14, alinéa 1er et 14*bis* du Code de la sécurité sociale, l'assuré en incapacité de travail peut sur base d'un certificat médical de son médecin traitant et en accord avec son employeur soumettre à la Caisse nationale de santé une demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques.

(4) Le congé pour raisons familiales et le congé d'accompagnement peuvent être fractionnés. La fraction ne dépassant pas la moitié du temps de travail contractuel prévu pour le jour en question n'est mise en compte que pour un demi-jour.

(5) Les périodes d'incapacité de travail et les périodes de référence exprimées en semaines aux articles qui suivent sont converties en journées en les multipliant par sept.

CHAPITRE 2. - **DECLARATION DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL**

Art. 170. Pour déclarer l'incapacité de travail, les assurés utilisent exclusivement les formulaires leur délivrés par le médecin, conformément à la convention conclue par la Caisse nationale de santé avec les médecins et plus amplement décrits dans le cahier des charges établi en vertu de cette convention. Ce formulaire comprend trois volets.

L'assuré adresse le premier volet du formulaire, dûment complété et signé par le médecin, à la Caisse nationale de santé au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, le formulaire doit être adressé à la Caisse nationale de santé avant l'expiration du deuxième jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si le dernier jour de ce délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Pour vérifier l'observation du délai visé à l'alinéa précédent, le cachet postal fait foi.

Le salarié transmet le deuxième volet aussitôt à son employeur. Le troisième volet est conservé par l'assuré pour ses propres besoins éventuels.

Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du formulaire réservées au médecin, ce sous peine des sanctions prévues par les lois, les règlements et les statuts et de nullité du certificat.

L'incapacité de travail certifiée par le médecin n'est opposable à la Caisse nationale de santé que si elle renseigne la date à laquelle l'incapacité prend fin.

Les dispositions des instruments communautaires respectivement bilatéraux s'appliquent au cas où l'incapacité survient dans un pays de l'UE, un pays assimilé ou dans un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg a conclu une convention bilatérale incluant les règles applicables en pareil cas.

Lorsque l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient dans un pays non lié par un instrument juridique prévoyant des dispositions y relatives, l'incapacité de travail ou la prolongation de celle-ci doit être justifiée par un certificat médical envoyé à la Caisse

nationale de santé au plus tard dans un délai de 3 jours à partir de l'incapacité ou du délai à partir de laquelle elle est prolongée, le cachet postal faisant foi.

Le certificat médical doit être établi au plus tard le troisième jour de l'incapacité de travail ou de sa prolongation. Tout certificat médical dont l'effet rétroactif est supérieur à deux jours, n'est opposable à la Caisse nationale de santé qu'à partir de la date de son établissement. Toutefois, la Caisse nationale de santé a la faculté de valider intégralement ou partiellement la période d'incapacité de travail certifiée avec effet rétroactif.

Art. 171. La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés.

Art. 172. Si, au cours de ou après la période de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, l'assuré salarié omet de transmettre dans le délai prévu à l'article 170 le certificat médical à la Caisse nationale de santé, celle-ci l'invite par écrit à remplir son obligation.

En cas de récidive au cours d'une année à compter du 1er du mois au cours duquel le dernier certificat d'incapacité de travail a été adressé à la Caisse nationale de santé en dehors du délai prévu à l'article 170 des présents statuts, le président ou son délégué peut prononcer une amende d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration est compétent pour vider les oppositions. Le conseil d'administration peut accorder décharge de l'amende.

En vertu de l'article 441 du même code, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende avec le remboursement futur de prestations en nature ou le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

CHAPITRE 2*bis*. - **DEMANDE DE REPRISE PROGRESSIVE DU TRAVAIL POUR RAISONS THÉRAPEUTIQUES**

Art. 173. L'assuré en incapacité de travail peut en vertu des articles 14, alinéa 1er et 14bis du Code de la sécurité sociale demander de reprendre progressivement le travail pour des raisons thérapeutiques, sans que cette reprise progressive ne met fin à cette incapacité de travail. La demande de reprise est produite sur le formulaire figurant à l'annexe F des présents statuts et contient tant l'attestation par le médecin traitant que la reprise progressive est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré que l'accord de l'employeur.

CHAPITRE 3. - **OCTROI DE L'INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE**

Art. 174. Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire 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 dix-huit mois de calendrier successifs

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

A condition que toutes les périodes d'incapacité de travail aient été déclarées à la Caisse nationale de santé à l'aide d'un certificat médical, sauf pour celles ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés, l'indemnité pécuniaire est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 175. Pour les salariés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire prend cours dès le premier jour de l'incapacité déclarée à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 170. Pendant la période du mois en cours de la maladie ainsi que pendant le mois subséquent, elle est payée à l'employeur affirmant sur le formulaire prescrit par la Caisse nationale de santé avoir effectivement rempli son obligation légale et indiquant le nombre d'heures de travail pendant lesquelles le salarié n'a pas pu travailler.

Art. 176. Au plus tard le 20e jour de chaque mois, la Caisse nationale de santé informe l'employeur et le salarié pour lequel la conservation légale de la rémunération a pris fin au début de ce mois ou pour lequel cette obligation repasse de la Caisse nationale de santé à l'employeur conformément à l'article 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail.

La Caisse nationale de santé informe le non salarié pour lequel la période de suspension de l'indemnité pécuniaire visée à l'article 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale a pris fin au début de ce mois ainsi que de celui pour lequel elle est nouveau suspendue à partir du début du même mois.

Art. 177. Tout avis du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est capable de travailler donne lieu à l'émission par la Caisse nationale de santé d'une décision en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale précisant que les certificats d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, établis au cours des douze semaines à venir, ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé, sauf fait médical nouveau justifié d'une manière détaillée par le médecin traitant.

La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré une décision en vertu de l'article 47, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale retirant l'indemnité pécuniaire tant qu'il se soustrait sans motif valable au Contrôle médical ou aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2 du Code du travail. De même, elle notifie une telle décision suspendant l'indemnité pécuniaire pendant la période au cours de laquelle l'assuré séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ou qu'il se trouve en état de détention.

CHAPITRE 4. - **DÉTERMINATION DE L'INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE**

Art. 178. Pour les salariés l'indemnité pécuniaire se compose, à l'image de la rémunération, de l'indemnité de base et, le cas échéant, d'un second élément dénommé « compléments et accessoires ».

Ces deux éléments sont calculés séparément sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail. En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations différentes, l'indemnité est calculée séparément pour chacune d'elle. En dehors de la rémunération proprement dite à charge de l'employeur, les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident font partie de l'assiette de cotisation servant au calcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité de base correspond à la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé. Par rémunération de base, l'on entend les éléments de la rémunération qui sont payables mensuellement en espèces et qui ne sont pas considérés comme compléments et accessoires. A défaut de mois entièrement couverts par une activité soumise à l'assurance, la rémunération de base est portée en compte suivant la valeur convenue dans le contrat de travail. Elle est réduite à l'indice cent du coût de la vie moyennant le nombre indice applicable le mois en cause. Est porté en compte le nombre d'heures correspondant au même mois ou le nombre d'heures le plus élevé des mois au cours desquels la rémunération de base est identique.

L'élément de l'indemnité pécuniaire dénommé « compléments et accessoires » équivaut à la moyenne des compléments et accessoires qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail comme étant des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variations, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. Si cette période de référence de douze mois n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base du ou des mois de calendrier entièrement couverts. Pour la réduction à l'indice cent du coût de la vie, est appliqué le nombre indice applicable le mois ou les mois de calendrier au cours desquels l'assiette de cotisations comprend des compléments ou accessoires.

En attendant la déclaration par l'employeur des éléments servant au calcul de l'indemnité pécuniaire, la Caisse nationale de santé accorde à la fin de chaque mois une avance appropriée. Elle récupère le trop-payé résultant du décompte entre les avances et le montant définitif par compensation avec l'indemnité pécuniaire ou les prestations de soins de santé dues au cours des trois années civiles suivantes, ou, par recouvrement direct, le cas échéant, forcé.

En l'absence de déclaration par l'employeur à la fin du mois suivant celui auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte, l'assuré peut demander la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas deux journées au sens de l'article 171 pendant lesquelles il affirme avoir été incapable de travailler sans devoir le justifier par un certificat médical.

Art. 179. Si l'incapacité de travail attestée par les certificats médicaux visés à l'article 170 ne couvre pas un mois de calendrier entier, l'indemnité pécuniaire de base ainsi que, le cas échéant, les compléments et accessoires déterminés conformément à l'article qui précède sont divisés par le nombre de jours du mois de calendrier en cause et multipliés par le nombre de jours d'incapacité de travail résultant du ou des certificats médicaux.

Après la déclaration par l'employeur du nombre de jours d'incapacité de travail effectifs et des autres données, l'indemnité pécuniaire due pour une partie seulement du mois peut faire l'objet d'un recalcul lorsque l'assuré accuse une différence de revenu pour le mois en question, résultant de l'application de différentes méthodes de proratisation de salaire par l'employeur et la Caisse nationale de santé. Le décompte détaillé du salaire payé par l'employeur pour le mois concerné doit être joint à la demande écrite de l'assuré.

Art. 180. (article abrogé)

Art. 181. Pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier en question.

Art. 182. Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois.

Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

Art. 183. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement.

Art. 184. Sauf pour les non salariés, le montant de l'indemnité pécuniaire calculé au nombre indice cent du coût de la vie conformément aux dispositions qui précèdent est multiplié par le nombre-indice applicable le mois auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte.

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

Art. 185. L'indemnité pécuniaire est payée par virement bancaire à la fin du mois auquel elle se rapporte. A cet effet, l'assuré est tenu de fournir à la Caisse nationale de santé ses coordonnées bancaires, documentées par un relevé d'identité bancaire (RIB).

CHAPITRE 5.- **FIN DE L'INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE**

Art. 186. Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour civil de cette incapacité si la limite des soixante-dix-huit semaines prévues à l'article 14, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est atteinte. A cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelles ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ou pendant laquelle cette indemnité était suspendue conformément à l'article 11, alinéa 2 pour les salariés respectivement 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale pour les non-salariés, dans la mesure où ces périodes se situent au cours d'une période de référence antérieure de cent quatre semaines comprenant à la fin le jour considéré. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacités dépasse soixante-dix-huit (78) semaines.

Le mode de calcul prévu à l'alinéa qui précède s'applique séparément par enfant aux périodes de congé pour raisons familiales pour en déterminer la fin telle que prévue à l'article L. 234-52 du Code du travail.

Art. 187. En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas 1 et 2 de l'article 14 du Code de la sécurité sociale à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés à l'alinéa précédent.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toute(s) pièce(s)

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autre(s) revenu(s) tels que précisés aux alinéas précédents.

Les dispositions des alinéas 3 et 4 s'appliquent pour toute(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu les documents visés aux alinéas précédents le paiement de l'indemnité est suspendu

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours;
- à partir du 1er jour de toute(s) éventuelle(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Art. 188. En cas de constatation d'une invalidité permanente par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et la caisse de pension sont informés de la cessation du paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie avec effet au premier jour du mois suivant celui de cette information. Il en est de même deux mois avant l'expiration de la soixante-dix-huitième semaine.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement professionnel en application des articles L. 552-1 et suivants du Code du travail.

Art. 189. La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré et à son employeur la date de la fin du droit déterminée en application des dispositions des articles 186 et 188 des présents statuts.

Cette notification, adressée avant l'expiration du droit aux parties intéressées, ne vaut que simple information dans la mesure où des contestations au sujet de la délimitation du droit aux

prestations seront vidées conformément aux dispositions des articles 47 et 83 du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 6.- **PRESTATIONS DE MATERNITÉ**

Art. 190. L'indemnité pécuniaire de maternité est servie par la Caisse nationale de santé pendant le congé de maternité. Pour avoir force probante, le certificat médical visé à l'article L. 332-1 du Code du travail concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes ne peut remonter à plus de douze semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

En cas de transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour en application de l'article L. 333-3 du Code de travail, l'employeur obtient sur demande le remboursement par la Caisse nationale de santé de la différence de revenu, charges patronales comprises. Le remboursement est effectué en une seule fois après le début du congé de maternité. L'employeur déclare au Centre commun ladite différence ensemble avec la rémunération inhérente au poste de travail de jour.

En cas de dispense de travail pour des raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte, accouchée ou allaitante conformément à la législation visée ci-dessus, le délai prévu à l'alinéa 1 qui précède n'est pas applicable.

CHAPITRE 7- **PRINCIPES DU CONTRÔLE DES MALADES**

Art. 191. (1) Dans les situations visées par les présents statuts, les personnes portées incapables de travailler pour cause de maladie ou d'accident, dénommées ci-après «personne(s) portée(s) incapable(s) de travailler» peuvent être soumises à un contrôle administratif ou médical par la Caisse nationale de santé à partir du premier jour d'incapacité de travail justifié ou non par un certificat médical d'incapacité de travail.

(2) Par contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler on entend la présentation de contrôleurs, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne portée incapable de travailler. Le contrôle des personnes portées incapables de travailler peut également avoir lieu dans les lieux publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins.

(3) Le contrôle administratif a pour finalité de vérifier le respect, par la personne portée incapable de travailler, des obligations lui imposées par les présents statuts.

(4) Des contrôles peuvent être effectués par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par contrôle médical des personnes portées incapables de travailler on entend, sans préjudice des dispositions portées aux articles 168 à 190, le contrôle tel que visé notamment à l'article 213 auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale et tel que visé à l'article 418, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale pour vérifier si la personne contrôlée est capable de reprendre son activité professionnelle.

Art. 192. (1) Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés commis par la Caisse nationale de santé. Les contrôleurs sont porteurs d'une carte d'habilitation.

(2) Les contrôleurs ont pour mission de constater si la personne portée incapable de travailler se conforme aux dispositions légales (article 16 du Code de la sécurité sociale) envisageant l'organisation de mesures de contrôle par les présents statuts notamment en ce qui concerne son lieu de séjour pendant l'incapacité de travail.

(3) D'une manière générale le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informé de l'absence au travail d'un assuré en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce contrôle s'étend tant aux périodes pendant lesquelles l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendue en vertu de l'article 11, paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale, que pendant celles où celle-ci est à charge de la Caisse nationale de santé.

Art. 193. Dans le cadre des accords internationaux bi- ou multilatéraux ou des règlements communautaires applicables, le contrôle administratif peut être effectué en dehors des frontières du Grand-Duché de Luxembourg. Dans ce cas le contrôle est effectué soit par des agents des autorités compétentes du pays de résidence ou de séjour, soit, si les instruments juridiques applicables le prévoient, également par des contrôleurs commis par la Caisse nationale de santé.

Art. 194. (abrogé)

Art. 195. Un contrôle administratif peut être effectué sur demande écrite dûment motivée de l'employeur.

Art. 196. (1) Les personnes relevant d'une profession libérale ou indépendante ayant communiqué un arrêt de travail peuvent être soumises dès le premier jour de l'incapacité de travail au contrôle suivant les mêmes modalités que les personnes possédant la qualité de salarié.

(2) Lorsque la personne déclarante est médecin ou lorsque la déclaration concerne une des personnes visées à l'article 1er, alinéa 1, sous 5) du Code de la sécurité sociale, conjoint ou partenaire d'un médecin au sens de cette disposition légale, le constat d'incapacité visé à l'article 170 doit émaner, sous peine d'irrecevabilité, d'un médecin tiers.

CHAPITRE 8 - OBLIGATIONS DES SALARIÉS, DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS OU DES RESSORTISSANTS DES PROFESSIONS LIBÉRALES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Art. 197. La personne portée incapable de travailler est tenue de fournir à la Caisse nationale de santé son adresse exacte (lieu, rue, numéro, étage …) où elle séjourne pendant son incapacité de travail.

Art. 198. (1) Tant que dure l'incapacité de travail et qu'il n'y a pas reprise du travail par la personne portée incapable de travailler, il lui est interdit de

1. participer à des activités sportives, sauf si celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une prescription médicale précise, servant au rétablissement des causes de l'incapacité de travail;
2. exercer une activité incompatible avec son état de santé;
3. fréquenter un débit de boissons ou un établissement de restauration, sauf pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la caisse.

(2) L'interdiction prévue au point 3. de l'alinéa précédent ne joue pas pour les personnes domiciliées dans un tel établissement.

CHAPITRE 9 - RÉGIME DE SORTIES DU MALADE

Art. 199. (1) Par sortie de la personne portée incapable de travailler on entend l'éloignement, pendant la période d'incapacité de travail, de la personne incapable de travailler de son domicile ou du lieu de séjour indiqué par elle.

(2) Sauf les dérogations prévues par les présents statuts et nonobstant indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les périodes d'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

(3) On entend par périodes déclarées d'incapacité de travail celles que la personne portée incapable de travailler a déclarées à son employeur ou à la Caisse nationale de santé comme étant celles où elle sera prévisiblement absente de son travail pour cause de maladie ou d'accident.

Art. 200. Par dérogation à l'article précédent, la personne portée incapable de travailler peut s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour dans les hypothèses prévues ci-dessous:

a) à partir du premier jour d'incapacité de travail:
   1. pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande. La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens;
   2. pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas;
b) à partir du cinquième jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant au continu cinq jours civils:

   pour les sorties non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures.

Art. 201. Les dispositions des articles 198 à 200 ne s'appliquent ni aux personnes en cure thermale, ni à celles bénéficiant d'un congé de maternité, d'un congé d'accueil, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé pour raisons familiales ou d'un congé d'accompagnement. Les dispositions des articles 199 et 200 ne s'appliquent pas aux personnes qui sont en incapacité de travail et auxquelles une reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques en vertu de l'article 14bis du Code de la sécurité sociale a été accordée.

Art. 202. Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de six semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43e jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie prévues aux articles 198 à 200.

Art. 203. (1) Sauf autorisation spécifique accordée conformément aux dispositions de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale et dans les conditions visées ci-après, le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Cette règle ne vaut pas dans l'hypothèse où l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée.

(2) En application de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise pour tout séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée pendant une période d'incapacité de

travail. Cette autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour une période ne pouvant dépasser une semaine ouvrable, sur avis circonstancié du médecin-traitant dans les cas limitativement énoncés ci-après:

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité;
2. décès intervenu à l'étranger d'un parent ou allié du 1er degré ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;
3. naissance à l'étranger d'un enfant de la personne portée incapable de travailler.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

(3) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable pour une période déterminée est accordée par la Caisse nationale de santé sur avis circonstanciés et concordants du médecin-traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans des cas de pathologie ou de maladie graves.

(4) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est réputée acquise si le séjour à l'étranger de la personne portée incapable de travailler se limite à la région limitrophe et permet de réunir les conditions suivantes:

1. organisation du contrôle administratif;
2. organisation du contrôle médical;
3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document «S2», prévu par la réglementation européenne.

(5) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la personne pour laquelle un droit aux soins palliatifs conformément aux articles 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs est ouvert est autorisée à séjourner dans un pays différent de celui où elle est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande écrite lui adressée au préalable.

CHAPITRE 10 - **MODALITÉS DU CONTRÔLE**

Art. 204. (1) Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 08.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqués comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

(2) Pour chaque personne contrôlée il est tenu un dossier de contrôle où sont consignés les constats de contrôle et généralement tous les faits significatifs et incidents en rapport avec le déroulement et le résultat du contrôle.

Art. 205. (1) Lors du contrôle administratif il est dressé un constat de présence ou de contravention aux dispositions statutaires de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

(2) A l'occasion des contrôles constatant une absence, le contrôleur laisse une notice de sa présence sur le lieu de contrôle. Cette notice est valablement déposée, dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. A défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne portée incapable de travailler. La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de trois jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet de la poste faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle. Le détail de cette instruction ainsi que le contenu et la forme du procès verbal de contrôle pourront être précisés par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

(3) Dans la mesure où un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

Art. 206. Pour des motifs dûment justifiés à consigner dans le dossier, les contrôleurs sont habilités à effectuer le même jour et par personne portée incapable de travailler, plusieurs contrôles.

Art. 207. (1) Sur demande du contrôleur, la personne portée incapable de travailler est obligée de présenter à celuici une pièce d'identité officielle avec photo.

(2) La personne portée incapable de travailler a l'obligation d'éviter toutes circonstances empêchant le contrôleur d'entrer en contact personnel avec elle.

Art. 208. (1) Au cas où l'employeur sollicite, conformément à l'article 195, un contrôle de la personne portée incapable de travailler, il doit avoir informé le service de contrôle de la Caisse nationale de santé de l'absence au travail du salarié. La demande en vue du contrôle est faite à l'aide d'un formulaire de demande transmis par l'employeur au service de contrôle par courrier postal, par fax ou par voie électronique dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le conseil d'administration.

(2) Dans les situations où l'employeur a communiqué au service de contrôle l'absence d'un salarié aux fins de contrôle prévu au paragraphe précédent il obtient par le service du contrôle des malades une confirmation écrite par fax ou par courriel, ainsi qu'un numéro d'enregistrement du message afférent.

(3) Au cas où l'employeur a fait usage de la faculté prévue au paragraphe (1), il doit immédiatement signaler par la même voie toute reprise de travail du salarié avant le terme de l'absence pour cause d'incapacité de travail du salarié annoncée par celui-ci.

(4) Une nouvelle demande pour un même assuré peut être introduite par l'employeur au plus tôt après l'écoulement d'un délai de 30 jours depuis la dernière demande.

(5) En cas de pluralité d'employeurs concernés par une même période d'incapacité de travail, les pièces du dossier afférent sont communiquées, dans les cas prévus par les présents statuts, à chacun d'eux.

Art. 209. (1) La personne susceptible de contrôle qui présente les caractéristiques d'un absentéisme correspondant à un profil basé sur des algorithmes définis par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a l'obligation de communiquer toute absence au travail pour cause de maladie ou d'accident dès le premier jour d'absence par téléphone, fax ou voie électronique à la Caisse nationale de santé. Au cas où le premier jour de l'absence correspond à un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable. L'obligation de ce faire lors de tout arrêt de travail lui est communiquée par écrit par la Caisse nationale de santé. Cette obligation perdure pendant un délai de douze mois à compter de cette communication. Le conseil d'administration peut proroger ce délai à 24 mois.

(2) Le délai prévu au paragraphe (1) reprend son cours à chaque fois que la personne concernée rentre de nouveau dans le profil d'absentéisme visé ci-avant.

Art. 210. La personne qui fait l'objet de l'invitation prévue à l'article précédent communique son absence au travail à la Caisse nationale de santé d'après les instructions qui lui ont été communiquées. Elle reçoit un numéro d'enregistrement de sa communication, qu'elle devra indiquer dans le cadre de toute procédure administrative en rapport avec l'absence au travail en question.

Art. 211. (1) Peuvent faire l'objet d'un contrôle d'office les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépasse une fréquence raisonnable telle que définie dans la convention de l'UCM avec l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire définitive de la part du Collège médical, du Ministre de la Santé ou résultant d'une instruction de la Commission de surveillance visée à l'article 72 du Code de la sécurité sociale pour dépassement des références médicales prévues par la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Union des caisses de maladie et le groupement professionnel des médecins et médecins-dentistes.

(2) Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de quatre médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs.

Art. 212. Le contrôle s'étend pareillement aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médiaux consignés sur 4 constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs.

Art. 213. Les personnes visées aux articles 209, 211 et 212 précédents peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical tel que visé par l'article 191 (4). Le Contrôle médical de la sécurité sociale transmet à destination du conseil d'administration ou de la Commission compétente un avis écrit qui s'exprime sur la capacité de travail des personnes en cause.

CHAPITRE 11 - **SANCTIONS**

Art. 214. (1) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 16, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux dispositions statutaires suivantes:

1. Absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque

a) la notice prévue à l'article 205 (2) contenant les justifications de l'absence
   - n'a pas été retournée par l'assuré;
   - a été retournée en dehors du délai indiqué à l'article 205 (2);

b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.

2. Manquement aux obligations de l'assuré, prévues aux chapitres 8 et 9 des présents statuts.

3. Manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

(2) L'amende d'ordre ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(3) Lorsqu'une amende d'ordre est prononcée à l'égard d'une personne relevant d'une profession indépendante ou libérale, cette amende est calculée sur la base de l'assiette cotisable mise en compte, par journée, et elle ne peut dépasser 3/30e de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(4) Le conseil d'administration est compétent pour vider les oppositions. Le conseil d'administration peut accorder décharge de l'amende.

(5) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

CHAPITRE 12 - **OPPOSITION ET VOIES DE RECOURS**

Art. 215. Les décisions relatives aux sanctions prononcées sont susceptibles des voies d'opposition et de recours prévues par le Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 13 - **COMMUNICATIONS À L'EMPLOYEUR, À LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS OU AUX JURIDICTIONS DU DROIT DU TRAVAIL**

Art. 216. Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles relatifs à la constatation d'une contravention aux statuts. Toutefois le résultat est communiqué seulement après l'écoulement du délai pendant lequel l'assuré dispose de la faculté de justification d'absence visée à l'article 205, paragraphe (2).

Art. 217. (1) En cas de litige devant les juridictions du travail tenant à la constatation d'une contravention tenant à l'absentéisme, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitivement acquises par défaut d'opposition ou coulées en force de chose jugée, prises conformément aux dispositions de l'article 214.

(2) Ces relevés peuvent comprendre uniquement les décisions concernant des périodes auxquelles se rapporte le litige et ne peuvent comprendre des décisions datant de plus de 12 mois de calendrier au jour de la demande visée au paragraphe précédent.

(3) En cas de litige entre la Mutualité des employeurs et un assuré volontaire visé à l'article 53 alinéa final du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs peut demander la communication d'un relevé des décisions visé à l'article 214 des présents statuts.

Art. 218. (abrogé)

Statuts de la Mutualité des employeurs

Statuts adoptés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé le 2 octobre 2008 et approuvés par arrêté ministériel du 17 décembre 2008.

Modifications des statuts

2009

- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 27 octobre 2009 et du 1er décembre 2009 et approuvée par arrêté ministériel du 22 décembre 2009. Entrée en vigueur: 1er janvier 2010.

2010

- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 11 novembre 2010 et du 9 décembre 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 14 décembre 2010. Entrée en vigueur: 1er janvier 2011.

2012

- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 14 mars 2012 et approuvée par arrêté ministériel du 26 mars 2012. Entrée en vigueur: 1er mai 2012.
- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 5 décembre 2012 et approuvée par arrêté ministériel du 19 décembre 2012. Entrée en vigueur: 1er janvier 2013.

2017

- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 5 avril 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 26 octobre 2017. Entrée en vigueur: 1er janvier 2018.

2018

- Modification adoptée par le comité directeur de la Mutualité des employeurs en date du 21 mars 2018 et approuvée par arrêté ministériel du 20 avril 2018. Entrée en vigueur: 1er juillet 2018.

2019

- Modification adoptée par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 15 novembre 2019 et approuvée par arrêté ministériel du 13 décembre 2019. Entrée en vigueur le 1er janvier 2020.

2020

- Modification adoptée par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 20 novembre 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 18 décembre 2020. Rectificatif du 18 décembre 2020.

2021

- Modification adoptée par le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs en date du 24 novembre 2021 et approuvée par arrêté ministériel du 2 décembre 2021. Entrée en vigueur: 1er décembre 2021.

CHAPITRE I - **CHAMP D'APPLICATION** A. 17.12.08

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

1) l'État, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;
2) les employeurs qui déclarent au Centre commun de la sécurité sociale les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance;
3) les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque du maintien de la rémunération ci-dessus.

Pour bénéficier de l'exemption prévue au point 3) de l'alinéa qui précède, l'entreprise doit avoir transmis avant le 1er mars au Centre commun de la sécurité sociale le certificat de la compagnie d'assurance attestant une couverture au 31 décembre 2008 et pendant l'exercice en cours. L'entreprise n'ayant pas respecté le délai prévu est tenue de payer les cotisations à la Mutualité pour l'exercice entier, même si elle produit ultérieurement ledit certificat.

Art. 2. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte ont la faculté de s'assurer auprès de la Mutualité ensemble avec les membres de famille assurés au titre de l'assurance maladie.

La demande doit être présentée avant le 1er janvier et l'assurance opère à partir de cet exercice. A. 22.12.09
Toutefois, elle opère dès le début d'une première affiliation ou d'une nouvelle affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié après une interruption de douze mois au moins, si la demande d'affiliation à la Mutualité des employeurs est présentée dans un délai de trois mois après le début de l'affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié.

L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré et de plein droit en cas de non-paiement des cotisations à deux échéances successives.

CHAPITRE II - **COTISATIONS ET AUTRES RESSOURCES** A. 17.12.08

Art. 3. Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire définie aux articles 34, 35 et 36 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, aucune cotisation à la Mutualité n'est prélevée sur l'indemnité pécuniaire elle-même.

Art. 4. Les entreprises affiliées obligatoirement de même que les personnes exerçant l'activité A. 14.12.10
professionnelle pour leur propre compte affiliées volontairement sont réparties en quatre classes de cotisation en fonction d'un taux d'absentéisme financier au cours d'une période d'observation.

Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise ou d'une personne exerçant l'activité professionnelle pour son propre compte, on entend la fraction définie:

- au numérateur par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés respectivement de ses propres incapacités de travail au cours de la période d'observation,
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise A. 14.12.10
respectivement de l'ensemble de ses propres revenus pour la même période.

Ne sont pas prises en compte: A. 17.12.08

- ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois,
- ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- ni les absences correspondant à une mesure de mise en quarantaine ou une mesure de A. 18.12.20, 1er,1°
mise en isolement sur base d'une décision du directeur de la santé ou son délégué
- ni les absences correspondant à un congé de maternité ou d'accueil, A. 17.12.08
- ni les absences correspondant à un congé pour raisons familiales,
- ni les absences correspondant à un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond aux trois exercices précédant d'une année l'exercice de A. 26.10.17
cotisation, pour autant qu'une affiliation à la Mutualité existe.

Art. 5. La classe 1 comprend les affiliés dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,65 A. 26.10.17
pour cent, la classe 2 ceux dont ce taux est supérieur ou égal à 0,65 et inférieur à 1,60 pour cent, la classe 3 ceux dont le même taux est supérieur ou égal à 1,60 et inférieur à 2,50 pour cent et la classe 4 ceux dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,50 pour cent.

Les affiliés sont reclassés chaque année avant le 1er décembre dans les quatre classes de A. 17.12.08
cotisation[1)] en fonction de leur taux d'absentéisme financier le plus récent connu.

---

1) Par A. 26.10.17 le terme de « risque » est remplacé par le terme de « cotisation ».

Art. 6. Tout nouvel affilié obligatoire ou volontaire cotise dans la classe 2. A. 26.10.17

Est à considérer comme nouvel affilié celui dont la période d'observation prévue à l'article 4 ne comporte pas au moins douze mois d'assiette de cotisation. A. 26.10.17

N'est pas à considérer comme nouvel affilié obligatoire toute entreprise qui continue l'activité d'une entreprise préexistante. A. 22.12.09

Art. 7. Les affiliés qui sont classés pour la première fois ou qui changent de classe, en sont informés par simple lettre. A. 17.12.08

Les contestations concernant les informations prévues à l'alinéa qui précède font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

Art. 8. Au mois de décembre de chaque année, le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs fixe, sur base du budget de l'exercice à venir, le taux de cotisation des classes pour l'exercice à venir, sous réserve d'approbation par le Ministre de la Sécurité sociale.

Chaque taux de cotisation est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. À cet effet, ces frais et opérations ainsi que l'apport financier de l'État tel que déterminé par l'article 56 du Code de la sécurité sociale sont ventilés sur les classes à l'aide d'une clé calculée sur base du montant des remboursements prévus dans chaque classe. A. 2.12.21, 1er,1°

alinéa supprimé A. 2.12.21, 1er,2°

Art. 9. Le Centre commun de la sécurité sociale demande mensuellement le remboursement à la Caisse nationale de santé des montants mis au crédit des cotisants conformément à l'article 14, alinéa 4 des présents statuts du chef de congé pour raisons familiales, de congé d'accompagnement ou d'une incapacité de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois. A. 17.12.08

De même, il demande mensuellement le remboursement des montants avancés pour compte de l'Association d'assurance accident.

CHAPITRE III - **REMBOURSEMENT DE LA RÉMUNÉRATION**

Art. 10. Le remboursement à l'employeur, affilié obligatoirement à la Mutualité, de la rémunération qu'il est obligé de payer, en vertu de l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, à ses salariés incapables de travailler jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de dix-huit [1)] mois de calendrier successifs est déterminé sur base:

1) de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question,
2) des heures totales correspondant à cette assiette,
3) des heures réclamées à titre de remboursement.

Art. 11. Sont considérées comme heures totales au sens de l'article 10, sous 2) des présents statuts, les heures de travail payées [2)], à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel visées respectivement à l'article L. 531-1 et L. 511-3 du Code du travail, les heures correspondant aux jours fériés légaux [2)], les heures correspondant au congé politique défini à l'article 78 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, ainsi que les heures correspondant aux congés suivants définis dans le Code du travail:

- congé pour la recherche d'un nouvel emploi défini à l'article L. 124-8,
- temps de repos de compensation pour heures supplémentaires défini à l'article L. 21 1-27 paragraphe (2),
- congé annuel payé supplémentaire en cas de repos hebdomadaire raccourci défini à l'article L. 233-11[3)],
- congé annuel payé de récréation défini à l'article L. 233-1,
- congé annuel payé supplémentaire pour salariés handicapés défini à l'article L. 233-4,
- congé annuel payé supplémentaire pour le secteur des mines et minières défini à l'article L. 233-4,
- dispense pour mandats syndicaux définie à l'article L. 233-11,
- congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel défini à l'article L. 233-16,
- congé-jeunesse défini à l'article L. 234-1,
- congé sportif défini à l'article L. 234-9, A. 20.4.18
- (abrogé) [4)],

---

1) Par A. 13.12.19,1er,1°: Le terme « douze » est remplacé par le terme « dix-huit ».

2) Par A. 13.12.19,1er,2°: Les termes « effectivement prestées » sont remplacés par le terme « payées » et les termes « les heures correspondant aux jours fériés légaux, » sont interncalés entre les termes « à l'article L. 531-1 et L. 511-3 du Code du travail » et « les heures correspondant au congé politique ».

3) Il y a lieu de lire « article L. 231-11 ».

4) Par A. 20.4.18,2,b, le tiret « congé culturel défini à l'article L. 234-9 » a été supprimé.

- congé des volontaires des services d'incendie, de secours et de sauvetage défini à l'article L. 234-22,
- congé de la coopération au développement défini à l'article L. 234-32,
- congé-formation défini à l'article L. 234-59,
- congé pour mandats sociaux défini à l'article L. 234-71, A. 22.12.09
- congé linguistique défini à l'article 234-72.

(alinéa supprimé) A. 13.12.19,2

Les fractions d'heures du total mensuel doivent être arrondies vers le haut si le nombre de minutes atteint ou dépasse trente minutes et vers le bas si le nombre est inférieur à trente minutes.[1)] A. 22.12.09

Art. 12. Les employeurs sont tenus de déclarer chaque mois au Centre commun de la sécurité sociale, outre la rémunération du mois précédent et les heures totales au sens de l'article qui précède, les périodes d'incapacité de travail de leurs salariés. A. 17.12.08

Par périodes d'incapacité de travail on entend celles définies dans l'article 169 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 13. En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait travaillé.

Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base de définition que les heures totales définies à l'article 11 des présents statuts.

Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur peut également faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale, sur demande expresse de ce dernier et aux fins de remboursement, le certificat médical du salarié. A. 26.10.17

Art. 14. Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de quatre-vingts pour cent de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour: A. 17.12.08

- l'assurance pension,
- l'assurance maladie, en ce qui concerne tant le financement de l'indemnité pécuniaire que des soins de santé,
- l'assurance accident.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, le remboursement est intégral pour les périodes d'incapacité de travail correspondant soit à une maladie ou un accident se situant dans la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois, soit à un congé pour raisons familiales ou à un congé d'accompagnement, soit à une mesure de mise en quarantaine ou une mesure de mise en isolement ordonnées par le directeur de la santé ou son délégué. A. 18.12.20, 1er,2°

Le montant à rembourser est obtenu en multipliant l'assiette par le rapport entre le nombre d'heures réclamées et la somme du nombre d'heures totales au sens des articles 11 et 13 ci-dessus. A. 17.12.08

Le montant à rembourser est mis au crédit de l'entreprise sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Un solde positif sur l'extrait de compte peut être liquidé sur demande expresse de l'employeur.

Art. 15. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte sont indemnisées à quatre-vingts pour cent de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Toute période d'incapacité de travail doit être justifié par un certificat médical. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire. A. 22.12.09 A. 17.12.08

Par dérogation à l'alinéa qui précède, l'indemnisation est intégrale pour les périodes d'incapacité de travail correspondant à une mesure de mise en quarantaine ou une mesure de mise en isolement par le directeur de la santé ou son délégué A. 18.12.20, 1er,3°

Art. 16. Les contestations des affiliés au sujet des remboursements font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité. A.17.12.08

---

1) Par A. 13.12.19,1er,3° l'article 11, alinéa 2 est supprimé- L'alinéa 3 actuel devient l'alinéa 2 nouveau.

Règlement d'ordre intérieur de la Caisse nationale de santé

Règlement d'ordre intérieur adopté par le comité directeur de la Caisse nationale de santé le 16 septembre 2009 et approuvé par arrêté ministériel du 5 octobre 2009.

Modifications

2010

- Modification adoptée par le comité directeur de la Caisse nationale de santé en date du 15 septembre 2010 et approuvée par arrêté ministériel du 24 septembre 2010 (entrée en vigueur: 28.9.2010).

I. Le conseil d'administration

A. 5.10.09

Art. 1er. Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président, désigné ci-après par «le président», toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Il se réunit au moins dix fois par année, conformément à un calendrier prévisionnel proposé par le président et approuvé par le conseil d'administration lors de la dernière séance de l'année, et au plus tard:

- le 15 novembre de chaque année pour:
  - statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité compte tenu du budget des frais administratifs établi par les caisses prévues à l'article 44 sous 1) à 3) du Code de la sécurité sociale,
  - établir la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et
  - fixer les taux de cotisation conformément à l'article 30 du Code de la sécurité sociale;
- le 10 décembre de chaque année pour statuer sur le budget annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance;
- le 15 juillet de chaque année pour:
  - statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité,
  - statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance.

Hors le cas d'urgence, évalué par le conseil d'administration, les décisions relatives aux statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations sont prises dans un intervalle d'au moins 90 jours, si elles ont le même objet. Cette règle ne vise pas les décisions relatives aux annexes aux statuts.

Toute proposition de modification des statuts ou des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale, susceptible d'entraîner un impact financier, informatique ou procédural est accompagnée d'une analyse d'impact permettant d'en évaluer les conséquences notamment financières, informatiques, juridiques et procédurales, réalisée par l'administration de la Caisse nationale de santé, notamment moyennant un formulaire standardisé. Le conseil d'administration peut dispenser de cette analyse d'impact en cas d'urgence ou de mise en conformité des statuts ou conventions avec des normes hiérarchiquement supérieures.

Si un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix désire que le conseil d'administration se réunisse, il doit adresser à cet effet une demande écrite et motivée au président, qui est alors tenu de convoquer le comité avec l'ordre du jour proposé dans un délai de deux semaines. Le comptage des voix s'effectue conformément aux articles 1, 2 et 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Art. 2. La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, au plus tard deux semaines avant la date de la réunion lorsque le conseil d'administration est appelé à prendre une décision dans les matières prévues à l'article 45, alinéa 3, sous 1) à 6) du Code de la sécurité sociale et à l'article 381, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale.

A. 24.9.10

Par dérogation à ce qui précède, le délai de convocation prévu à l'alinéa 3 du présent article est d'application pour les décisions relatives aux annexes aux statuts.

Le conseil d'administration, appelé à prendre une décision dans le cadre des missions que lui attribue l'article 45, alinéa 3, sous 4) du Code de la sécurité sociale, ne peut se réunir que 10 jours après réception du rapport par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur la mission de contrôle des comptes annuels. La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, au plus tard deux semaines avant la date de la réunion.

A. 5.10.09

Pour les autres affaires comprises dans les attributions du conseil d'administration, la convocation a lieu au plus tard une semaine avant la date de la réunion.

La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion. Les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement

sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis sont joints à la convocation.

Lorsque le conseil d'administration est appelé à prendre une décision dans l'une des compositions visées à l'article 46 du Code de la Sécurité sociale, la convocation à une séance du conseil d'administration ou à la réunion d'une commission, ainsi que toute information supplémentaire transmise aux membres du conseil d'administration, est communiquée au directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale. Un représentant du Contrôle médical de la sécurité sociale est invité à ces séances.

Lorsque le conseil d'administration est appelé à prendre une décision relative aux matières visées à l'article 381, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la convocation à une séance du conseil d'administration ou à la réunion d'une commission, ainsi que toute information supplémentaire transmise aux membres du conseil d'administration, est communiquée au directeur [1)] de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Un représentant de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance est invité à ces séances.

Art. 3. Chaque délégué effectif peut se faire remplacer par son suppléant, conformément à l'article 46, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et à l'article 5 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Art. 4. L'ordre du jour, fixé par le président, énumère les objets sur lesquels le conseil d'administration est appelé à délibérer et il détermine la suite des débats. Celle-ci peut être modifiée par le conseil d'administration conformément à l'article 9, alinéa 4 du présent règlement.

Le président, un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix ou la majorité des délégués d'un groupe tel que défini à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement peut demander que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions. De telles propositions doivent nécessairement rentrer dans les compétences du conseil d'administration; elles doivent être faites par écrit et parvenir au président cinq jours avant la date prévue pour la réunion; elles indiquent le libellé de la décision que les auteurs de la proposition demandent au comité de prendre.

Le président porte le complément de l'ordre du jour aussitôt à la connaissance des délégués.

Chaque membre du conseil d'administration peut, en début de séance, proposer que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions ou questions. Toutefois, si au cours de la séance, un vote est demandé par un membre du conseil d'administration sur une proposition inscrite à l'ordre du jour en début de séance, la discussion est suspendue et la proposition est inscrite par le président à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil d'administration.

Art. 5. Le conseil d'administration délibère valablement si le président, ou le vice-président appelé à suppléer le président, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 1) à 4) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 5) à 8) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Dans les matières visées à l'article 381, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, le conseil d'administration délibère valablement si le président, ou le vice-président appelé à suppléer le président, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 1) à 4) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 46, alinéa 1er, sous 5) à 7) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Lorsque le président, ou le vice-président appelé à le suppléer, constate que le conseil d'administration n'est pas en nombre pour délibérer valablement ou n'est pas composé conformément aux articles 46, alinéas 1er et 4, respectivement 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, il clôt la réunion.

En cas de présidence du conseil d'administration par le vice-président, le conseil d'administration délibère valablement si le vice-président, le fonctionnaire le plus ancien en rang et un représentant de l'autre groupe de délégués que celui qui a désigné le vice-président sont présents.

Dans l'hypothèse où le conseil d'administration n'est pas valablement constitué, il sera convoqué une nouvelle fois, dans un délai de trois jours à compter de la date de cette séance, avec le même ordre du jour en respectant les modalités et les délais prévus à l'article 2 du présent règlement. Toutefois, les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis joints à la première convocation ne doivent plus être joints.

Si, lors de la seconde convocation, le conseil d'administration n'est pas constitué conformément aux alinéas 1 à 4 du présent article, le président ou le vice-président appelé à suppléer le président, clôt la réunion. Le président peut en informer l'Inspection générale de la sécurité sociale s'il juge que, par le défaut de prise d'une décision, le conseil d'administration risque de manquer aux missions que lui attribue la loi. En cas de présidence par le vice-président, cette compétence revient au fonctionnaire le plus ancien en rang.

Art. 6. Le président peut se faire assister par des agents de la Caisse nationale de santé; il désigne parmi eux le secrétaire de séance.

---

1) Il y a lieu de lire « médecin-directeur ».

Les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé et les agents des institutions de sécurité sociale sont tenus au secret professionnel, conformément à l'article 411 du Code de la sécurité sociale.

Le président ouvre et clôt la séance. Il peut en suspendre les débats pour une durée ne dépassant pas une demi-heure si, lors de la discussion d'un point de l'ordre du jour, lui-même ou un des groupes de délégués tels que définis à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement, souhaite disposer d'un délai de réflexion.

Le président dirige les débats avec objectivité et impartialité. Il peut rappeler nominativement à l'ordre les délégués qui auraient troublé les débats.

Il accorde la parole dans l'ordre des demandes, à moins qu'il ne juge à propos de faire parler alternativement pour et contre la proposition.

Il ne peut refuser la parole à un délégué qui veut intervenir pour répondre à un fait personnel ou pour en appeler au présent règlement.

Art. 7. Au cours des délibérations, les délégués peuvent dans le cadre de leurs interventions présenter des amendements au projet de décision en rapport avec l'objet en discussion et figurant sur l'ordre du jour.

Lorsque des amendements comportant des modifications substantielles, à apprécier par le président, des textes soumis dans des matières visées aux articles 45, alinéa 3, sous 1) à 6) et 381, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale sont présentés, ils ne peuvent être soumis au vote du conseil d'administration que s'ils ont été remis au président ou son représentant par écrit au moins cinq jours avant la date de la réunion. Le président peut modifier l'amendement avec l'accord du ou des délégués l'ayant signé. Le président porte les propositions d'amendement aussitôt à la connaissance des intéressés.

(alinéa abrogé) A. 24.9.10

Lorsque des amendements comportant des modifications substantielles, à apprécier par le président, des textes soumis au conseil d'administration dans les autres matières relevant de sa compétence sont présentés, ils ne peuvent être soumis au vote du conseil d'administration que s'ils ont été présentés par écrit. Ces amendements sont distribués séance tenante aux membres du conseil d'administration. A. 5.10.09

Les autres amendements, qui ne sont pas qualifiés de substantiels, se font oralement et sont apportés à la proposition séance tenante par le secrétaire de séance.

Après la clôture des débats, le président en fait le résumé et met en vote d'abord les amendements éventuels, ensuite la proposition initiale. Tant qu'il n'a pas été soumis au vote, un amendement peut être retiré par le ou les délégués qui l'ont signé, ou en leur absence, à l'unanimité par les délégués du groupe, tel que défini à l'article 5, alinéas 1 et 2 du présent règlement, auquel appartiennent les signataires.

Dans les questions complexes, la division est de droit si elle est demandée. L'auteur de la demande doit préciser les parties sur lesquelles il demande des votes séparés. A. 24.9.10

Art. 8. Au début de chaque séance, le secrétaire reçoit les procurations prévues à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension. Les règles du droit commun relatives au mandat sont applicables. A. 5.10.09

Le modèle de procuration annexé au présent règlement peut être utilisé pour conférer mandat. Le délégué mandaté remet au secrétaire de séance soit le mandat original, soit le mandat sous forme numérique, soit une télécopie portant le mandat, à condition que l'acte porte la signature manuscrite du mandataire.

Il fait ensuite l'appel nominal des délégués présents en précisant s'ils sont effectifs, suppléants et/ou mandatés. Le président arrête la liste des délégués présents et représentés par procuration en vue de la pondération des voix conformément à l'article 46, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, respectivement à l'article 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles 1 à 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Le délégué qui rejoint la réunion après la clôture de la liste des présences n'y assiste qu'avec voix consultative. Toutefois, si une procuration, signée par ce délégué, avait été présentée au secrétaire en début de séance, la procuration est révocable à tout moment. Il doit communiquer cette révocation au secrétaire de séance qui en prend note sur la procuration, qu'il remet au mandant.

Le calcul des voix étant arrêté en début de séance, le ou les délégués qui quittent la séance après fixation de la pondération, sans avoir remis de procuration au secrétaire de séance, conformément à l'article 7 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension, perdent l'exercice de leur droit de vote pour la séance qu'ils quittent, ainsi qu'un éventuel mandat dont ils étaient investis, en cas de vote en leur absence. Ils peuvent révoquer le mandat donné à un autre délégué s'ils rejoignent la séance en cours et communiquer cette révocation au secrétaire de séance qui en prend note sur la procuration, qu'il remet au mandant.

Si aucun délégué n'est susceptible de recevoir procuration après la fixation de la pondération des voix en début de séance, le délégué qui désire quitter la séance perd sa voix délibérative, ainsi qu'un éventuel mandat dont il était investi, en cas de vote en son absence.

Art. 9. Les délégués votent à main levée. Le vote peut également avoir lieu sur appel nominal et à haute voix. Le vote a lieu par ordre alphabétique. Les délégués suppléants votent à la place du délégué effectif qu'ils remplacent. Les délégués mandatés votent conformément à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension. Le président vote en dernier lieu.

Toutefois, si un membre du conseil d'administration le demande, le vote se fait au scrutin secret pour les présentations de candidats, les nominations aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires. Dans les autres matières relevant de la compétence du conseil d'administration, si le président ou un nombre de délégués disposant d'au moins un tiers des voix désire que le vote se fasse au scrutin secret, le président y fait droit.

Le secrétaire de séance inscrit pour chaque vote exprimé le nombre de voix pondéré qui revient au délégué effectif ou suppléant, en tenant compte des procurations qui lui ont été remises avant le vote. En cas de vote secret, le président nomme un scrutateur et un témoin, agents assermentés de la Caisse nationale de santé, chargés du dépouillement des votes. Avant tout dépouillement, le président leur rappelle leur obligation de secret au sens de l'article 411 du Code de la sécurité sociale.

Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées et pondérées conformément à l'article 46, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, respectivement à l'article 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles 1 à 3 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

En cas de partage des voix, la proposition est rejetée. Dans cette hypothèse, la proposition est inscrite par le président à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil d'administration. En cas de partage des voix lors d'un second vote sur la proposition, la voix du président est prépondérante.

Si pour un point inscrit à l'ordre du jour aucun vote n'est demandé par un membre du conseil d'administration, la proposition initiale est considérée comme adoptée.

A la demande d'un membre du conseil d'administration, il peut être décidé à l'unanimité qu'un objet figurant à l'ordre du jour soit reporté à une autre réunion du conseil d'administration.

Art. 10. Le président arrête le relevé des décisions prises par le conseil d'administration. Cette liste est dressée par le secrétaire de séance, qui tient également l'inventaire des délégués effectifs et suppléants présents et représentés, ainsi qu'un résumé évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs et négatifs ainsi que les abstentions, sauf en cas de vote secret.

Le relevé des décisions est communiqué sans retard à l'autorité de surveillance.

Art. 11. Les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle à leur égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordres peuvent être valablement vidées par le conseil d'administration à distance. A cet effet, tous les quinze jours, le président ou le fonctionnaire le plus ancien en rang peuvent envoyer une liste de propositions de décisions aux délégués effectifs du conseil d'administration, par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique, les invitant à prendre position.

Les délégués effectifs disposent d'un délai d'une semaine après réception de la liste des propositions de décisions pour communiquer leurs oppositions par écrit au président du conseil d'administration. La liste est présumée réceptionnée le jour suivant la date d'envoi par la Caisse nationale de santé. En cas d'opposition écrite d'un délégué effectif par voie postale ou électronique, la proposition de décision est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine séance utile du conseil d'administration.

En l'absence de réception par le président d'une opposition écrite dans le délai d'une semaine, la décision est réputée adoptée par le conseil d'administration. Le président arrête le relevé des décisions et le communique sans retard à l'autorité de surveillance. L'article 14 du présent règlement est applicable. Les décisions ainsi prises sont consignées au procès-verbal de la prochaine séance du conseil d'administration.

Art. 12. En cas d'absence du président en début de séance, le conseil d'administration est présidé par le vice-président en exercice et, à défaut, par le vice-président désigné par l'autre groupe de délégués conformément à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Si le vice-président en exercice est un délégué visé à l'article 46, alinéa 1er, sous 2), 3) ou 4) du Code de la sécurité sociale, il est remplacé par le vice-président de l'autre groupe de délégués lors de la séance au cours de laquelle le conseil d'administration est appelé à prendre une décision dans une matière visée à l'article 46, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

La fonction de vice-président est exercée par les deux vice-présidents par alternance annuelle et suivant roulement. Le roulement est déterminé par tirage au sort après chaque renouvellement intégral du conseil d'administration, sauf entente entre les deux groupes visés à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Lors de la séance suivant le renouvellement intégral du conseil d'administration, le nom des vice-présidents, désignés conformément à l'article 46, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, est communiqué au président du conseil d'administration ou, à défaut, au fonctionnaire le plus ancien en rang appelé à remplacer le président conformément à l'article 397, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. Il en est de même lorsqu'un groupe désigne un autre vice-président en cours de mandat.

Les dispositions du présent règlement visant la fonction du président sont applicables par analogie lorsqu'une séance du conseil d'administration est présidée par le vice-président, appelé à suppléer le président.

Toutefois, lorsque le conseil d'administration est présidé par un vice-président, le vote du président est exercé par le fonctionnaire le plus ancien en rang. Dans cette hypothèse, il revient également au fonctionnaire le plus ancien en rang d'assurer, dans les formes et les délais prévus dans le présent règlement, la fixation de l'ordre du jour après consultation du vice-président, l'envoi des convocations, la communication de compléments à l'ordre du jour, ainsi que la réception et la transmission d'éventuels amendements. En cas d'absence du président, les compétences du président non dévolues par le présent règlement à une autre personne sont exercées par le fonctionnaire le plus ancien en rang.

Art. 13. Le président, appelé à prendre des décisions sur base de l'article 47, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale dans les matières visées à l'article 214 des statuts de la Caisse nationale de santé, prend l'avis préalable du conseil d'administration.

Art. 14. Le président, assisté du personnel de la Caisse nationale de santé, exécute les décisions du conseil d'administration et des commissions nommées en son sein pour autant qu'elles ne fassent pas l'objet d'une suspension ou d'une annulation en application de l'article 410 du Code de la sécurité sociale ou qu'elles aient été approuvées par l'autorité compétente, si une telle approbation est requise en vertu des lois et règlements.

Pour les cas où aucune approbation formelle n'est requise en vertu des lois et règlements, les décisions n'ayant pas fait l'objet d'observations de la part de l'autorité de surveillance, réceptionnées par le président de la Caisse nationale de santé dans un délai de 10 jours à partir de l'expédition du relevé des décisions conformément à l'article 10 du présent règlement, sont réputées exécutoires.

Sauf disposition contraire, les décisions prévues à l'article 45, alinéa 3, sous 1) à 6) du Code de la sécurité sociale entrent en vigueur quatre jours après publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg de la décision d'approbation ministérielle. Toutefois, lorsque les décisions portent sur des dispositifs médicaux ou des produits d'alimentation médicale, à l'exclusion des médicaments, le conseil d'administration peut décider de faire rétroactivement bénéficier de la décision la ou les personnes dont la demande est à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

Art. 15. Dans les cas où des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles prévoient la représentation de la Caisse nationale de santé par un ou plusieurs membres du conseil d'administration, chaque groupe de délégués, tel que défini à l'article 5 du présent règlement, peut présenter un candidat au conseil d'administration. En cas de désaccord, le représentant de la Caisse nationale de santé est désigné par le conseil d'administration conformément à l'article 9 du présent règlement. Les candidats sont nécessairement choisis parmi les membres du conseil d'administration ou parmi les agents dirigeants de la Caisse nationale de santé.

Les représentants de la Caisse nationale de santé font rapport de leur mandat au conseil d'administration. A la demande de celui-ci ou de son président, ils soumettent au conseil d'administration les pièces et rapports dont ils sont détenteurs en vertu de leur mandat, dans le respect du secret professionnel auquel ils sont liés.

Tout mandat pour le compte de la Caisse nationale de santé cesse au moment de la cessation des fonctions de membre du conseil d'administration ou d'agent de la Caisse nationale de santé.

Suite au renouvellement intégral du conseil d'administration, tout mandat de représentation de la Caisse nationale de santé cesse. Le conseil d'administration procède à une nouvelle présentation de candidats lors de l'une des premières réunions du conseil d'administration suivant la désignation des délégués conformément au règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale. Les mandataires en exercice représentent valablement la Caisse nationale de santé jusqu'à la désignation des nouveaux représentants.

II. Les commissions

Art. 16. Après le renouvellement intégral, le conseil d'administration, régulièrement constitué dans chacune de ses compositions, peut, à l'unanimité, nommer en son sein des commissions, dont il fixe le nombre et auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions, conformément à l'article 46, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale.

Art. 17. Le conseil d'administration définit pour chaque commission qu'il crée, la composition et les compétences de cette commission, ainsi que le quorum nécessaire pour qu'elle puisse délibérer, dans le respect des règles relatives à la composition du conseil d'administration.

Le conseil d'administration fixe également la composition, les compétences et les modalités de fonctionnement des délégations de négociations qu'il crée.

La prise des décisions prévues au présent article se fait selon les modalités prévues à l'article 9 du présent règlement.

Art. 18. Le président ou l'agent dirigeant de la Caisse nationale de santé, désigné par le président de la Caisse nationale de santé, convoque et préside la commission, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans les attributions de la commission.

La convocation est faite par écrit et à domicile, aux adresses postale ou électronique indiquées, à chaque membre de la commission, au moins cinq jours avant la date de la réunion.

La convocation contient l'ordre du jour et mentionne le lieu, le jour et l'heure de la réunion. Les documents nécessaires à l'information des délégués, les projets de décision, éventuellement sous forme d'un relevé, et, le cas échéant, les avis préalables requis sont joints à la convocation.

Si deux délégués membres de la commission désirent que celle-ci se réunisse, ils doivent adresser à cet effet une demande écrite et motivée au président de la commission, qui est alors tenu de la convoquer avec l'ordre du jour proposé dans un délai de cinq jours à compter de cette demande.

Art. 19. L'ordre du jour énumère les objets sur lesquels la commission est appelée à délibérer et il détermine la suite des débats. Celle-ci peut être modifiée par la commission.

Chaque délégué membre de la commission peut, en début de réunion, proposer que l'ordre du jour soit complété par une ou plusieurs propositions ou questions.

Art. 20. Chaque délégué effectif, membre de la commission, peut se faire remplacer par son suppléant, conformément à l'article 46, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et à l'article 5 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Au début de chaque séance, le président de la commission reçoit les procurations prévues à l'article 6 du règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Lorsque le président de la commission constate que celle-ci n'est pas en nombre pour délibérer valablement conformément au quorum prévu pour cette commission lors de sa création, il clôt la réunion.

Dans ce cas, il convoque, dans un délai de trois jours à compter de cette séance, la commission avec le même ordre du jour. Si lors de la seconde convocation, la commission n'est pas valablement constituée, le président de la commission en rapporte au président du conseil d'administration. Les affaires inscrites à l'ordre du jour de la commission peuvent être mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion utile du conseil d'administration par le président.

Art. 21. Le président de la commission ouvre et clôt la séance. Il peut se faire assister par des agents de la Caisse nationale de santé, parmi lesquels il désigne le secrétaire de séance. Le président peut notamment charger le secrétaire de séance de dresser un rapport résumant l'avancée des travaux de la commission.

Il dirige les débats avec objectivité et impartialité. Il peut rappeler nominativement à l'ordre les délégués qui auraient troublé les débats.

Il accorde la parole dans l'ordre des demandes, à moins qu'il ne juge à propos de faire parler alternativement pour et contre la proposition.

Il ne peut refuser la parole à un délégué qui veut intervenir pour répondre à un fait personnel ou pour en appeler au présent règlement.

Art. 22. Les décisions de la commission sont prises à l'unanimité des votes exprimés.

Le président de la commission arrête le relevé des décisions prises par la commission lors de la séance et transmet sans délai la liste au président et aux membres du conseil d'administration.

Le président de la commission dresse également l'inventaire des délégués présents et représentés.

A défaut de vote unanime sur une question prévue à l'ordre du jour, l'affaire est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion utile du conseil d'administration. Le rapport du président de la commission, motivant la position des délégués sur le point litigieux, est annexé à cet ordre du jour.

Les dispositions de l'article 14 du présent règlement sont applicables par analogie. Les décisions prises par une commission sont réputées prises par le conseil d'administration.

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

Règlement d'ordre intérieur adopté par le comité directeur de la Mutualité des employeurs le 11 novembre 2010 et approuvé par arrêté ministériel du 14 décembre 2010.

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le conseil d'administration en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour. A. 14.12.10

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par courriel aux membres effectifs et suppléants au moins sept jours avant la séance.

Les membres effectifs du conseil d'administration qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants ou leurs délégués à assister à la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le vice-président.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics du Centre commun et de la Caisse nationale de santé peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le conseil d'administration délibère valablement si la majorité de ses membres est présente.

Lorsque le président constate que le conseil d'administration n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance. Dans ce cas, il convoque le conseil d'administration avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 1er. Le conseil d'administration siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. Les membres du conseil d'administration votent à main levée.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au conseil d'administration qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal est adressé aux membres effectifs et suppléants du conseil d'administration, au Ministre de tutelle ainsi qu'à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Point de contact national

Mise en place du point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé adopté par le comité directeur du 17 septembre 2014 et approuvé par arrêté ministériel du 5 novembre 2014.

Modifications

Modification adoptée par le comité directeur du 5 avril 2017 et approuvée par arrêté ministériel du 19 juin 2017 (entrée en vigueur: 1.7.2017).

I. Forme du point de contact national

Art. 1er. Le point de contact national institué en vertu de l'article 45, alinéa 3, point 7) du Code de la sécurité sociale est intégré dans les structures existantes au sein de divers départements de la Caisse nationale de santé. A. 19.6.17

Art. 2. Le point de contact national est directement accessible par: A. 5.11.14

1. la ligne téléphonique rattachée au service «Accueil et Information» (2757-1) de la Caisse nationale de santé qui transfère les communications relatives aux soins de santé transfrontaliers en fonction de la nature de la demande, soit au service en charge des autorisations pour soins de santé transfrontaliers, soit au service en charge du remboursement des coûts de soins de santé transfrontaliers ou à tout autre service compétent au sein de la Caisse nationale de santé;
2. le site Internet de la Caisse nationale de santé (www.cns.lu) et l'adresse de la messagerie électronique y associée (cns@secu.lu);
3. l'ensemble des guichets de l'agence Hollerich de la Caisse nationale de santé qui servent dans ce cadre A. 19.6.17
   a) à réceptionner et à transmettre les demandes d'autorisations de traitement à l'étranger au service en charge,
   b) à réceptionner et à transmettre au service en charge de la tarification, de la liquidation et du paiement, les factures et autres documents portant sur les prestations de soins de santé transfrontaliers,
   c) à fournir les informations sollicitées en relation avec les traitements à l'étranger et la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers;
4. les guichets du réseau des agences de la Caisse nationale de la santé; A. 5.11.14
5. l'adresse postale de la Caisse nationale de la santé.

II. Missions du point de contact national

Art. 3. (1) Le point de contact national fournit les renseignements nécessaires pour permettre aux personnes protégées d'exercer effectivement leurs droits à des prestations de soins de santé transfrontaliers, tant au regard des obligations requises au niveau de la législation de l'État d'affiliation qu'au regard de celles requises au niveau de la législation de l'État membre de séjour ou de l'État membre de traitement.

Les informations portent sur les procédures d'accès aux prestations de soins de santé transfrontaliers et la prise en charge de ces prestations qui dépendent notamment du choix de la personne, du statut du prestataire et des prestations sollicitées. Les renseignements concernent tant les prestations de soins de santé urgents ou médicalement nécessaires au cours d'un séjour à l'étranger que les prestations de soins de santé programmés, que ces prestations soient sollicitées ou délivrées dans un État membre de l'Union européenne, la Suisse ou un pays de l'Espace économique européen ou un autre pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie ou dans un autre État.

(2) Le point de contact national renseigne sur les prestations de soins de santé transfrontaliers qui sont soumises à autorisation préalable et sur les conditions de forme et de fond requises pour l'obtention de l'autorisation.

(3) Le point de contact national renseigne sur les prestations de soins de santé transfrontaliers pris en charge en dehors d'une autorisation préalable et sur

1. les conditions de prise en charge des prestations,
2. les taux et les tarifs de remboursement applicables.

(4) Le point de contact national rend compte de la possibilité de prétendre à la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en vertu du règlement modifié (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ou en vertu des articles 20 ou 20bis du Code de la sécurité sociale.

Le point de contact national insiste sur les différences existant entre les deux systèmes de prise en charge, notamment en ce qui concerne

1. le droit applicable selon le type de traitement et l'option choisie (État membre de traitement/État membre compétent),
2. les conditions d'autorisation et de prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers,

3. les modalités de prise en charge (tiers payant/remboursement),
4. la prise en charge des frais connexes (frais de transport/frais de séjour),
5. la prise en charge d'éventuels compléments différentiels.

(5) Le point de contact national informe la personne protégée sur les voies de recours si la personne estime que ses droits n'ont pas été respectés.

III. Mode de communication

Art. 4. (1) Le point de contact national renseigne les personnes protégées sur leurs droits et obligations en matière de soins de santé transfrontaliers. Il contribue à renforcer la communication envers les personnes protégées et les prestataires en répondant tant à des demandes concrètes individuelles qu'en diffusant des renseignements d'ordre général. Lorsqu'il est saisi d'une demande concrète individuelle, le point de contact national examine les circonstances spécifiques de la demande, en prenant en compte les éléments de fait qui sont portés à sa connaissance et les éléments de droit prévus par les instruments bi- ou multilatéraux, les lois, règlements, conventions et statuts.

En cas d'impossibilité de traiter une demande ou de fournir les éléments de réponse, le point de contact national transmet la demande à toute personne, service, administration ou institution qu'il estime être en mesure de la traiter, tout en informant la personne protégée ou le prestataire de la transmission.

Le cas échéant, le point de contact national recommande à la personne protégée ou au prestataire de soins de prendre de plus amples renseignements auprès d'une institution d'assurance maladie ou du point de contact national compétent de l'État membre de séjour respectivement de l'État membre de traitement.

Lorsqu'il est amené à répondre dans une situation d'extrême urgence ou de grande complexité, le point de contact national peut décider de s'adresser directement à l'institution d'assurance maladie ou au point de contact national de l'État membre de séjour ou de traitement en vue de guider la personne protégée dans ses démarches.

(2) Le point de contact national communique les informations qui lui sont demandées dans une des langues officielles pratiquées au Grand-Duché de Luxembourg. Sur demande, les informations sont aussi communiquées en anglais.

(3) Les guichets de la Caisse nationale de santé sont facilement accessibles aux personnes handicapées physiques.

Les informations diffusées sur le site Internet de la Caisse nationale de santé sont accessibles aux personnes malvoyantes.

IV. Coopération avec le point de contact national institué auprès du ministère de la Santé

Art. 5. Le point de contact national auprès de la Caisse nationale de santé fonctionne en étroite coopération avec le Service national d'information et de médiation santé institué en vertu de la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient auprès du ministère de la Santé. Les deux points de contact nationaux se complètent mutuellement. Si le point de contact national institué auprès de la Caisse nationale de santé est saisi d'une demande concernant le Luxembourg en tant qu'État membre de traitement, il transfère la demande au Service national d'information et de médiation santé auprès du ministère de la Santé et en informe le demandeur.

V. Coopération avec les points de contact nationaux des autres États

Art. 6. Le point de contact national coopère étroitement avec les points de contact des autres États membres. Sur demande, le point de contact national assiste le point de contact d'un autre État membre dans ses missions d'information en lui fournissant des renseignements sur les prestations délivrées au Luxembourg et facturées selon les tarifs et conditions applicables au Luxembourg. Le cas échéant, le point de contact national renseigne le point de contact national de l'État membre[1)] d'affiliation d'un patient étranger sur l'interprétation de factures émises par les prestataires établis au Luxembourg. La liste des noms et coordonnées de tous les points de contact nationaux institués en vertu de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers est publiée sur le site Internet de la Caisse nationale de santé et sera transmise sur demande à toute personne s'adressant au point de contact national institué par la Caisse nationale de santé.

VI. Rapports

Art. 7. Le point de contact national rendra compte de ses missions dans le cadre du rapport d'activité annuel de la Caisse nationale de santé et dans le cadre des rapports à fournir à la Commission européenne.

---

1) Par R. 19.6.17 le mot « membre » est inséré entre les termes « de l'État » et « d'affiliation d'un patient étranger ».

LIVRE II
ASSURANCE ACCIDENT

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

Vu l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles;

Art. 1er. Pour l'étude des maladies pouvant être considérées comme maladies professionnelles spéciales à l'agriculture, les représentants des employeurs et des assurés industriels dans la commission supérieure des maladies professionnelles sont remplacés par deux représentants de l'agriculture, désignés par le ministre du travail et de la sécurité sociale parmi les personnes présentées en nombre double des membres à désigner, par l'organisme faisant fonction de chambre d'agriculture. R. 28.1.80

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

Vu l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles, notamment en son article 7 relatif à l'institution d'une commission supérieure des maladies professionnelles;

Vu l'article 4 de l'arrêté ministériel du 9 novembre 1928 réglant l'organisation de cette commission;

Art. 1er. La commission supérieure des maladies professionnelles peut s'adjoindre des experts pour l'étude des affections pouvant être considérées comme maladies professionnelles. R. 7.10.55

Art. 2. Les dispositions concernant les jetons de présence et les frais de déplacement des membres de la commission supérieure des maladies professionnelles sont applicables aux intéressés.

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

Vu l'article 2 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire;

Art. 1er. Sont agréés en application de l'article 2, alinéa 1 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire les organismes suivants: R. 4.5.01

- Action catholique des hommes, Luxembourg
- Agence luxembourgeoise d'Action culturelle, a.s.b.l., Luxembourg
- Aide aux enfants handicapés du Grand-Duché
- Amicales et associations de parents des centres et instituts spécialisés dans l'éducation différenciée ainsi que du Centre de Logopédie
- Art à l'Ecole, Luxembourg
- Association Ardennes-Eifel, Luxembourg
- Association des cercles d'étudiants luxembourgeois (ACEL), Luxembourg
- Association des Girls Guides Luxembourgeoises, Luxembourg
- Association des jeunes agriculteurs et viticulteurs du Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg
- Association luxembourgeoise des universitaires catholiques (ALUC), Luxembourg
- Association pour la promotion de l'éveil aux sciences (Actioun Markollef), Luxembourg
- Association pour la vie naissante, Luxembourg
- Centrale des Auberges de Jeunesse, Luxembourg
- Centre de rencontre d'animation culturelle de Larochette, a.s.b.l., Larochette
- Centre d'éducation européenne a.s.b.l., Luxembourg

- Centres de formation organisés par l'École nationale de l'éducation physique et des sports en collaboration avec les fédérations sportives
- Conférence Générale de la Jeunesse Luxembourgeoise (CGJL), Luxembourg
- Conférence St. Vincent de Paul, Luxembourg
- Croix de Malte, Luxembourg
- Fédérations des associations des parents d'élèves du Luxembourg (FAPEL), Luxembourg
- Fédération nationale des Eclaireurs et Eclaireuses du Luxembourg, Luxembourg
- Foyer de la Femme, Luxembourg
- Frënn vun de Staatleche Kannerhemer, Luxembourg
- Groupe animateur des Auberges de jeunesse, Luxembourg
- Institut européen de chant choral, a.s.b.l., Luxembourg
- Jeunes et Environnement, Luxembourg
- Jeunes scientifiques, Luxembourg
- Jeunesse estudiantine catholique luxembourgeoise (JEC), Luxembourg
- Jeunesse théâtrale, Luxembourg
- Jeunesses musicales, Luxembourg
- LASEL, Luxembourg
- LASEP, Luxembourg
- Les jeunes en détresse, Dreiborn
- Lëtzebuerger Gesellschaft fir nei Musek, a.s.b.l., Luxembourg
- Lëtzebuerger Guiden a Scouten, Luxembourg
- Ligue luxembourgeoise de l'enseignement
- Ligue Nationale pour la protection de la nature et des oiseaux, section jeunes, Luxembourg
- Mérite Jeunesse Benelux, Luxembourg
- MUSEP, Luxembourg
- Panda-Club a.s.b.l., Luxembourg
- Scuore Francescana da Gemona, Luxembourg
- SOS-LRS, Dudelange
- Théâtre Dansé et Muet, a.s.b.l., Luxembourg
- Union Grand-Duc Adolphe, a.s.b.l., Luxembourg

Union nationale des étudiants luxembourgeois (UNEL), Luxembourg.

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

Vu l'article 2 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire;

Art. 1er. Est agrée en application de l'article 2, alinéa 1 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire l'organisme suivant: Association des jeunes agriculteurs et viticulteurs du Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg. R. 10.9.02

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

Vu l'article 89 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. A condition qu'il s'agisse de personnes physiques non soumises à l'assurance accident obligatoire, les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs exploitant au minimum 3 hectares de terres R. 17.12.10

agricoles, 0,10 hectare de vignobles, 0,50 hectare de forêts ou pépinières, 0,30 hectare de vergers ou 0,25 hectare de maraîchages peuvent s'assurer volontairement en présentant une demande écrite au Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 2. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnelles survenus à partir du lendemain de la réception de la demande.

Elle est résiliée sur déclaration de l'assuré avec effet à la fin de l'exercice au cours duquel la déclaration est parvenue au Centre commun de la sécurité sociale.

L'assurance prend automatiquement fin le jour du décès de la personne ayant présenté la demande.

Art. 3. Chaque assuré volontaire est tenu de déclarer avant le 31 décembre de chaque année la surface exploitée en qualité de propriétaire ou de locataire, séparément pour les trois natures de culture prévues à l'article qui suit, sous peine d'exclusion de l'assurance.

Art. 4. Le montant annuel de la cotisation par hectare est fixé sur base, d'une part, des dépenses de l'exercice précédent à charge de l'assurance volontaire depuis le 1er janvier 1998 et, d'autre part, de la surface totale déclarée par les assurés volontaires pour le même exercice et pondérée à l'aide des coefficients suivants:

- 1,0 pour les terres agricoles,
- 1,3 pour les forêts et les pépinières,
- 6,8 pour les vignobles, vergers et les maraîchages.

La fixation des cotisations incombe au conseil d'administration de l'Association d'assurance accident [1)].

Art. 5. La cotisation à charge de l'assuré volontaire est toujours due pour un exercice entier, même si l'assurance ne couvre qu'une partie de l'année.

Elle est calculée en multipliant le montant visé à l'article 4 ci-dessus par la surface en hectares déclarée par l'assuré volontaire à la fin de l'année précédente.

Art. 6. A défaut de déclaration de la surface exploitée ou de paiement de la cotisation d'un exercice, l'assurance cesse d'office à la fin de cet exercice. Dans ce cas, l'assuré est exclu de l'assurance volontaire pendant l'exercice subséquent et n'y peut être réadmis qu'après avoir réglé intégralement sa dette de cotisation antérieure.

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

Vu l'article 120 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit: R. 17.12.10

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	88 €
2	léger	175 €
3	modéré	438 €
4	moyen	1.095 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 2. Les forfaits mentionnés à l'article 1er indemnisent les souffrances physiques et morales ressenties par l'assuré avant la consolidation. Ils ne tiennent pas compte des douleurs durables persistant après la consolidation qui nécessitent un traitement régulier et qui obligent l'assuré

---

1) A. 31.5.21, 1er:

Les cotisations annuelles de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire, arrêtées pour l'exercice 2021 par le conseil d'administration de l'association d'assurance accident, sont approuvées telles que définies ci-après.

Classe	*Libellé*	*Cotisation annuelle par ha 2020*
Classe 1	*terres agricoles*	*39,37*
Classe 2	*vignobles, vergers et maraîchages*	*267,72*
Classe 3	*forêts et pépinières*	*51,18*

à modifier définitivement certains gestes professionnels, lesquelles sont réparées par l'allocation de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif. La simple dépose du matériel d'ostéosynthèse après la consolidation ne donne pas droit à un nouveau dommage moral.

Art. 3. L'évaluation des douleurs physiques endurées se fait par les médecins et experts au moment de la consolidation par référence à plusieurs facteurs d'appréciation parmi les critères suivants:

- nature et gravité du traumatisme initial;
- nature, siège et étendue des lésions initiales;
- nature et durée du traitement hospitalier et ambulatoire;
- durée d'hospitalisation et secteur d'hospitalisation;
- nature et fréquence des complications;
- nature et durée du traitement médicamenteux;
- nature et nombre des examens complémentaires nécessitant des manipulations pénibles;
- transports répétés et pénibles.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après:

1	très léger	une journée d'hospitalisation en observation; suture d'une petite plaie; entorse bénigne sans immobilisation; traitement antalgique de plusieurs jours; contusions multiples.
2	léger	durée d'hospitalisation de moins de deux semaines; suture de plusieurs plaies; traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée; fracture ou entorse non compliquée, traitée par immobilisation de moins de six semaines; fracture non déplacée du crâne, fracture des os de la face non opérée; arthroscopie, ponctions articulaires répétées; fracture de couronnes dentaires ne nécessitant pas le remplacement des couronnes.
3	modéré	durée d'hospitalisation entre deux semaines et un mois; traitement d'une ulcération cutanée ou oculaire pendant plusieurs semaines; sutures tendineuses avec immobilisation; chirurgie oculaire; traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale non opéré; laparotomie pour hémorragie abdominale; splénectomie; luxation d'épaule avec fracture de la glène, réduite sous anesthésie générale; fracture osseuse d'un membre nécessitant une ostéosynthèse; fracture vertébrale immobilisée par corset ou ostéosynthèse; plusieurs fractures traitées orthopédiquement; fracture de la face opérée; fracture de machoire traitée par blocage intermaxillaire.
4	moyen	durée d'hospitalisation entre un et deux mois; brûlures ou délabrement cutané nécessitant plusieurs greffes cutanées sur une surface avoisinant 10% de la surface corporelle; traumatisme crânien grave ayant nécessité une intervention chirurgicale; pseudarthrose ou fracture complexe des membres ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales; fixateurs externes en place pendant plus de 4 semaines; traumatisme thoracique grave avec volet thoracique nécessitant un drainage de plusieurs jours; séjour dans une unité de réanimation intensive pendant moins de deux mois, trachéotomie.

5	assez important	durée d'hospitalisation entre deux et six mois; traumatisme crânien grave avec ou sans embarrure nécessitant une intervention chirurgicale intracrânienne ayant laissé des séquelles neurologiques ou psychiques; fracture du rachis avec paraplégie nécessitant un séjour prolongé dans un centre de rééducation spécialisé; polytraumatisme avec fracture de plusieurs segments osseux; évolution d'une fracture vers une ostéite nécessitant plusieurs interventions chirurgicales ou un traitement ambulatoire long et régulier; fractures associées à des lésions vasculo-nerveuses nécessitant des greffes; traumatisme thoraco-abdominal avec lésions des organes internes nécessitant des résections ou réparations chirurgicales.
6	important	durée d'hospitalisation entre six et dix-huit mois; traumatisme crânien très grave laissant des séquelles neurologiques et psychiatriques avec perte de l'autonomie; tétraplégie; traumatisme thoraco-abdominal avec un traitement chirurgical lourd laissant des séquelles respiratoires et digestives graves; brûlures étendues nécessitant de nombreuses greffes cutanées et transfert dans un centre des grands brûlés.
7	très important	durée d'hospitalisation de plus de dix-huit mois; séquelles gravissimes dépassant les cas décrits dans les degrés précédents; séquelles nécessitant des séjours hospitaliers réguliers pendant des années dans des centres spécialisés ou des traitements pénibles à vie comme la dialyse rénale.

Art. 4. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer le préjudice esthétique sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit:

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	58 €
2	léger	146 €
3	modéré	365 €
4	moyen	1.022 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 5. Les forfaits mentionnés à l'article 4 indemnisent le dommage subi par l'assuré en raison de l'altération de son image personnelle et de la manière dont il ressent le regard des autres.

Art. 6. Pour les cicatrices, l'évaluation se fait par référence aux critères suivants:

- nombre, localisation et dimension;
- orientation, coloration et relief;
- douleur spontanée ou provoquée;
- adhérence aux tissus sousjacents;
- exposée au regard des autres ou cachée par les vêtements.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après:

1	très léger	cicatrice de bonne qualité, peu visible ou cachée par les vêtements; décoloration dentaire; légère boiterie; légère déformation après une fracture.
2	léger	cicatrice de bonne qualité, bien visible de près; amputation d'une phalange.
3	modéré	troubles de la mobilité oculaire; inégalité pupillaire; cicatrices disgracieuses du nez, de la bouche; troubles de la mimique; séquelles de paralysie faciale; trachéotomie de bonne qualité; amputation de plusieurs doigts; marche en permanence avec 2 cannes.

4	moyen	plusieurs cicatrices très disgracieuses de la face; plusieurs cicatrices thoraco-abdominales de mauvaise qualité; amputation de la main avec prothèse; amputation appareillée de la cuisse permettant une marche sans aide; anus artificiel; édentition non prothésée.
5	assez important	amputation non prothésée d'un bras; amputation de cuisse appareillée avec grandes difficultés à la marche; paraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante.
6	important	cicatrices de brûlures de 3ième ou 4ième degré étendues sur tout le corps; cicatrices et déformations faciales entravant le contact social; tétraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante électrique; plusieurs amputations de segments de membres rendant impossible le contact social.
7	très important	tétraplégie ventilée; défiguration ou déformations générant habituellement la répulsion.

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

Vu les articles 130 et 131 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les bénéficiaires d'une rente de survie, à savoir le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de trois mille six cent quarante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi. R. 17.12.10

Art. 2. Les père et mère de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de deux mille cent quatre-vingt-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 3. Toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins a droit à un forfait de mille quatre cent cinquante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et des maladies professionnelles[1)] et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident

Vu les articles 96, 98, 126 et 127 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, tout assuré, victime d'un accident du travail ou de trajet, doit en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci. R. 17.12.10

Art. 2. L'employeur ou son représentant déclare[2)] tout accident du travail à l'Association d'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident[2)] et fait parvenir une copie de la déclaration à l'assuré.

Art. 3. Pour les maladies professionnelles, il incombe au médecin de faire la déclaration à l'Association d'assurance accident dès qu'il a des suspicions fondées qu'une maladie a sa R. 5.7.16

---

1) Par R. 5.7.16 les termes « et des maladies professionnelles » sont ajoutés à la suite des termes « déclaration des accidents ».

2) Par R. 5.7.16 les termes « doit déclarer » sont remplacés par le terme « déclare » et les termes « le formulaire prescrit » sont remplacés par les termes « le formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident ».

cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. En cas de déclaration, il remet une copie de la déclaration à son patient.

La déclaration est effectuée au moyen du formulaire de déclaration médicale d'une maladie professionnelle disponible auprès de l'Association d'assurance accident et contient un diagnostic médical précis de la maladie dont l'origine professionnelle est soupçonnée ainsi qu'une indication des risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de celle-ci. Les pièces médicales établissant la maladie déclarée sont annexées à la déclaration.

L'instruction du dossier est limitée à la maladie pour laquelle la déclaration médicale est introduite.

Art. 4. Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement ou à leur délégué. L'accident survenu dans le cadre d'une activité péripréscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité. Ces déclarations sont effectuées au moyen du formulaire de déclaration d'un accident scolaire ou périscolaire disponible auprès de l'Association d'assurance accident. R. 17.12.10 R. 5.7.16

Les accidents survenus dans le cadre d'une autre activité visée à l'article 91 du Code de la sécurité sociale sont à déclarer par le responsable ou son délégué du service, de l'administration, de l'institution ou de l'association ayant organisé l'activité au moyen du formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident.[1] R. 17.12.10

Art. 5. Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident ou être atteinte d'une maladie professionnelle [2] dans le délai annuel prescrit par l'article 123 du Code de la sécurité sociale, l'Association d'assurance accident demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

Art. 6. En cas de déclaration médicale d'une maladie professionnelle, l'employeur fournit tous les renseignements concernant l'exposition professionnelle à des risques. Dans la déclaration patronale concernant cette exposition, il indique notamment avec précision: R. 5.7.16

1) le ou les postes de travail successivement occupés et les tâches y effectuées;
2) les gestes et postures de travail relatifs à chaque poste ainsi que les produits, machines et outils y utilisés;
3) la durée du temps de travail exposant le salarié aux différents gestes et postures de travail ainsi qu'aux produits, machines et outils en cause;
4) les mesures de protection prises contre les risques professionnels et les équipements de protection individuelle mis à disposition.

Art. 7. Le Contrôle médical de la sécurité sociale se prononce sur l'existence de la maladie déclarée, sur le diagnostic médical de celle-ci et sur le numéro du tableau des maladies professionnelles sous lequel elle est à instruire. R. 5.7.16

L'Association d'assurance accident se prononce sur l'exposition de l'assuré aux risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de la maladie déclarée. A cette fin, elle peut demander tous renseignements ou pièces nécessaires à l'employeur et à l'assuré. Elle peut procéder à une étude du ou des postes de travail et demander un avis motivé au médecin du travail compétent.

Sur base du rapport de l'Association d'assurance accident concernant l'exposition aux risques, le Contrôle médical de la sécurité sociale rend un avis médical sur la relation d'imputabilité entre la maladie déclarée et l'activité professionnelle exercée.

Art. 8. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet ou comme maladie professionnelle un accident ou une maladie déclarés conformément aux articles qui précèdent fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué en vertu de l'article 146 du Code de la sécurité sociale. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident et portée à la connaissance de l'employeur ou de la personne ayant fait la déclaration. R. 17.12.10

Art. 9. Pour rémunérer le travail administratif effectué par les institutions d'assurance maladie, l'Association d'assurance accident verse une indemnité correspondant à trois pour cent des prestations avancées à la Caisse nationale de santé.

Art. 10. Si le médecin estime que la période d'incapacité de travail totale ou la prestation en nature est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il indique le numéro de référence du dossier lui communiqué par l'assuré ou directement par l'Association d'assurance accident sur le certificat d'incapacité de travail, le mémoire d'honoraires, l'ordonnance ou tout autre document standardisé servant aux prescriptions médicales. Pendant les trois mois consécutifs à l'accident, il peut, à défaut de numéro, indiquer la date de l'accident. R. 5.7.16 R. 17.12.10

---

1) Par R. 5.7.16 l'alinéa 2 est complété par les termes suivants: « au moyen du formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident ».

2) R. 5.7.16 les termes « victime d'un accident » sont remplacés par les termes « victime d'un accident ou être atteinte d'une maladie professionnelle ».

Art. 11. Les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir,

- trois mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale dépassant les huit jours consécutifs à cet accident,
- douze mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante, sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 12. Si une prestation imputée initialement à l'assurance accident sur indication du médecin[1)] est mise à charge de l'assurance maladie sur avis postérieur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou inversement ou si l'assurance maladie a pris intégralement en charge une prestation en nature dans le cadre du système du tiers payant nonobstant la limitation dans le temps prévue à l'article 8, la Caisse nationale de santé peut soit renoncer à la récupération de la participation incombant éventuellement à l'assuré dans le cadre de l'assurance maladie, soit la déduire, en vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, du remboursement futur par l'assurance maladie de prestations en nature au même assuré.

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

Vu l'article 91, alinéa 1 sous 1) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Par enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend: R. 17.12.10

a) celui organisé par un établissement d'enseignement public ou privé établi sur le territoire luxembourgeois;

b) celui suivi dans un établissement d'enseignement public ou privé établi à l'étranger par des personnes ayant leur domicile légal au Grand-Duché de Luxembourg;

c) celui dispensé par les institutions d'enseignement musical au sens de la loi du 28 avril 1998 portant harmonisation de l'enseignement musical dans le secteur communal.

En dehors des activités inscrites au programme des établissements visés à l'alinéa précédent, l'assurance s'étend à des activités connexes à ces programmes et organisées par ces mêmes établissements. Ces activités, exercées au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger, sont les suivantes:

a) le séjour dans les cantines et les internats;

b) les cours de rattrapage, les études surveillées, les activités guidées, les loisirs surveillés, et les visites guidées;

c) les voyages d'études et séjours à l'étranger et ceux organisés au Luxembourg pour les élèves et étudiants étrangers dans le cadre d'échanges internationaux;

d) les contrôles médicaux, les consultations, examens, essais d'intégration scolaire et autres activités organisées par les services médico-psycho-pédagogiques et d'orientation scolaire et par les centres, instituts et services d'éducation différenciée prévus par la loi modifiée du 14 mars 1973;

e) les journées d'information et d'orientation scolaire ou professionnelle;

f) les manifestations organisées en collaboration avec l'école dans le domaine de la sécurité routière et de l'épargne scolaire;

g) les activités de recherche et les stages des élèves et étudiants dans les entreprises ou administrations;

h) l'ensemble des activités organisées dans le cadre des projets d'établissement prévus dans la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue;

i) les cours de langue et de culture maternelle organisés à l'intention des enfants de parents immigrés et autorisés par le ministère de l'éducation nationale;

j) les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique;

k) l'activité des servants de messe appelés pendant les heures de classe à assister à des cérémonies religieuses.

Art. 2. Par activités péripréscolaires, périscolaires et périuniversitaires au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend les activités énumérées ci-après organisées pour les écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire,

---

1) Par R. 5.7.16 les termes « sur indication du médecin traitant » sont remplacés par les termes « sur indication du médecin ».

scolaire et universitaire, soit par l'État ou les communes, soit par des organismes agréés en vertu de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, soit par des organismes agréés spécialement à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions le Trésor et le Budget, la Sécurité sociale, l'Éducation nationale, la Formation professionnelle et les Sports, la Famille, la Solidarité sociale et la Jeunesse, la Culture, l'Enseignement supérieur et la Recherche, ainsi que la Promotion féminine, à publier au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg:

a) le séjour dans les internats, les structures d'accueil sans hébergement pour enfants, les centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes et dans les centres d'animation et de vacances;

b) les activités énumérées à l'article 1er, alinéa 2 sous j) du présent règlement si elles sont organisées par des associations œuvrant exclusivement dans le cadre des établissements d'enseignement;

c) les voyages, visites et séjours organisés dans le cadre d'échanges des jeunes en vertu d'accords bilatéraux et de programmes internationaux, tant pour les voyages et séjours des jeunes luxembourgeois à l'étranger que pour les voyages et séjours des jeunes étrangers au Luxembourg;

d) la participation à des stages, journées d'études, camps, activités d'animation de loisirs et de vacances et colonies de vacances;

e) la vente de fleurs, insignes et cartes autorisée par le ministre de l'éducation nationale;

f) les activités socio-éducatives dans le cadre de centres, foyers et maisons pour jeunes, groupes guides et scouts et organismes et associations pour jeunes;

g) la participation à la formation d'animateurs;

h) les activités de consultation, d'aide, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation et d'orientation pour enfants et jeunes dans des services spécialisés;

i) l'ensemble des activités organisées dans l'encadrement périscolaire offert par la commune ou par le syndicat des communes en application de l'article 16 de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental. R. 16.3.12

Pour les activités visées à l'alinéa précédant, l'assurance ne s'étend non seulement à l'activité elle-même, mais également au séjour éventuel et aux loisirs connexes à l'activité ainsi qu'aux trajets y relatifs.

Art. 3. Le droit aux prestations prévues par le présent règlement est suspendu jusqu'à concurrence du montant des prestations de même nature auxquelles ouvrent droit à l'étranger les activités dont il s'agit. R. 17.12.10

Art. 4. Le règlement grand-ducal 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire est abrogé.

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

Vu l'article 95 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La Commission supérieure des maladies professionnelles est présidée par le président de l'Association d'assurance accident ou son délégué et se compose en outre du médecin-directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ainsi que de sept membres effectifs ou de leurs suppléants désignés pour une période de cinq ans par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, à savoir: R. 26.12.12

1) un représentant du Ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale;

2) deux médecins du travail avec une formation telle que prévue à l'article L. 325-1 du Code du travail;

3) deux représentants des employeurs;

4) deux représentants des salariés.

En cas de démission ou de décès d'un membre effectif ou suppléant, il est pourvu à son remplacement par la nomination d'un nouveau membre, désigné conformément à l'alinéa 1, qui achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 2. La Commission supérieure des maladies professionnelles se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est envoyée par écrit au domicile du membre effectif ou par voie électronique au moins dix jours avant la réunion.

A moins qu'elle n'ait déjà fait l'objet d'une décision de la commission au cours des trois dernières années, le président est obligé de porter dans un délai de trois mois à l'ordre du jour d'une réunion de la commission toute proposition motivée de modification du tableau des maladies professionnelles lui soumise par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou la Santé, par un tiers au moins de ses membres ou par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident.

La commission peut s'adjoindre des experts, qui peuvent assister à sa demande avec voix consultative aux réunions.

Art. 3. La Commission supérieure des maladies professionnelles délibère valablement si au moins cinq de ses membres sont présents dont un membre désigné en vertu de l'article 1er, point 2).

Chaque délégué effectif peut se faire remplacer par son suppléant.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'article 2, alinéa 2. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre et la qualité des membres présents.

Art. 4. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il formule, le cas échéant, la question à soumettre au vote.

Le président et les autres membres disposent chacun d'une voix. Ils votent à main levée. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le président, les membres de la commission, le secrétaire et les experts assistant avec voix consultative aux réunions sont tenus au secret des délibérations.

Art. 5. La Commission supérieure des maladies professionnelles est assistée d'un secrétaire administratif, désigné pour une durée de cinq ans par l'arrêté conjoint visé à l'article 1er parmi les agents de l'Association d'assurance accident. En cas d'indisponibilité du secrétaire administratif, celui-ci est remplacé par un autre agent de l'Association d'assurance accident désigné par le président de la commission.

Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises et, le cas échéant, les motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire et communiqué aux membres de la commission.

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

Vu l'article 119 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le barème médical applicable à l'assurance accident est défini dans l'annexe[1)] du présent règlement grand-ducal qui en fait partie intégrante. R. 10.6.13

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

Vu l'article 158 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les cotisants soumis à l'assurance accident sont répartis en classes de risques pour l'application du système bonus-malus. R. 8.2.16

Il n'est attribué qu'une classe de risques par cotisant pour l'ensemble de ses activités, l'activité principale étant déterminante pour le classement. Tout nouveau cotisant est tenu de fournir au Centre commun de la sécurité sociale les indications nécessaires pour son classement dans une classe de risques. De même, il doit signaler sans retard tout changement de la nature de l'activité exercée susceptible d'impliquer un reclassement.

Par dérogation à l'alinéa 2, l'État et les communes constituent chacun une classe de risques à part.

---

1) Pour annexes voir Mémorial A 103 du 24 juin 2013, p. 1482.

Art. 2. Les classes de risques sont:

01	Activités commerciales non classées ailleurs
02	Activités de ménage et de nettoyage
03	Hôtels, restaurants et cafés
04	Education, activités associatives, récréatives, sportives, culturelles et religieuses
05	Santé, action sociale et soins de beauté
06	Assurances, activités financières, informatiques et immobilières, bureaux d'études, prestations de services et médias
07	Activités industrielles non classées ailleurs
08	Travail des métaux, du bois et de matières synthétiques, fabrication, installation, réparation et maintenance de machines, de véhicules automobiles et d'équipements, ateliers de précision
09	Bâtiment, gros oeuvres, travaux de toiture, industries extractives
10	Aménagement et parachèvement, équipements techniques du bâtiment
11	Transport terrestre, fluvial, maritime et aérien, manutention et entreposage, distribution de courrier
12	Travail intérimaire
13	Production alimentaire
14	Activités agricoles, viticoles, horticoles, sylvicoles et activités analogues
15	Activités commerciales, artisanales et libérales exercées pour le propre compte
16	Communes
17	État

Art. 3. Le taux de cotisation fixé conformément à l'article 149 du Code de la sécurité sociale est multiplié pour chaque cotisant par un facteur bonus-malus déterminé pour l'exercice à venir conformément aux articles qui suivent.

Art. 4. Sont prises en compte pour la détermination du facteur bonus-malus, les prestations de l'assurance accident obligatoire suivantes imputées aux accidents du travail survenus à partir du 1er janvier 2011 et payées pendant la période d'observation allant du 1er avril de l'avant dernière année au 31 mars de l'année précédant l'exercice de son application:

- les prestations en nature, les indemnités pécuniaires ainsi que les rentes complètes dues avant la consolidation ou jusqu'à la date limite de prise en charge du traitement conformément à l'article 126 du Code de la sécurité sociale;
- la première des rentes dues après la consolidation, à savoir la rente complète, la rente professionnelle d'attente ou la rente partielle, à capitaliser jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans à partir du 1er du mois suivant la consolidation;
- les indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, à capitaliser à vie à partir du 1er du mois suivant la consolidation;
- les indemnités pour douleurs physiques et les indemnités pour préjudice esthétique;
- en cas d'accidents du travail mortels, les rentes de survie du conjoint survivant, à capitaliser à vie à partir du 1er du mois du décès et les indemnités pour dommage moral versées aux survivants.

Art. 5. Le facteur bonus-malus est fixé à l'aide du coefficient de charge du cotisant et du coefficient de charge de la classe dont il fait partie.

Par coefficient de charge du cotisant, on entend la fraction définie au numérateur par le montant correspondant au total des prestations pour les accidents du travail d'un cotisant et au dénominateur par le montant correspondant au total des assiettes de cotisation accident d'un cotisant au cours de la période d'observation définie à l'article 4.

Par coefficient de charge d'une classe, on entend la fraction définie au numérateur par le montant correspondant au total des prestations pour les accidents du travail de tous les cotisants d'une même classe et au dénominateur par le montant correspondant au total des assiettes de cotisation accident de tous les cotisants d'une même classe au cours de la période d'observation définie à l'article 4.

Par différence relative en pour-cent on entend la fraction définie au numérateur par la différence entre le coefficient de charge d'un cotisant et le coefficient de charge de la classe dont le cotisant fait partie et au dénominateur par le coefficient de charge de la classe dont le cotisant fait partie, multipliée par 100.

Le facteur bonus-malus d'un cotisant correspond à la valeur:

- 0,9 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est égale à -100%,
- 1 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à -100% et inférieure ou égale à 0%,

- 1,1 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à 0% et inférieure ou égale à 33%,
- 1,3 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à 33% et inférieure ou égale à 100% et
- 1,5 lorsque la différence relative entre le coefficient de charge du cotisant et le coefficient de charge de la classe dont il fait partie est supérieure à 100%.

Art. 6. Le facteur bonus-malus est à appliquer à partir de l'exercice 2019.

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

Vu l'article 95 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le tableau des maladies professionnelles est défini dans l'annexe 1[1)] du présent règlement grand-ducal. R. 5.7.16

Art. 2. L'arrêté grand-ducal modifié du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles est abrogé.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

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

Vu les articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Pour les assurés qui présentent un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent le capital de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément est obtenu en multipliant l'indemnité annuelle à la date de la consolidation par le facteur de capitalisation correspondant à l'âge du bénéficiaire à cette date figurant à l'annexe 1. R. 9.3.17

Art. 2. Le montant du recours contre tiers responsable exercé par l'Association d'assurance accident est calculé à l'aide des facteurs de capitalisation figurant aux annexes 1 et 2.

Art. 3. Le règlement grand-ducal du 26 février 2004 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 113 du Code des assurances sociales et le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale sont abrogés.

Annexe 1 : Facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément en cas de taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent et pour la capitalisation des prestations viagères de l'assurance accident

AGE		AGE	
0	24,09095	**51**	17,10585
1	24,13309	**52**	16,83245
2	24,11007	**53**	16,55329
3	24,07889	**54**	16,26806
4	24,04035	**55**	15,97641
5	23,99522	**56**	15,67791
6	23,94418	**57**	15,37208

1) Pour l'annexe voir Mémorial A n°126 du 14 juillet 2016, p. 2217.

7	23,88787	**58**	15,05838
8	23,82682	**59**	14,73623
9	23,76154	**60**	14,40523
10	23,69241	**61**	14,06522
11	23,61979	**62**	13,71628
12	23,54391	**63**	13,35868
13	23,46493	**64**	12,99290
14	23,38295	**65**	12,61957
15	23,29795	**66**	12,23946
16	23,20984	**67**	11,85343
17	23,11849	**68**	11,46247
18	23,02378	**69**	11,06759
19	22,92556	**70**	10,66984
20	22,82369	**71**	10,27029
21	22,71803	**72**	9,86995
22	22,60841	**73**	9,46981
23	22,49468	**74**	9,07090
24	22,37666	**75**	8,67433
25	22,25419	**76**	8,28127
26	22,12708	**77**	7,89289
27	21,99514	**78**	7,51033
28	21,85817	**79**	7,13470
29	21,71597	**80**	6,76700
30	21,56833	**81**	6,40813
31	21,41503	**82**	6,05887
32	21,25591	**83**	5,71984
33	21,09083	**84**	5,39150
34	20,91966	**85**	5,07414
35	20,74235	**86**	4,76784
36	20,55883	**87**	4,47246
37	20,36909	**88**	4,18763
38	20,17315	**89**	3,91273
39	19,97104	**90**	3,64683
40	19,76284	**91**	3,38852
41	19,54865	**92**	3,13565
42	19,32859	**93**	2,88497
43	19,10281	**94**	2,63143
44	18,87148	**95**	2,36696
45	18,63478	**96**	2,07828
46	18,39285	**97**	1,74284
47	18,14578	**98**	1,32080
48	17,89358	**99**	0,73909
49	17,63626	**100**	0,00000
50	17,37372		

Annexe 2 : Facteurs de capitalisation à utiliser pour la capitalisation des prestations de l'assurance accident versées jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans

AGE		AGE	
0	23,22243	33	17,88217
1	23,22613	34	17,58159
2	23,16556	35	17,26951
3	23,09555	36	16,94563
4	23,01685	37	16,60963
5	22,93012	38	16,26123
6	22,83599	39	15,90013
7	22,73499	40	15,52603
8	22,62757	41	15,13863
9	22,51415	42	14,73761
10	22,39502	43	14,32263
11	22,27042	44	13,89334
12	22,14051	45	13,44934
13	22,00534	46	12,99015
14	21,86490	47	12,51520
15	21,71909	48	12,02382
16	21,56771	49	11,51527
17	21,41054	50	10,98867
18	21,24734	**51**	10,44307
19	21,07787	**52**	9,87741
20	20,90187	**53**	9,29050
21	20,71907	**54**	8,68105
22	20,52919	**55**	8,04766
23	20,33195	**56**	7,38881
24	20,12705	**57**	6,70283
25	19,91416	**58**	5,98795
26	19,69298	**59**	5,24226
27	19,46315	**60**	4,46380
28	19,22433	**61**	3,65052
29	18,97614	**62**	2,80019
30	18,71820	**63**	1,91031
31	18,45014	**64**	0,97804
32	18,17158	**65**	0,00000

Statuts de l'Association d'assurance accident [1)]

Statuts adoptés par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident le 27 septembre 2018 et approuvés par arrêté ministériel du 20 novembre 2018.

Chapitre 1er : Prestations en nature prises en charge par l'intermédiaire de la Caisse nationale de santé

A. 22.11.18

Soins de médecine dentaire

Art. 1. Les tarifs pour les prothèses dentaires et l'orthodontie sont pris en charge par l'assurance accident sur devis préalable pour l'exercice au cours duquel ils ont été accordés jusqu'à concurrence d'un maximum des honoraires moyens bruts facturés par les médecins-dentistes au cours de l'avant-dernier exercice, majorés de 25 pourcent et arrondis à l'unité supérieure.

Pour autant que l'acte requiert l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale en vertu du règlement grand-ducal arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes, l'assuré et le médecin-dentiste seront informés de l'étendue de la prise en charge par l'assurance accident des prestations figurant sur le devis établi par le médecin-dentiste.

En matière d'assurance accident, les délais de renouvellement des prothèses dentaires prévus au Titre II, Chapitre 2 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables pour la première acquisition après l'accident.

Analyses et examens de laboratoire

Art. 2. La limitation contenue au Titre II, Chapitre 4 des statuts de la Caisse nationale de santé n'est pas applicable.

Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Art. 3. Les délais de renouvellement prévus au Titre II, Chapitre 7 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables en cas de première acquisition après l'accident.

L'assuré a droit à deux paires de chaussures orthopédiques par an.

Aides visuelles

Art. 4. Les verres de lunettes et les lentilles de contact sont pris en charge par l'assurance accident jusqu'à concurrence des montants tarifaires fixés à l'annexe III de la Convention entre la Fédération des patrons opticiens et optométristes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, majorés de 100 pourcent et arrondis à l'unité supérieure. A.3.3.21

Les montures sont prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 18,2 euros. A.22.11.18

Les délais de renouvellement prévus au Titre II, Chapitre 9 des statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas applicables pour la première acquisition après l'accident.

Soins hospitaliers

Art. 5. Les soins hospitaliers stationnaires sont pris en charge intégralement par l'assurance accident suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale. Les participations de l'assuré fixées au Titre II, Chapitre 12 des statuts de la Caisse nationale de santé sont prises en charge par l'assurance accident.

Les frais liés aux prestations non opposables définies par la convention conclue par la Caisse nationale de santé en exécution de l'article 75 du Code de la sécurité sociale ne sont pas remboursés par l'assurance accident.

Dispositifs médicaux et fournitures diverses

Art. 6. L'Association d'assurance accident rembourse d'office pendant l'exercice suivant celui de la prise en charge à l'assuré la différence entre le montant facturé et le montant de référence à condition qu'elle dépasse 1,5 euros pendant l'exercice de prise en charge pour l'ensemble des prestations visées au point n) de l'alinéa 2 de l'article 98 du Code de la sécurité sociale.

---

1) ***L. 9.8.17,7:***
L'ancien article 29 des statuts a été inscrit à l'article 7 de la loi du 9.8.18 (JO, Mém. A 678 du 10 août 2018 pp. 16 et 17).
Les subventions aux personnes ayant perdu l'usage d'un ou de plusieurs membres sont versées pour les accidents de travail survenus avant le 1er janvier 2011 et correspondant aux prestations de même nature accordées par l'Office des dommages de guerre. La subvention est fixée à 92 euros au nombre indice cent pour une amputation simple. La subvention majorée est fixée à 130 euros à l'indice cent pour des amputations multiples.

Convenance personnelle

Art. 7. Les suppléments d'honoraires pour convenance personnelle ainsi que les tarifs majorés pour chambre de première classe prévus au Titre VIII de la convention entre la Caisse nationale de Santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes ne sont pas remboursés par l'assurance accident.

Chapitre 2 : Prestations en nature prises en charge directement par l'Association d'assurance accident

Frais de voyage

Art. 8. 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, du Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci sont pris en charge de façon forfaitaire à raison de 2,5 cents par kilomètre du trajet. En cas de présentation d'un billet d'un moyen de transport public, le prix y inscrit est remboursé.

Les frais de voyage pour se rendre auprès d'un prestataire de soins sont remboursés uniquement sur demande de l'assuré. Ils le sont d'office en cas de convocation par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou auprès d'un expert désigné par celui-ci.

Chapitre 3 : Modalités de réparation du dégât matériel accessoire

Dégât vestimentaire et autres effets personnels

Art. 9. Le dégât causé aux vêtements est indemnisé sur présentation de la facture, déduction faite du taux d'amortissement de 20 pourcent par année entière.

Pour les autres effets personnels, l'assurance accident prend en charge les frais de réparation auprès d'un professionnel légalement établi jusqu'à concurrence de 80 pourcent du prix figurant sur la facture d'achat. En cas d'irréparabilité, l'assurance accident prend en charge le remboursement conformément à l'alinéa ci-dessus sur présentation d'un certificat d'irréparabilité émanant d'un professionnel légalement établi.

À défaut de présentation d'une facture, la prise en charge se fait selon les forfaits suivants :

manteau	58 euros
tailleur/costume	55 euros
blouson/veste	42 euros
casque moto	38 euros
imperméable	36 euros
robe	21 euros
chaussures	15 euros
jupe / pantalon	13 euros
pullover	12 euros
blouse/chemise	11 euros
sac à main	11 euros
casque vélo	8 euros
gants	7 euros
sous-vêtement	3 euros

Dégât causé aux prothèses

Art. 10. Les dommages aux prothèses, orthèses ou épithèses ainsi qu'aux prothèses dentaires et couronnes dentaires, dont l'assuré était pourvu lors de l'accident, sont remboursés sur demande par l'assurance accident.

Les prothèses dentaires sont prises en charge conformément aux dispositions prévues à l'article premier des présents statuts.

Les délais de renouvellement prévues aux articles 1, 2 et 3 des présents statuts ne sont pas applicables si le remplacement de la prothèse, de l'orthèse ou de l'épithèse est imputable à un accident ou à une maladie professionnelle.

Chapitre 4 : Disposition commune

Art. 11. Les montants inscrits aux chapitres 1 à 3 correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.

Règlement d'ordre intérieur - Association d'assurance accident

Règlement d'ordre intérieur adopté par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident le 27 septembre 2018 et approuvé par arrêté ministériel du 20 novembre 2018

2020

- Modification adoptée par le conseil d'administration de l'association d'assurance accident en date du 30 janvier 2020 et approuvée par arrêté ministériel du 30 juin 2020.

Chapitre 1er. Le conseil d'administration

Art. 1er

Le conseil d'administration fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le conseil d'administration en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de sept jours à partir de la réception d'une demande écrite avec indication de l'ordre du jour émanant d'au moins quatre membres du conseil d'administration.

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par voie électronique [1)] aux membres effectifs et suppléants au plus tard sept jours avant la séance.

Les membres effectifs du conseil d'administration qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants désignés par la même chambre professionnelle à y assister.

Le président porte à l'ordre du jour tout point proposé par un membre du conseil d'administration, si la demande lui a été communiquée par écrit au plus tard quinze jours avant la réunion.

Art. 2

En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le premier conseiller de direction.

Art. 3

Les fonctionnaires et employés de l'Association d'assurance accident peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire aux séances du conseil d'administration.

Art. 4

Le conseil d'administration délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents en ce qui concerne les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel.

Dans les autres cas, il délibère valablement si au moins quatre délégués des employeurs sont présents.

En matière de prévention et de prestations, il faut en outre la présence de quatre délégués des salariés au moins.

Lorsque le président constate que le conseil d'administration n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance après avoir fait délibérer sur les décisions individuelles en matière de prestations et de personnel. Dans ce cas, il convoque le conseil d'administration avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 1 de l'article premier. Le conseil d'administration siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5

Le président ouvre, dirige et clôt les séances du conseil d'administration.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix valablement exprimées, les abstentions n'étant pas prises en considération.

Les membres du conseil d'administration votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour peuvent donner lieu à une décision uniquement à défaut d'une opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6

Les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle à leur égard en matière de prestations ainsi que les décisions individuelles en matière de personnel peuvent être valablement vidées par le conseil d'administration à distance. À cet effet, le président peut

---

*1) Par **A 30.6.20, 1er**, 1° l'expression « par courrier électronique » est remplacée par l'expression « par voie électronique.*

communiquer les propositions de décisions individuelles aux membres effectifs du conseil d'administration par voie électronique [1].

Les propositions de décisions individuelles sont présumées réceptionnées le jour suivant cette communication [2] par l'Association d'assurance accident. En cas d'opposition écrite d'un membre effectif, la proposition de décision individuelle contestée est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine séance utile du conseil d'administration.

En l'absence de réception par le président d'une opposition écrite dans le délai d'une semaine, la décision est réputée adoptée par le conseil d'administration. Les décisions prises à distance font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et sont communiquées sans retard à l'autorité de surveillance.

Art. 7

Les résolutions prises lors de la séance du conseil d'administration ou d'une commission font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquent la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Ces procès-verbaux sont soumis pour approbation au conseil d'administration qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui les modifie en conséquence.

Le procès-verbal de la séance du conseil d'administration ainsi que celui établi en vertu de l'article 6 est adressé aux membres effectifs et suppléants du conseil d'administration et à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Chapitre 2. Nomination de commissions

Art. 8

Le conseil d'administration peut nommer en son sein des commissions comprenant, en dehors du président ou du premier conseiller de direction, trois délégués des employeurs et trois délégués des salariés ainsi qu'un nombre égal de membres suppléants.

Pour pouvoir être nommé membre effectif ou membre suppléant d'une commission, il faut être membre effectif ou membre suppléant du conseil d'administration. Un membre suppléant du conseil d'administration peut toutefois être nommé membre effectif d'une commission et inversement.

Pour que le conseil d'administration puisse nommer une commission, il faut que :

1) le point figure à l'ordre du jour de la séance du conseil d'administration ;
2) les délégués des employeurs présents du conseil d'administration soient unanimes pour proposer les trois délégués des employeurs effectifs et les trois délégués des employeurs suppléants de la commission ;
3) les délégués des salariés présents du conseil d'administration soient unanimes pour proposer les trois délégués des salariés effectifs et les trois délégués des salariés suppléants de la commission.

Si les conditions ci-dessus sont remplies, le président proclame nommés les candidats proposés et acte en est donné au procès-verbal de la séance afférente du conseil d'administration.

Lors de cette séance, le conseil d'administration fixe les attributions de la commission.

La commission reste en fonction aussi longtemps que le conseil d'administration l'a nommée. Toutefois, le conseil d'administration peut à tout moment révoquer la commission.

Au cas où le mandat du conseil d'administration viendrait à échéance, celui de la commission se termine également.

Art. 9

La commission peut s'adjoindre d'experts.

Art. 10

La commission délibère valablement si deux délégués des employeurs au moins et deux délégués des salariés au moins sont présents. Les articles 1, 2, 3, 5 et 7 du présent règlement d'ordre intérieur sont applicables.

---

*1) Par **A 30.6.20, 1er,2°** l'expression « par courrier électronique » est remplacée par l'expression « par voie électronique.*

*2) Par **A. 30.6.20,1er,3°** les termes « le jour suivant la date d'envoi » sont remplacés par « le jour suivant cette communication.*

LIVRE III
ASSURANCE PENSION

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

Vu les articles 197 n° 3 et 202[1)] n°4 alinéa 7 du Code des assurances sociales, tels qu'ils résultent de la loi du 10 avril 1951[2)] ayant pour objet de modifier et de compléter la loi du 17 décembre 1925 concernant le Code des assurances sociales et les lois modificatives des 20 novembre 1929, 6 septembre 1933 et 21 juin 1946;

Vu l'article 5 de la loi du 10 avril 1951[2)] précitée;

Vu l'article 6 de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois;[3)]

Vu la loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes, notamment les articles 1er et 2;

Art. 1er. Les salaires à porter en compte pour les périodes assimilées aux périodes de cotisation conformément à l'article 197 n° 3 du Code des assurances sociales seront déterminées sur la base du salaire journalier moyen de l'année civile dans laquelle ces périodes ont pris cours ou, au cas où cet autre mode de calcul serait plus favorable à l'assuré, sur la base du salaire journalier moyen de la dernière année civile assujettie à l'assurance et qui précède l'année dans laquelle se placent les périodes visées. R. 29.5.52

Le salaire journalier moyen sera obtenu en divisant les salaires gagnés ou, le cas échéant, les salaires correspondant au maximum des classes de salaires dont l'assuré avait relevé, se rapportant à l'année civile visée à l'alinéa précédent, par le nombre de journées assurées correspondantes. Le RM sera compté à vingt-cinq cents (0,25 €).

Art. 2. Les rémunérations servant de référence conformément aux dispositions qui précèdent seront portées en compte sur la base de coefficients fixés par les tableaux ci-après:

a) pour le calcul des rentes suivant les dispositions antérieures à la loi du 10 avril 1951 modificative du Code des assurances sociales:

Année de Déplacement	Périodes à couvrir						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1940	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47	
1941	-	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47	
1942	-	-	1,00	1,06	1,41	1,90	
1943	-	-	-	1,06	1,41	1,90	
1944	-	-	-	-	1,33	1,80	

---

1) Il y a lieu de lire « article 202 alinéa 7 ».

2) Applicable en vertu de l'article 220 du Code de la sécurité sociale.

3) ***R. 30.1.45****:*

Art. 6. *Les périodes[a)] pour lesquelles il n'a pas été versé de cotisations par les personnes visées à l'article 1er,[b)] assurées auprès de la caisse de pension des employés privés ou l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, seront prises en considération pour l'accomplissement du stage, le maintien des droits en cours de formation et le calcul des prestations.*

a) Pour les périodes à mettre en compte voir également article 28 de L. 25.2.67 reproduit sub article 171 du Code de la sécurité sociale.

b) Art.1er. Nonobstant toutes dispositions contractuelles contraires, l'exécution des contrats de travail, d'emploi ou de louage de service est censée avoir été suspendue au profit des travailleurs luxembourgeois qui, au cours de leur contrat,

1) ont été déportés, internés ou emprisonnés par l'occupant pour des raisons patriotiques;

2) ont été contraints par lui au travail en Allemagne;

3) ont été enrôlés de force dans le RAD, l'armée allemande ou autres services analogues ou qui s'y sont soustraits par la fuite;

4) ont été déportés, internés ou emprisonnés pour des raisons patriotiques dans un pays soumis à l'influence ennemie;

5) ont été contraints pour des raisons patriotiques de vivre caché pendant l'occupation du territoire national;

6) ont été écartés de l'entreprise ou du lieu où ils travaillaient par application des ordonnances de l'autorité occupante;

7) ont été, par suite de mauvais traitements subis pour des raisons politiques, mis dans l'impossibilité d'exercer leurs emplois;

8) ont quitté le Grand-Duché pour rejoindre les forces alliées ou pour se mettre à la disposition du Gouvernement luxembourgeois ou d'un des Gouvernements des puissances alliées au Grand-Duché.

b) pour le calcul ou le recalcul des rentes suivant la même loi du 10 avril 1951:

Année de Déplacement	Périodes à couvrir						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85
1940	-	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
1941	-	-	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
1942	-	-	-	2,15	2,15	2,15	2,15
1943	-	-	-	-	1,95	1,95	1,95
1944	-	-	-	-	-	1,80	1,80

Les salaires de référence se rapportant à une période antérieure au 1er octobre 1940 seront préalablement convertis au taux de 1,20.

Pour les rentes calculées suivant les dispositions antérieures à la loi du 21 juin 1946 modificative du Code des assurances sociales, le taux de la majoration à incorporer est de 1,2 pour cent; pour tous les autres cas, le taux est celui prévu par l'article 202 du Code des assurances sociales.

Art. 3. Les dispositions du présent arrêté s'appliquent également à l'assurance spéciale des ouvriers mineurs et métallurgistes, d'après les modalités suivantes.

Pour les rentes des ouvriers mineurs fixées conformément aux dispositions en vigueur avant le 1er janvier 1943, le taux de majoration pour les prestations spéciales est de 1,2 pour cent; pour les rentes fixées conformément aux dispositions en vigueur pendant la période du 1er janvier 1943 au 30 juin 1946, la majoration totale pour l'assurance vieillesse et invalidité et pour l'assurance spéciale est fixée à 2,4 pour cent. En ce qui concerne les rentes professionnelles, le taux de majoration est fixé à 1,5 pour cent.

Pour les rentes des ouvriers métallurgistes calculées d'après le régime en vigueur avant le 1er juillet 1946, les prestations supplémentaires correspondent à celles prévues par la législation en vigueur à cette date.

Pour les rentes des ouvriers mineurs et métallurgistes calculées d'après le régime en vigueur à partir du 1er juillet 1946, les majorations supplémentaires sont à accorder selon les modalités prévues par l'arrêté grand-ducal du 2 février 1948 ayant pour objet la réglementation de l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs et métallurgistes.

Art. 4. Les périodes de déplacement seront également mises en compte pour les cas où les périodes visées ont pris cours avant l'institution de l'assurance spéciale, si lors du déplacement l'assuré exerçait une profession qui était soumise à cette assurance spéciale.

Art. 5. Les charges résultant des dispositions du présent arrêté sont couvertes au moment de la constatation des périodes par un rappel de cotisations à charge de l'État qui, de ce fait, se trouvera subrogé aux droits des assurés à l'égard des institutions d'assurances étrangères relatifs à leurs périodes de déplacement. Elles seront calculées sur les salaires établis conformément à l'article 2, tableau sub b, au taux de 5,6 pour cent pour les périodes antérieures au 1er janvier 1946 et de dix pour cent pour les périodes postérieures.

Pour les assurés qui étaient membres de l'assurance spéciale des ouvriers mineurs, le taux est de 18,5 pour cent.

Pour les affiliés à l'assurance spéciale des ouvriers métallurgistes, la cotisation supplémentaire est de deux euros et vingt-trois cents (2,23 €) par mois.

Ces cotisations sont productives d'intérêts composés à quatre pour cent l'an, à partir de l'expiration de l'année au cours de laquelle les périodes ci-dessus visées ont pris fin.

Art. 6. Les personnes qui remplissent les conditions pour pouvoir bénéficier des dispositions qui précèdent, sont tenues de justifier des périodes en question par un certificat à délivrer par l'administration communale de leur résidence au moment du déplacement. Ces certificats doivent, sous peine de déchéance, parvenir à l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité dans un délai de six mois à partir de la mise en vigueur du présent arrêté.[1)]

Pour les personnes qui n'ont pas encore pu rentrer dans le pays, ce délai ne prend cours qu'à partir de leur rentrée au Grand-Duché.

Art. 7. Les prestations résultant du présent arrêté sont dues à partir du début de la rente mais au plus tôt à partir du 1er février 1945.

---

1) Ce délai a été supprimé par L. 31.10.78, art. 4.

Arrêté grand-ducal du 29 mai 1952, pris en exécution de l'article 14[1)] de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés

Vu les articles 1er, dernier alinéa, et 14[1)] de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés;

Vu l'article 6 de l'arrêté grand-ducal du 30 janvier 1945 garantissant le droit à leurs anciens emplois à certaines catégories de travailleurs luxembourgeois;[2)]

Vu la loi du 13 janvier 1948 portant abrogation des dispositions et mesures prises par le pouvoir occupant et celles mises provisoirement en vigueur après la libération en matière d'assurance invalidité et vieillesse des ouvriers mineurs et employés techniques des mines du fond et des ouvriers métallurgistes notamment les articles 1er et 2;

Art. 1er. Les rémunérations sur lesquelles seront supposées avoir été versées des cotisations pendant les périodes visées à l'article 14[1)] de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés seront obtenues en appliquant les coefficients reproduits ci-après à la dernière rémunération mensuelle sur laquelle il a été cotisé avant le déplacement ou, si cette autre base est plus favorable, à la moyenne mensuelle des rémunérations des douze derniers mois. R. 29.5.52

Année de Déplacement	Coefficient à appliquer pour						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939 - 1940	1,00	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47
1941	-	1,00	1,30	1,30	1,38	1,83	2,47
1942	-	-	1,00	1,00	1,06	1,41	1,90
1943	-	-	-	1,00	1,06	1,41	1,90
1944	-	-	-	-	1,00	1,33	1,80

Les cotisations seront calculées d'une part sur les rémunérations fictives établies conformément aux dispositions qui précèdent et d'autre part sur la base des taux de cotisation effectivement appliqués par l'employeur avant le déplacement. Elles seront mises en compte à l'assuré et revalorisées comme si elles avaient été payées effectivement durant la période de déplacement.

Si, pendant la période de déplacement, des cotisations ont continué à être versées à titre obligatoire en faveur de l'assuré déplacé, l'excédent éventuel des cotisations fictives visées à l'alinéa précédent sur les cotisations effectivement versées sera porté au compte de l'assuré.

Art. 2. Les dispositions du présent arrêté seront également applicables aux assurés de la caisse de pension qui, durant la guerre et en raison de leur attitude patriotique, ont été astreints à une occupation soumise à l'assurance luxembourgeoise contre l'invalidité et la vieillesse des ouvriers.

Dans ce cas l'établissement d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse transférera à la caisse de pension les cotisations qui ont été versées pour les assurés visés au 1er alinéa du présent article pendant la période entrant en ligne de compte.

Le transfert des cotisations payées en RM se fera sur la base de 1 RM = douze cents (0,12 €). Le montant transféré sera à déduire de la somme due par l'État à la caisse de pension en application de l'article 5.

Art. 3. Les prestations résultant du présent arrêté sont dues à partir du début de la rente mais au plus tôt à partir du 1er février 1945.

Art. 4. Les personnes qui remplissent les conditions pour pouvoir bénéficier des dispositions qui précèdent sont tenues de justifier des périodes en question par un certificat à délivrer par l'administration communale de leur résidence au moment du déplacement. Ces certificats doivent, sous peine de déchéance, parvenir à la caisse de pension des employés privés dans un délai de six mois à partir de la mise en vigueur du présent arrêté.[3)]

Pour les personnes qui n'ont pas encore pu rentrer dans le pays, ce délai ne prend cours qu'à partir de leur rentrée au Grand-Duché.

Art. 5. Les charges résultant des dispositions du présent arrêté seront couvertes au moment de la constatation des périodes de déplacement par un rappel de cotisations majorées des intérêts composés à quatre pour cent à charge de l'État qui, de ce fait, se trouvera subrogé aux droits des assurés à l'égard des institutions d'assurances étrangères relatifs à leur période de déplacement. Elles seront calculées sur la base du traitement visé au 1er alinéa de l'article 1er, multiplié par les coefficients ci-après:

---

1) Voir note sous article 171, 9) du Code de la sécurité sociale.

2) Voir note sous R. 29.5.52 concernant la restitution dans leurs droits d'assurance des travailleurs déplacés affiliés à l'assurance pension ouvrière.

3) Ce délai a été supprimé par L. 31.10.1978, art.4.

Année de Déplacement	Coefficient à appliquer pour						
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946 et suivantes
1939	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85	2,85
1940	1,00	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
1941	-	1,00	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
1942	-	-	1,00	2,15	2,15	2,15	2,15
1943	-	-	-	1,00	1,95	1,95	1,95
1944	-	-	-	-	1,00	1,80	1,80

Les taux de cotisation applicables aux traitements fictifs établis conformément à l'alinéa qui précède sont fixés comme suit:

- 5,6 pour cent pour la période antérieure au 1er janvier 1946,
- dix pour cent pour la période à partir du 1er janvier 1946,

ou éventuellement sur le taux supérieur qui se dégage de l'application de l'article 104 A, deuxième alinéa de la loi du 29 janvier 1931 ayant pour objet la création d'une caisse de pension des employés privés.

Le rappel des cotisations se fera sur la base de 1 RM = vingt-cinq cents (0,25 €).

Art. 6. Les dispositions qui précèdent s'appliquent également aux employés techniques des mines du fond sauf que le taux de cotisation pour l'application de l'article 1er et de l'article 5 est fixé à 21,5 pour cent.

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

Vu la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés et plus spécialement l'article 39, 3e alinéa;[1)]

Art. 1er. En application de l'article 39 de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés, une pension de vieillesse anticipée peut être accordée à la femme assurée à partir de l'expiration de sa cinquante-cinquième année d'âge, si elle compte à son actif cent quatre-vingts mois de stage d'assurance, pourvu et tant qu'elle renonce à toute occupation professionnelle. R. 10.8.55

Art. 2. Lorsque, dans les conditions de l'article précédent, la pension de vieillesse anticipée est octroyée à une femme assurée avant l'accomplissement de sa soixantième année d'âge, le montant de cette pension s'établit en multipliant la pension, qui serait due en cas d'invalidité, par les coefficients de réduction suivants:

Age au moment de l'entrée en jouissance	Coefficient de réduction
55	0,77
56	0,82
57	0,86
58	0,91
59	0,95

Art. 3. Lorsque la pension de vieillesse fixée conformément aux dispositions qui précèdent, prend fin pour quelque motif que ce soit, notamment en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle ou de la substitution de la pension d'invalidité à la pension de vieillesse, avant que la bénéficiaire ait accompli sa soixante-cinquième année d'âge, il sera tenu compte des arrérages perçus dans la fixation de la pension ultérieure. A cet effet la somme des arrérages de la pension anticipée touchée avant l'accomplissement de la soixantième année d'âge sera convertie en rente en divisant cette somme par le facteur de conversion figurant au tableau ci-après et correspondant à l'âge de l'assurée au moment du nouvel octroi. La part de rente ainsi obtenue sera déduite de la nouvelle pension, sans que, toutefois, le montant restant de la nouvelle pension puisse être inférieur au montant de la pension anticipée touchée avant son extinction

---

1) Voir note sous article 184 du Code de la sécurité sociale.

Age de l'assurée	Facteur de conversion
55	11,67
56	11,32
57	10,98
58	10,63
59	10,28
60	9,92
61	9,57
62	9,21
63	8,85
64	8,50
65	8,16

Art. 4. Pour l'application du tableau de l'article 1er et des tarifs du présent arrêté on prend l'âge exact de la bénéficiaire au moment de la prise en cours de la pension, les mois entiers y étant compris et toute fraction de mois étant négligée. Lorsque l'âge ainsi déterminé ne représente pas un nombre entier d'années, on calculera le coefficient de réduction et le facteur de conversion par interpolation linéaire.

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

Vu les articles 243bis[1] et 243quater[2] du Code des assurances sociales;

Art. 1er. La limite prévue à l'article 247 alinéa 2 pour le placement des réserves à moyen et à long terme est portée à 1,7 fois le montant des prestations annuelles pour l'ensemble des caisses de pension. R. 30.4.90

Art. 2. Chaque caisse de pension à laquelle est attribué un excédent de recettes conformément à l'alinéa 2 de l'article 246 doit réserver une égale quote part de cet excédent pour des placements à effectuer auprès du secteur public, à des investissements économiques et à des prêts nantis d'hypothèques à des particuliers. R. 10.10.88

Si au cours d'un exercice le quota fixé ci-avant n'est pas atteint, le montant nécessaire pour parfaire ce quota est reporté à l'exercice subséquent.

Les fonds qui deviennent disponibles à la suite d'échéance de prêts ou d'amortissement de placements sont réaffectés au secteur de placement initial dans la limite des montants prévus à l'article 4.

Art. 3. Sont considérés comme placements au profit du secteur public, les investissements effectués par l'État, les communes, les établissements publics, les établissements internationaux ainsi que les investissements effectués pour le compte des institutions et organismes prémentionnés. Les placements au profit du secteur public sont soumis à l'avis du ministre des finances. R. 20.12.84

Peuvent encore être imputés après accord du ministre des finances sur le compte du secteur public les prêts consentis à des personnes de droit privé en vue de la construction d'équipements collectifs sociaux notamment hôpitaux, maisons de retraite.

Ne sont pas imputés sur le compte du secteur public les placements effectués par l'intermédiaire de la société nationale de crédit et d'investissement au profit du secteur économique.

Au début de chaque exercice ainsi qu'à l'appui des demandes d'avis et d'accord dont question aux alinéas 1 et 2 ci-dessus, le ministre de la sécurité sociale saisit le ministre des finances d'un état prévisionnel des disponibilités jusqu'à la fin de l'année en cours ainsi que d'un état de l'ensemble des engagements contractés ou prévus à charge de ces disponibilités.

---

1) *Il y a lieu de lire* « article 247 du Code des assurances sociales ».
2) *Il y a lieu de lire* « article 249 du Code des assurances sociales ».

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

Vu l'article 172 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Pour parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse prévue à l'article 184 du Code de la sécurité sociale et pour la pension minimum ainsi qu'aux fins de l'acquisition des majorations forfaitaires dans les pensions, les périodes prévues à l'article 172 du même Code se situant avant le 1er janvier 1988 ne sont prises en considération que dans la mesure nécessaire pour compléter, ensemble avec les périodes prévues aux articles 171, 173, 173bis et 174 douze mois par année civile. R. 13.11.02

Art. 2. Pour la détermination de la base de référence prévue à l'article 221 du Code de la sécurité sociale, les périodes prévues à l'article 172, 1) à 4) du même code, se situant avant le 1er janvier 1988, sont censées avoir été portées en compte simultanément avec des périodes prévues aux articles 171, 173 et 174 du même code dans la mesure où elles dépassent ensemble avec les périodes susvisées douze mois par année civile; dans ce cas l'année civile en question et les revenus cotisables afférents peuvent être négligés. R. 29.1.88

Art. 3. Si pour une même période l'assuré peut se prévaloir et du point 4) de l'article 172, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale et d'un ou de plusieurs autres points du même article, les périodes sont mises en compte uniquement au titre des périodes autres que celles prévues au point 4). R. 13.11.02

Art. 4. 1) Pour la mise en compte des périodes prévues à l'article 172, 4) du Code de la sécurité sociale il est présumé que la mère a élevé l'enfant. Le père de l'enfant peut rapporter la preuve contraire R. 29.1.88

a) si la garde de l'enfant lui a été confiée,

b) si la mère a exercé une occupation professionnelle alors que le père n'exerçait pas une telle occupation,

c) si le père habitait seul avec l'enfant,

d) si les deux conjoints exerçaient simultanément une activité professionnelle.

Dans les cas visés sous d) il est présumé que l'enfant a été élevé par le parent touchant le revenu professionnel le moins élevé, subsidiairement, par le conjoint le plus jeune.

La preuve ne peut être rapportée que jusqu'à l'échéance d'un risque assuré dans le chef d'un des conjoints.

2) L'appréciation de l'infirmité éventuelle de l'enfant se fait d'après les règles prévues à l'article 272 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.[1)]

Art. 5. 1) Sont prises en considération comme périodes d'études et de formation professionnelle au titre de l'article 172, 2) du Code de la sécurité sociale les périodes où l'intéressé

a) a suivi effectivement, sur place, au Grand-Duché ou à l'étranger, dans un établissement public ou privé d'enseignement secondaire, supérieur ou universitaire, des cours d'enseignement général ou professionnel,

b) a suivi des cours d'adultes du soir de l'enseignement secondaire ou technique,

c) a effectué un stage prévu par le programme d'études et prescrit en vue de l'obtention du diplôme clôturant lesdites études.

Sont assimilées aux études:

a) les périodes de vacances annuelles à l'inclusion de celles consécutives à l'année scolaire,

b) les interruptions d'études pour des raisons de santé,

c) à la fin des études, la période se situant entre la fin de l'année scolaire et le 31 octobre subséquent.

2) L'intéressé doit rapporter la preuve des périodes d'études et de formation, notamment moyennant des diplômes, des certificats d'études, des certificats d'apprentissage, pour la période se situant entre l'âge de dix-huit ans et la fin de ses études ou de sa formation professionnelle.

Art. 6. Les périodes prévues à l'article 172, 6) du Code de la sécurité sociale ne sont prises en compte que pour autant qu'elles se situent après l'âge de quatorze ans.

---

1) Ancien article 4 alinéa 5 de la loi modifiée du 19 juin 1985. Voir article 10 de la loi du 13.5.08.

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

Vu l'article 237 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre I - Procédure administrative

R. 2.9.88

Art. 1er. Le Contrôle médical de la sécurité sociale qui constate l'invalidité d'un assuré âgé de moins de cinquante ans, propose à la caisse de pension compétente de soumettre l'assuré à des mesures de réhabilitation et de reconversion appropriées.

Art. 2. Au cas où des mesures de réhabilitation ou de reconversion professionnelles sont proposées, la caisse de pension saisit l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés pour avis.

Art. 3. Sur base des propositions du Contrôle médical de la sécurité sociale, et le cas échéant, de l'avis de l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés, la caisse de pension arrête les mesures de réhabilitation et de reconversion dans les domaines médical, professionnel et social auxquelles l'intéressé doit se soumettre.

Les dispositions de l'article 254 du Code de la sécurité sociale[1)] sont applicables.

Chapitre II - Les mesures de réhabilitation

Art. 4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale surveille les mesures de réhabilitation médicale et sociale.

L'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés prête son concours technique au déroulement des mesures de réhabilitation et de reconversion professionnelles, le cas échéant, en collaboration avec le service de la formation professionnelle du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse ou de tout autre service ou institution appropriée.

Art. 5. Sur avis favorable du Contrôle médical ou de l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés, la caisse de pension peut accorder la prise en charge de moyens accessoires, dans la mesure où ces moyens sont nécessaires pour garantir le succès de la réhabilitation en vue d'une réintégration professionnelle.

Art. 6. La prise en charge des traitements, moyens curatifs et frais de transport se fait aux taux des tarifs applicables dans le cadre de l'Association d'assuranc accident.

Le remboursement des frais occasionnés par la réhabilitation ou la reconversion professionnelle se fait sur présentation à la caisse de pension d'une facture, que la caisse peut faire certifier par l'office des salariés handicapés.

Chapitre III - Participation du bénéficiaire

Art. 7. Au cas où la réhabilitation comporte la prise en charge de frais de logement, d'entretien ou de nourriture, la participation à ces prestations est effectuée conformément aux taux fixés en application de l'article 7, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

Sans préjudice des dispositions légales prévues pour les bénéficiaires ayant charge de famille, la pension ne peut pas être réduite à un niveau inférieur à un tiers du montant de référence prévu à l'article 222 du Code de la sécurité sociale.

Chapitre IV - Sanctions

Art. 8. Lorsque le bénéficiaire de pension se soustrait aux mesures de réhabilitation ou lorsque par son comportement fautif il en compromet les chances de succès, la caisse de pension notifie à l'intéressé un avertissement.

Au cas où l'intéressé refuse d'obtempérer à cet avertissement, la caisse de pension prononce le retrait partiel ou total de la pension d'invalidité.

Les dispositions de l'article 254 du Code de la sécurité sociale[1)] sont applicables.

---

1) Ancien article 261 alinéas 3 et 4 du Code des assurances sociales.

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

Vu l'article 185 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les coefficients actuariels de majoration de la pension de vieillesse différée après l'âge de soixante-cinq ans sont fixés comme suit: R. 4.12.91

Age	*coefficient*
65 ans 1 mois	1,007
65 ans 2 mois	1,014
65 ans 3 mois	1,021
65 ans 4 mois	1,028
65 ans 5 mois	1,035
65 ans 6 mois	1,042
65 ans 7 mois	1,049
65 ans 8 mois	1,056
65 ans 9 mois	1,063
65 ans 10 mois	1,070
65 ans 11 mois	1,077
66 ans	1,084
66 ans 1 mois	1,091
66 ans 2 mois	1,098
66 ans 3 mois	1,105
66 ans 4 mois	1,112
66 ans 5 mois	1,119
66 ans 6 mois	1,126
66 ans 7 mois	1,133
66 ans 8 mois	1,140
66 ans 9 mois	1,147
66 ans 10 mois	1,154
66 ans 11 mois	1,161
67 ans	1,168
67 ans 1 mois	1,177
67 ans 2 mois	1,186
67 ans 3 mois	1,195
67 ans 4 mois	1,204
67 ans 5 mois	1,213
67 ans 6 mois	1,222
67 ans 7 mois	1,231
67 ans 8 mois	1,240
67 ans 9 mois	1,249
67 ans 10 mois	1,258
67 ans 11 mois	1,267
68 ans	1,276

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

Vu l'article 232 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En cas d'octroi d'une pension d'invalidité temporaire, le recours porte sur le montant brut de la pension liquidée et s'effectue annuellement sur la base d'un décompte à établir par la caisse de pension. R. 18.11.92

Art. 2. En cas d'octroi d'une pension d'invalidité permanente, le recours porte sur la différence entre la valeur en capital de la pension d'invalidité et l'expectative à une pension d'invalidité et de vieillesse.

Est pris en compte au titre de la pension d'invalidité ou de vieillesse le montant brut de la pension d'invalidité liquidée pour le premier mois du début de la pension permanente ou, en cas de conversion d'une pension temporaire en une pension permanente, pour le premier mois suivant celui au cours duquel la constatation du Contrôle médical de la sécurité sociale est intervenue. R. 8.3.17

L'âge à prendre en compte est le nombre entier d'années correspondant à la date anniversaire la plus proche du mois visé à l'alinéa précédent. L'âge moyen pour l'octroi de la pension de vieillesse est fixé à soixante-deux ans. R. 18.11.92

La valeur en capital de la pension d'invalidité est déterminée sans prise en compte d'une réactivation éventuelle du bénéficiaire de pension. L'expectative à la pension d'invalidité et à la pension de vieillesse est calculée en tenant compte de la réactivation éventuelle du bénéficiaire de pension.

Au cas où le montant de l'expectative dépasse le montant de la valeur en capital, aucun recours n'est effectué.

Art. 3. En cas de décès d'un assuré non bénéficiaire d'une pension, le recours porte sur le montant brut des pensions de survie des personnes visées par l'article 232 du Code de la sécurité sociale liquidées au cours des trente-six mois postérieurs à la date du décès de l'assuré et s'effectue annuellement sur la base d'un décompte à établir par la caisse de pension. R. 8.3.17

En outre, il porte sur la différence entre la valeur en capital de ces mêmes pensions de survie liquidées pour le premier mois suivant cette période et l'expectative correspondante d'un assuré actif à des pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie. Les pensions sont calculées sur la base de la pension d'invalidité à laquelle l'assuré aurait eu droit au cours de ce mois. Les âges à prendre en considération sont déterminés pour le même mois. L'âge limite pour l'octroi de la pension d'orphelin est fixé à vingt ans. Les expectatives aux pensions de survie sont à calculer à l'aide de la méthode individuelle. Pour chaque survivant visé à l'article 232 du Code de la sécurité sociale, l'expectative à la pension d'invalidité, de vieillesse et de survie à déduire est calculée au prorata de la valeur en capital de sa pension de survie par rapport à l'ensemble des valeurs en capital de toutes les pensions de survie.

Au cas où le montant de l'expectative dépasse le montant de la valeur en capital, l'alinéa 2 n'est pas applicable. R. 18.11.92

Art. 4. En cas de décès d'un bénéficiaire de pension, aucun recours contre tiers responsable n'est effectué.

Art. 5. Le taux d'intérêt technique est fixé à quatre pour cent. Les données biométriques figurent en annexe et font partie intégrante du présent règlement.

ANNEXE

DONNEES BIOMETRIQUES DE BASE

x	$^{*}q_x^{aa}$	$^{*}i_x$	$^{*}r_x^{ia}$	q_x^{A}	$^{*}q_x^{i}$	$^{*}q_x^{w}$	$^{*}h_x^{w}$
17	0,0003699	0,0000775	0,6605418		0,0004582	0,0005973	0,0662055
18	0,0003732	0,0000987	0,5849757		0,0008904	0,0006427	0,0649112
19	0,0003765	0,0001307	0,5105584		0,0013226	0,0006881	0,0636169
20	0,0003798	0,0001718	0,4384385		0,0017549	0,0007336	0,0623226
21	0,0003832	0,0002205	0,3697648		0,0021871	0,0007790	0,0610283
22	0,0003865	0,0002753	0,3056858		0,0026193	0,0008244	0,0597339
23	0,0003898	0,0003347	0,2473504		0,0030515	0,0008698	0,0584396
24	0,0003931	0,0003972	0,1959072		0,0034837	0,0009152	0,0571453
25	0,0003964	0,0004612	0,1525050		0,0039159	0,0009606	0,0558510
26	0,0003998	0,0005254	0,1179096		0,0043481	0,0010060	0,0545567
27	0,0004031	0,0005896	0,0913551		0,0047803	0,0010514	0,0532624
28	0,0004064	0,0006538	0,0716928		0,0052126	0,0010968	0,0519681
29	0,0004097	0,0007181	0,0577741		0,0056448	0,0011422	0,0506738
30	0,0004130	0,0007823	0,0484502		0,0060770	0,0011876	0,0493795
31	0,0004164	0,0008465	0,0425725		0,0065092	0,0012330	0,0480852
32	0,0004201	0,0009108	0,0389921		0,0069414	0,0012797	0,0467908
33	0,0004256	0,0009750	0,0365605		0,0073736	0,0013321	0,0454965
34	0,0004343	0,0010401	0,0343222		0,0078058	0,0013950	0,0442022
35	0,0004478	0,0011106	0,0320956		0,0082380	0,0014732	0,0429079
36	0,0004677	0,0011920	0,0298922		0,0086703	0,0015717	0,0416136
37	0,0004953	0,0012895	0,0277237		0,0091025	0,0016952	0,0403193
38	0,0005322	0,0014087	0,0256018		0,0095347	0,0018487	0,0390250
39	0,0005800	0,0015549	0,0235380		0,0099669	0,0020369	0,0377307

40	0,0006401	0,0017335	0,0215439		0,0103991	0,0022649	0,0364364
41	0,0007140	0,0019499	0,0196313		0,0108313	0,0025373	0,0351421
42	0,0008033	0,0022100	0,0178112		0,0112635	0,0028590	0,0338478
43	0,0009094	0,0025207	0,0160933		0,0116958	0,0032350	0,0325534
44	0,0010339	0,0028898	0,0144866		0,0121280	0,0036700	0,0312591
45	0,0011783	0,0033246	0,0130003		0,0125602	0,0041689	0,0299648
46	0,0013429	0,0038328	0,0116435		0,0129924	0,0047339	0,0286719
47	0,0015263	0,0044219	0,0104252		0,0134246	0,0053635	0,0273838
48	0,0017272	0,0050993	0,0093546		0,0138568	0,0060557	0,0261039
49	0,0019438	0,0058726	0,0084408		0,0142890	0,0068084	0,0248359
50	0,0021749	0,0067459	0,0076880		0,0147212	0,0076199	0,0235834
51	0,0024187	0,0077097	0,0070802		0,0151535	0,0084880	0,0223498
52	0,0026739	0,0087511	0,0065969		0,0155857	0,0094108	0,0211389
53	0,0029389	0,0098571	0,0062173		0,0160179	0,0103864	0,0199540
54	0,0032122	0,0110148	0,0059207		0,0164501	0,0114128	0,0187989
55	0,0034923	0,0122113	0,0056862		0,0168823	0,0124881	0,0176770
56	0,0037777	0,0134337	0,0054933		0,0173145	0,0136103	0,0165919
57	0,0040668	0,0146690	0,0053210		0,0177467	0,0147773	0,0155472
58	0,0043583	0,0159064	0,0051522		0,0181790	0,0159874	0,0145464
59	0,0046510	0,0171439	0,0049835		0,0186116	0,0172392	0,0135930
60	0,0049575	0,0183813	0,0048147	0,0049575	0,0190538	0,0185495	0,0126877
61	0,0053037	0,0196188	0,0046459	0,0053037	0,0195238	0,0199528	0,0118281
62	0,0057157	0,0208652	0,0044771	0,0057157	0,0200400	0,0214845	0,0110121
63	0,0062201	0,0220937	0,0043083	0,0062201	0,0206210	0,0231798	0,0102373
64	0,0068433	0,0233311	0,0041395	0,0068433	0,0212852	0,0250741	0,0095013
65				0,0076116	0,0220512	0,0272028	0,0088019
66				0,0085514	0,0229375	0,0296011	0,0081368
67				0,0096890	0,0239625	0,0323043	0,0075037
68				0,0110510	0,0251448	0,0353479	0,0069001
69				0,0126636	0,0265028	0,0387671	0,0063239
70				0,0145533	0,0280551	0,0425972	0,0057728
71				0,0167464	0,0298202	0,0468736	0,0052443
72				0,0192693	0,0318165	0,0516316	0,0047362
73				0,0221480	0,0340655	0,0569030	0,0042464
74				0,0254023	0,0366226	0,0626770	0,0037748
75				0,0290484	0,0395651	0,0689161	0,0033227
76				0,0331025	0,0429708	0,0755820	0,0028914
77				0,0375806	0,0469174	0,0826365	0,0024824
78				0,0424988	0,0514826	0,0900413	0,0020968
79				0,0478733	0,0567441	0,0977582	0,0017360
80				0,0537201	0,0627797	0,1057491	0,0014013
81				0,0600553	0,0696669	0,1139756	0,0010941
82				0,0668951	0,0774836	0,1223996	0,0008157
83				0,0742554	0,0863075	0,1309828	0,0005674
84				0,0821526	0,0962163	0,1396871	0,0003506
85				0,0906025	0,1072876	0,1484742	0,0001664
86				0,0996214	0,1195993	0,1573059	0,0000164
87				0,1092443	0,1332262	0,1661812	0,0000000
88				0,1196330	0,1482256	0,1753473	0,0000000
89				0,1310006	0,1646473	0,1851523	0,0000000
90				0,1435606	0,1825409	0,1959447	0,0000000
91				0,1575264	0,2019563	0,2080730	0,0000000
92				0,1731113	0,2229432	0,2218857	0,0000000
93				0,1905289	0,2455515	0,2377314	0,0000000
94				0,2099925	0,2698309	0,2559585	0,0000000
95				0,2317155	0,2958312	0,2769156	0,0000000
96				0,2559113	0,3236021	0,3009510	0,0000000
97				0,2827934	0,3531935	0,3284135	0,0000000
98				0,3125752	0,3846551	0,3596513	0,0000000
99				0,3454700	0,4180366	0,3950131	0,0000000
100				0,3816913	0,4533879	0,4348473	0,0000000

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

Vu les articles 173, alinéa 3, 173bis, alinéa 2[1)], 174, alinéa 2 et 241 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 7 modifié de la loi du 27 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs;

Vu l'article IV sous 7) de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension;[2)]

Assurance continuée, complémentaire et facultative [3)]

Art. 1er. L'assuré qui abandonne ou réduit son activité professionnelle peut continuer ou compléter son assurance conformément à l'article 173 du Code de la sécurité sociale dans les conditions y prévues, en présentant une demande écrite à introduire auprès du Centre commun de la sécurité sociale. R. 25.6.09

Peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire, l'assuré qui justifie de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale pendant une période de trois années précédant la demande. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172, 1) à 5) ou à l'article 173 du Code de la sécurité sociale. R. 5.5.99

La demande pour l'assurance continuée vaut également comme demande au titre de l'assurance complémentaire et inversement.

Art. 2. Les personnes qui remplissent les conditions prévues à l'article 173bis du Code de la sécurité sociale peuvent s'assurer facultativement pendant les périodes de mariage, d'éducation d'un enfant mineur [4)] ou d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du même code [4)] en présentant une demande écrite à introduire auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 3. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative prend effet le premier jour du mois suivant celui de la demande. Cependant, en cas d'assurance continuée ou complémentaire, l'assuré peut demander qu'elle prenne effet au plus tôt le premier mois suivant celui de la perte de l'affiliation ou de la réduction de l'activité professionnelle. R. 13.3.13

Pour les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliées par l'État en vertu de l'article 173 bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'assurance facultative rétroagit au jour du début de l'occupation [5)]. R. 4.5.01

Art. 4. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative doit couvrir une période continue. R. 13.3.13

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum mensuel, ni supérieure au quintuple de ce salaire. Toutefois, l'assuré peut demander qu'elle soit réduite à un tiers du salaire social minimum mensuel pendant un total ne dépassant pas soixante mois d'assurance au cours de sa carrière d'assurance. Pour compter cette durée maximale, ne sont pas pris en considération les mois mis en compte au titre de l'assurance obligatoire conformément à l'article 175, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Compte tenu des dispositions prévisées, l'intéressé est libre de fixer l'assiette de cotisation, sans que cette dernière ne puisse dépasser:

- soit le plafond fixé à l'article 226 du Code de la sécurité sociale relevé, le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum mensuel;
- soit l'indemnité dont bénéficie l'assuré en sa qualité de membre de la chambre des députés;
- soit la rémunération réalisée par l'assuré au cours de l'année précédant l'année de cotisation auprès d'un organisme international officiel qui ne le fait pas bénéficier d'un régime statutaire prévoyant le paiement d'une pension périodique;

---

1) *Il y a lieu de lire « 173bis,alinéa3 ».*
2) *Il y a lieu de lire* « Vu la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ».
3) ***R. 13.3.13,2:***
Les assurances continuées ou facultatives en cours au 1er janvier 2013 et portant sur moins de douze mois par année civile restent régies par les anciennes dispositions réglementaires en vigueur jusqu'à cette date, à moins que l'assuré n'opte ultérieurement irrévocablement pour l'application des nouvelles dispositions réglementaires.
4) *Par L. 25.6.09, 2 les termes* « âgé de moins de quinze ans accomplis » *sont remplacés par le terme* « mineur » *et les termes* « aux articles 348 et suivants du même code » *sont remplacés par les termes* « aux articles 348 et 349 du même code ».
5) *Par L. 25.6.09, 4 les termes* « sans toutefois pouvoir rétroagir au-delà d'une année » *ont été supprimés.*

- soit le dernier traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, avant l'admission à l'assurance continuée ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, relevé, le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum de référence. En cas de congé pour travail à mi-temps ou de service à temps partiel, le traitement correspondant à une tâche complète est pris en compte;
- soit la différence entre, d'une part, le traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, pendant l'assurance complémentaire ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial et, d'autre part, le dernier traitement pensionnable payé avant l'admission à cette assurance déterminé conformément au dernier tiret qui précède;
- soit la rémunération de la personne occupée auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliée par l'État en vertu de l'article 173bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Dans la limite des plafonds visés ci-dessus, l'assuré peut en outre fixer l'assiette de cotisation à une, deux, trois, quatre ou cinq fois le salaire social minimum mensuel.

En cas d'assurance complémentaire ou facultative, l'assiette prévisée comprend l'assiette de l'assurance obligatoire.

L'option retenue au moment de la demande vaut pour les années civiles subséquentes, sauf adaptation à opérer au mois de janvier de chaque année.

Art. 5. Les cotisations calculées sur base de l'assiette prévue à l'article 4 ci-dessus sont réclamées par extraits de compte mensuels, sous réserve d'une régularisation éventuelle ultérieure.

Art. 6. Pour les assurés exerçant une activité pour leur propre compte, toute cotisation indûment payée au titre de l'assurance obligatoire peut être portée en compte comme cotisation de l'assurance continuée pour les périodes afférentes si l'assurance continuée est recevable pour ces périodes. R. 5.5.99

Art. 7. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative n'ouvre droit à des prestations que pour autant qu'elle soit valablement couverte de cotisations.

Les sommes qui auraient été acceptées contrairement aux dispositions légales ou réglementaires sont remboursées et n'entrent pas en ligne de compte pour la détermination des droits de l'assuré.

Art. 8. L'assurance est résiliée sur déclaration écrite de l'intéressé ou en cas de non-paiement des cotisations dans un délai de trois mois à partir de la mise en demeure notifiée par lettre recommandée dans les trois mois de l'extrait de compte. Elle est annulée avec effet rétroactif au premier jour du mois pour lequel la cotisation n'a pas été payée intégralement. R. 4.5.01

Achat rétroactif de périodes d'assurance

Art. 9. La demande en vue d'un achat rétroactif de périodes d'assurance visé à l'article 174 du Code de la sécurité sociale doit être présentée auprès de la Caisse nationale d'assurance pension. Cette caisse est chargée de l'instruction du dossier. R. 25.6.09

Art. 10. La période à couvrir rétroactivement ne peut ni se situer avant l'âge de dix-huit ans ni excéder: R. 5.5.99

1° les périodes de mariage, R. 4.5.01

2° les périodes d'éducation d'un enfant mineur, R. 5.5.99

3° les périodes d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente d'accident en vertu de l'article 97, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale ou d'une majoration du complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 conformément à l'article VIII de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, R. 25.6.09

4° les périodes d'affiliation à un régime de pension étranger ou à un régime de pension d'une organisation internationale, R. 4.5.01

5° les périodes ayant donné lieu à paiement de l'indemnité prévue par l'article 16 de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, tel qu'il a été abrogé par la loi du 25 juillet 1985, ainsi que par les dispositions afférentes de la législation régissant les autres régimes transitoires spéciaux,

6° les périodes d'occupation auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger si situant avant le 1er septembre 2000 au sens de l'article 35 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

La caisse de pension peut demander à l'intéressé de fournir les pièces justificatives au sujet des périodes ci-dessus. R. 5.5.99

Les périodes visées sous 1) à 3) peuvent se superposer à des périodes d'assurance obligatoire, mais les mois d'assurance afférents ne sont mis en compte qu'une seule fois conformément à R. 4.5.01

l'article 175 du Code de la sécurité sociale. La même solution s'applique au regard des périodes accomplies dans un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Art. 11. Pour un mois d'assurance à couvrir rétroactivement pendant une période visée à l'alinéa 1, sous 1) à 3) et sous 5) de l'article 10, il est mis en compte, à la demande de l'intéressé, un revenu correspondant, soit au minimum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant ces périodes, soit à des multiples de 1,5, de 2,0 et de 2,5 de ce minimum. En aucun cas, les revenus portés en compte au titre de l'assurance obligatoire, continuée et facultative et de l'achat rétroactif ne peuvent dépasser le maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question. Pour l'application de la phrase qui précède, il est également tenu compte des rémunérations du chef d'une période computable sous un régime de pension transitoire spécial au sens de l'article 1er de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension se situant au cours de la période à couvrir rétroactivement. R. 4.12.19

Pour les périodes visées à l'alinéa 1, sous 4) de l'article qui précède, l'intéressé est libre de fixer le revenu à mettre en compte dans sa carrière d'assurance dans la limite du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question. R. 5.5.99

Toutefois, si le forfait de rachat ou l'équivalent actuariel est transféré par l'organisme étranger ou international directement à la Caisse nationale d'assurance pension, le montant est converti en revenus cotisables. Dans la mesure où le montant transféré est insuffisant par rapport au montant de l'achat détermniné compte tenu des limites prévues à l'alinéa qui précède et des dispositions de l'article 12, l'intéressé devra le compléter à ses frais. Si le montant transféré dépasse la valeur maximale de l'achat, l'exédent est versé à l'intéressé. R. 25.6.09

Pour les périodes visées à l'alinéa 1, sous 6) de l'article qui précède, l'État est libre de fixer le revenu à mettre en compte dans sa carrière d'assurance dans la limite du minimum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question et du double de ce minimum. R. 4.5.01

Art. 12. Le montant à verser pour la couverture rétroactive des périodes d'assurance est calculé [1] sur base des revenus visés à l'article qui précède à l'aide du taux de cotisation global applicable au moment de la réception de la demande. R. 5.5.99

Toutefois, si la période visée à l'article 10, alinéa 1, point 4) comprend des périodes ayant fait l'objet, antérieurement, d'un transfert sur la base de l'article 213bis du Code de la sécurité sociale ou de l'article 36 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des 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, les cotisations pour la période en cause correspondent au montant initialement transféré et le revenu à mettre en compte dans la carrière d'assurance correspond à celui effectivement réalisé. R. 25.6.09

Le montant nominal des cotisations ainsi calculées est augmenté des intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an. Les intérêts courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle à couvrir rétroactivement jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la réception de la demande. R. 5.5.99

La charge du montant des [2] cotisations est répartie entre l'intéressé et l'État conformément aux articles 239 et 240, troisième tiret du Code de la sécurité sociale.

Art. 13. La caisse de pension fixe le montant des [3] cotisations à régler, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Toutefois, à la demande de l'assuré avant l'expiration du délai prévu à l'alinéa qui précède, la caisse de pension accorde un paiement par annuités dont le nombre ne peut pas dépasser cinq. Ces annuités, majorées d'intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an, sont à payer, sous peine de déchéance, dans le délai de dix jours à partir des échéances fixées.

Aucun versement ne peut être accepté en cas d'invalidité, de décès ou en cas de déchéance conformément aux alinéas qui précèdent. Toutefois, les droits attachés aux paiements déjà effectués restent acquis à l'intéressé en étant imputés en priorité sur les mois entiers les plus anciens; le solde éventuel reste acquis à la caisse. R. 4.5.01

Art. 14. En cas de litige relatif à l'achat de périodes d'assurance, la décision susceptible de recours conformément à l'article 433 du Code de la sécurité sociale [4] est prise par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension et communiquée au demandeur par lettre recommandée. R. 25.6.09

---

1) Par L. 25.6.09,8 les termes « constitué par un rappel de cotisations calculées » *sont remplacés par le terme* « calculé ».

2) Par L. 25.6.09,10 les termes « du rappel de » *sont remplacés par le terme* « des ».

3) Par L. 25.609,11 les termes « du rappel » *ont été supprimés.*

4) Ancien article 388 du Code des assurances sociales.

Restitution de cotisations remboursées

Art. 15. Les personnes visées à l'alinéa 2 de l'article 7 de la loi du 27 juillet 1978 portant modification des dispositions concernant les droits à pension de la femme divorcée dans les régimes de pension contributifs, tel qu'il a été modifié par l'article XV de la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, et par l'article X de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension et la modification de différentes dispositions en matière de sécurité sociale et par l'article 33 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, ainsi que les personnes visées à l'article IV sous 7) de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension et l'article 32 de la loi précitée du 28 juillet 2000, peuvent restituer à la Caisse nationale d'assurance pension[1)] le montant des cotisations remboursées, revalorisées compte tenu d'intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an. R. 4.5.01

Les intérêts composés courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle du remboursement des cotisations jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la restitution des cotisations. R. 5.5.99

Le montant ainsi déterminé doit être réglé, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision émise par la Caisse nationale d'assurance pension. R. 25.6.09

Dispositions abrogatoires et transitoires

Art. 16. Le règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 déterminant les conditions et modalités de l'assurance pension continuée, le règlement grand-ducal du 20 décembre 1991 concernant l'achat rétroactif de périodes d'assurance dans le régime de pension contributif ainsi que le règlement grand-ducal du 29 janvier 1988 fixant les modalités et les conditions suivant lesquelles les assures ayant bénéficié d'un remboursement de cotisations en matière d'assurance pension peuvent restituer les cotisations remboursées sont abrogés.

Les assurés qui ont acheté, sous l'empire du règlement grand-ducal du 20 décembre 1991, des périodes d'assurance ont droit, sur demande, au remboursement de la différence entre le montant calculé sur base du taux d'intérêt mis en compte lors de l'achat et le montant calculé au taux de quatre pour cent. Il en est de même des personnes qui ont restitué des cotisations remboursées.

Art. 17. Les articles 1er à 8 du présent règlement s'appliquent à partir de l'exercice 1999 également aux assurances continuées ou complémentaires en cours. Les articles 9 à 14 ne s'appliquent qu'aux achats rétroactifs de périodes d'assurance demandés après leur entrée en vigueur.[2)] L'article 15 ne s'applique qu'aux restitutions de cotisations demandées après son entrée en vigueur.[1)]

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

Vu l'article 266 du Code de la sécurité sociale[3)];

Art. 1er. Le Fonds de compensation est autorisé à investir dans les limites suivantes, exprimées en pourcentage du montant de la réserve de compensation gérée par lui au 31 décembre de l'exercice antérieur: R. 22.7.09

a) le montant investi à travers les OPC fonctionnant sous le régime de l'article 266 du Code de la sécurité sociale dans les compartiments des obligations ne doit pas dépasser, ensemble avec les prêts et autres placements en obligations ou titres de créances investis directement par le Fonds de compensation, soixante pour cent;

b) le montant investi à travers ces mêmes OPC dans les compartiments des actions et des investissements alternatifs ne doit pas dépasser, ensemble avec les actions et titres de participation investis directement par le Fonds de compensation, cinquante pour cent;

c) le montant investi à travers ces mêmes OPC dans les compartiments des biens immobiliers ne doit pas dépasser, ensemble avec le patrimoine immobilier détenu directement par le Fonds de compensation, quinze pour cent.

---

1) Par L. 25.6.09,13 les termes « caisse de pension compétente » sont remplacés par les termes « Caisse nationale d'assurance pension ».

2) 14.5.99.

3) Ancien article 263-9 du Code des assurances sociales.

Art. 2. Le solde de la réserve peut être investi dans les compartiments monétaires de ces mêmes OPC ou directement par le Fonds de compensation dans des placements à court terme en euros.

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

Vu l'article 220 du Code de la sécurité sociale;

Art.1er. Les facteurs de revalorisation applicables aux salaires, traitements ou revenus des années se situant jusqu'au 31 décembre 2011 sont fixés comme suit: R. 26.12.12

Année	Coefficients
1950	0,370
1951	0,385
1952	0,407
1953	0,400
1954	0,397
1955	0,413
1956	0,439
1957	0,450
1958	0,446
1959	0,461
1960	0,488
1961	0,510
1962	0,521
1963	0,538
1964	0,552
1965	0,581
1966	0,599
1967	0,613
1968	0,654
1969	0,676
1970	0,719
1971	0,746
1972	0,775
1973	0,806
1974	0,901
1975	0,901
1976	0,909
1977	0,926
1978	0,943
1979	0,962
1980	0,971
1981	0,980
1982	1,000
1983	0,990
1984	1,000
1985	1,010
1986	1,033
1987	1,044
1988	1,057
1989	1,088
1990	1,103
1991	1,129
1992	1,140
1993	1,164
1994	1,183
1995	1,202
1996	1,211
1997	1,218
1998	1,233
1999	1,255
2000	1,277
2001	1,299
2002	1,316
2003	1,325
2004	1,337
2005	1,350

2006	1,368
2007	1,377
2008	1,391
2009	1,403
2010	1,418
2011	1,424

Art. 2. Le règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 3. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1er janvier 2013.

Règlement grand-ducal du 11 septembre 2018 relatif au calcul du montant de référence et aux modalités de versement et de restitution des montants visés à l'article 252 du Code civil.

Vu l'article 252, paragraphe 7, du Code civil

Art. 1er. Calcul du montant de référence

Le montant de référence visé à l'article 252 du Code civil représente la moitié de la différence des revenus professionnels nominaux annuels cumulés, y inclus les revenus de remplacement et les revenus à la base de cotisations effectuées au titre des articles 173, 173bis et 174 du Code de la Sécurité sociale et des articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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, de chacun des deux conjoints au cours de la période du mariage pendant laquelle l'abandon ou la réduction de l'activité professionnelle par la personne attributaire a eu lieu, mis en compte dans les limites du maximum cotisable visé à l'article 241 du Code de la Sécurité sociale, augmentés des intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an et multipliés par la fraction du taux de cotisation global en vertu de l'article 238 du Code de la Sécurité sociale applicable au moment de la détermination du montant de référence qui n'est pas à charge de l'État en vertu de l'article 239 du Code de la Sécurité sociale. Les intérêts courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle à couvrir rétroactivement jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la détermination du montant de référence. Le montant de référence ne peut pas dépasser, ensemble avec les revenus pris en compte pour le conjoint ayant abandonné ou réduit son activité, les limites en vigueur dans le cadre de l'achat rétroactif en vertu de l'article 174 du Code de la Sécurité sociale.

Art. 2. Modalités de versement et de restitution

(1) La Caisse nationale d'assurance pension émet, dans un délai de quinze jours, un certificat pour toute somme reçue en vertu de l'article 252 du Code civil. Elle détermine le montant des cotisations nécessaires de manière à ce qu'une fraction maximale du montant versé entre en ligne de compte. Tout montant restant est à restituer à parts égales aux deux conjoints.

(2) Le versement à la Caisse nationale d'assurance pension des montants visés à l'article 252, paragraphes 2 et 3 du Code civil n'a lieu que si le montant total versé, ensemble avec l'intervention de l'État conformément à l'article 239 du Code de la Sécurité sociale, correspond au moins à la cotisation minimum mensuelle en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension.

(3) Le conjoint qui a abandonné ou réduit son activité fournit à l'autre conjoint, endéans un délai de quinze jours suivant la date fixée au paragraphe 1 er, le certificat y visé, établissant le versement à la Caisse nationale d'assurance pension du montant à sa charge en vertu de l'article 252, paragraphe 3, du Code civil ainsi que, le cas échéant, du montant reçu du conjoint débiteur en vertu de l'article 252, paragraphe 2, du Code civil.

(4) À défaut, après mise en demeure de fournir le certificat, l'autre conjoint peut saisir le tribunal par voie de requête conformément à l'article 1007-3 du Nouveau Code de procédure civile d'une demande en restitution des montants versés par lui, dirigée contre le conjoint qui a abandonné ou réduit son activité ou la Caisse nationale d'assurance pension, en présence du conjoint qui a abandonné ou réduit son activité, selon le cas.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225*bis*, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2020.

Vu l'article 225*bis*, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er.

La prime de répartition pure est fixée à 22,05 pour cent pour l'année 2020.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2020.

Vu l'article 220 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er.

Le facteur de revalorisation applicable aux salaires, traitements ou revenus cotisables de l'année 2020 est fixé à 1,520.

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

Première adoption des statuts par arrêté ministériel du 23 mars 2010 et établis par le comité directeur du Fonds le 25 février 2010.

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances selon les besoins du service, en principe une fois par mois. Le président peut convoquer le conseil d'administration en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux des membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour. A. 23.3.10

Pour toutes les séances qui n'ont pas lieu à des dates déterminées, fixées une fois pour toutes par le conseil d'administration, le président doit convoquer les membres par écrit à sept jours. En cas d'urgence le conseil d'administration peut être convoqué par tous les moyens et sans délai.

La convocation portant indication sommaire de l'ordre du jour est adressée aux membres par la voie postale ou par courrier électronique.

Le membre effectif du conseil d'administration qui est empêché d'assister à la réunion en avisera aussitôt que possible le président qui convoquera son suppléant. Dans cette hypothèse, le délai précisé à l'alinéa 1er ne doit pas être observé.

Le conseil d'administration délibère valablement si la majorité de ses membres est présente et si chaque groupe visé à l'article 262, alinéa 1er, sous les chiffres 1), 2) et 3) du Code de la sécurité sociale est représenté par au moins un membre.

Art. 2. Le conseil d'administration ne peut procéder à une modification des statuts que si au moins trois des délégués ou représentants respectivement visés sous les points 1), 2) et 3) de l'article 262, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale sont présents à la réunion et si les trois quarts au moins des suffrages valablement exprimés, les abstentions n'étant pas prises en considération, sont favorables à la proposition.

Si une première réunion ne peut délibérer valablement, la modification des statuts peut être décrétée valablement dans une seconde réunion du conseil d'administration qui délibérera valablement quel que soit le nombre des membres présents, si les trois quarts au moins des suffrages valablement exprimés, les abstentions n'étant pas prises en considération, sont favorables à la proposition et si les convocations ont rendu attentif à la validité du vote intervenu dans ces conditions. Cette seconde réunion est à convoquer dans les trois jours dans le respect des délais prévus à l'article 1er, alinéa 2.

Art. 3. Des fonctionnaires ou agents peuvent être chargés de faire le rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Le président ou son remplaçant ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une réunion extraordinaire.

Le procès-verbal est soumis pour approbation au conseil d'administration subséquent qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Art. 4. Les membres du conseil d'administration délégués par les salariés et par les employeurs désignent respectivement leur délégué au comité d'investissement.

Le comité d'investissement est convoqué et présidé par le président du Fonds de compensation ou par son délégué.

L'article 1er, alinéas 2 et 3 ainsi que l'article 3 sont applicables par analogie.

Art. 5. Les membres externes du comité d'investissement sont désignés, à la majorité des trois quarts des voix, par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier. La durée de leur mandat coïncide en principe avec celui du conseil d'administration en place.

Ils peuvent être révoqués par le conseil d'administration sous la même condition de majorité.

Les membres révoqués ou ayant démissionné sont remplacés conformément à l'alinéa 1er. Ils terminent le mandat des experts remplacés.

Art. 6. L'indemnité annuelle revenant aux membres externes du comité d'investissement est fixée à vingt mille euros payable semestriellement et proportionnellement à leurs participations aux différentes réunions.

Les autres membres du comité d'investissement touchent par réunion une indemnité correspondant au triple du montant de celle revenant aux membres pour une participation à une réunion du conseil d'administration.

Art. 7. Pour chaque commission instituée sur base de l'article 263, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, le conseil d'administration définit la composition et les compétences.

L'article 1er, alinéas 2 et 3 ainsi que l'article 3 sont applicables par analogie.

Art. 8. Le conseil d'administration peut préciser les règles déontologiques de comportement auxquelles sont soumis les organes, le personnel ainsi que les collaborateurs du Fonds, quel que soit leur statut.

Art. 9. Les délibérations des organes du Fonds ainsi que les documents y afférents, sont confidentiels. Les membres, ainsi que les personnes qui assistent le Fonds, sont tenus à une obligation de réserve et ne peuvent exploiter ni pour leur compte propre ni pour le compte d'autrui les éventuelles informations privilégiées qui pourraient être portées à leur connaissance, notamment celles qui, précises et non publiques, sont susceptibles d'avoir une influence sur le cours d'un instrument financier. Dans ce contexte les dispositions légales concernant les opérations d'initiés ou encore les abus de marché sont susceptibles de s'appliquer.

Art. 10. Chacun des membres du conseil d'administration et du comité d'investissement doit, lors de sa prise de fonction, déclarer au président du Fonds qui tient ces informations à la disposition des autres membres du conseil d'administration, la liste des fonctions qu'il exerce ou vient à exercer ainsi que tout mandat qu'il détient ou vient à détenir dans un domaine ou au sein d'une personne morale pouvant intéresser l'activité du Fonds de compensation.

Toute modification en la matière doit être déclarée sans délais et donne lieu à une mise à jour immédiate de la liste.

Art. 11. Pour la mise en œuvre de la gestion financière du Fonds, aucun membre du conseil d'administration ni du comité d'investissement ne peut délibérer dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat a un intérêt. Lorsqu'un membre estime qu'un point de l'ordre du jour est susceptible de générer un conflit d'intérêt dans son chef, il en avertit avant tout débat le président du Fonds. Mention en sera faite au procès-verbal.

Dans la mesure où, en vertu des dispositions ci-dessus, des membres ne sont pas admis à participer à une délibération, ceux-ci ne comptent pour la détermination ni du quorum ni de la majorité visés aux articles 1er, 2 et 4.

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

Règlement d'ordre intérieur approuvé par arrêté ministériel du 16 mars 2011.

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions, en principe une fois par mois. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire en cas de demande écrite émanant de deux membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour. Cette séance doit se tenir dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande. A. 16.3.11

Pour toutes les séances qui n'ont pas lieu à des dates déterminées, fixées une fois pour toutes par le conseil d'administration, le président doit convoquer les membres par écrit à sept jours.

Art. 2. La convocation portant indication sommaire de l'ordre du jour est adressée aux membres sept jours avant la réunion. Elle s'effectue par voie postale ou par courrier électronique.

Le membre effectif qui est empêché d'assister à la réunion en avisera aussitôt que possible le président qui convoquera son suppléant.

En cas d'empêchement, le membre effectif, non remplacé par un suppléant, ou le membre suppléant convoqué selon les modalités de l'alinéa 2, peut donner mandat à un autre membre pour voter en son nom.

En cas de présence simultanée du membre suppléant et du membre mandaté, seul le membre suppléant est autorisé à exercer le droit de vote.

Lorsqu'un membre dispose de plusieurs mandats émanant de différents membres effectifs ou suppléants, il ne pourra exercer le droit de vote que pour celui des membres qui lui a établi la procuration en premier.

Art. 3. Le conseil d'administration délibère valablement si le président, ou son remplaçant, et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 252, alinéa 1er, sous 1) du Code de la sécurité sociale et au moins un représentant du groupe des délégués visés à l'article 252, alinéa 1er, sous 2) à 6) du Code de la sécurité sociale sont présents.

Des fonctionnaires ou agents de la caisse peuvent assister aux réunions du conseil d'administration et être chargés de faire des rapports, de fournir des renseignements et de remplir la fonction de secrétaire.

Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations. Il a le droit de retirer la parole à tous ceux qui ne se conforment pas aux mesures qu'il prend pour maintenir l'ordre et la tranquillité, et même de les expulser du local où se tient la réunion.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour, conformément à l'article 2, ne peuvent donner lieu à une décision que s'il n'y a pas d'opposition contre la mise en discussion.

Art. 4. Si une prise de décision s'avère nécessaire entre deux séances du conseil d'administration, le président peut soumettre par écrit aux membres effectifs une proposition afférente. La décision est acquise selon les règles de majorité définies à l'alinéa 4 de l'article 252 du Code de la sécurité sociale sur base des réponses retournées endéans un délai de sept jours suivant la saisine et à condition qu'aucun membre n'ait demandé dans le même délai le report de la décision à l'ordre du jour de la prochaine séance. Il en est dressé procès-verbal.

Art. 5. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes présentes et représentées. Le président arrête le relevé des décisions, y compris celles prises en vertu de l'article 4, et le transmet immédiatement à l'autorité de surveillance.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au conseil d'administration.

LIVRE IV
PRESTATIONS FAMILIALES ET INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Règlement ministériel du 26 février 1986 ayant pour objet de déterminer les frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales[1)]

Vu l'article 408 du Code de la sécurité sociale [2)];

Vu le règlement grand-ducal du 20 juin 1979 organisant les relations du Contrôle médical avec les caisses de maladie, les caisses de pension, l'Association d'assurance accident et avec d'autres institutions ou services de sécurité sociale ou à caractère social;

Art. 1er. Les frais de route et de séjour des personnes que la Caisse pour l'avenir des enfants fait examiner et réexaminer en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 272 du Code de la sécurité sociale [3)] sont à charge de la Caisse pour l'avenir des enfants, dénommée par la suite «la caisse», et font partie des frais d'administration prévus à l'article 408 du Code de la sécurité sociale [3)] précitée. R. 26.2.86

Les sommes à liquider à ce titre sont fixées suivant les conditions et d'après les modalités ci-après déterminées.

Art. 2. La personne qui doit quitter la commune où elle réside pour répondre à la convocation du médecin conseil de la caisse, a droit au remboursement du prix effectif du billet de voyage aller et retour par la voie la plus économique, du point de départ le plus près de sa résidence au point d'arrivée le plus convenable situé dans la commune où elle a été convoquée.

Aux frais de transport s'ajoute, s'il y a lieu, une indemnité de repas ne pouvant pas dépasser quatre-vingt dix-neuf cents (0,99 €) au nombre indice cent du coût de la vie rattaché à la base de 1948.

Art. 3. La personne qui est reconnue médicalement comme étant dans l'impossibilité de se déplacer autrement qu'en voiture, bénéficie, lorsqu'elle est transportée par la voiture des parents, d'une indemnité kilométrique de vingt cents (0,20 €) par km parcouru et lorsqu'elle a été transportée en taxi, du remboursement, sur présentation d'une pièce justificative, de ses dépenses réelles et nécessaires.

Art. 4. Lorsqu'il s'agit d'une personne reconnue médicalement comme ne pouvant voyager seule, le tiers qui l'accompagne a droit, pour autant que ces frais ont été réellement exposés et que l'intéressé n'a pas utilisé sa voiture privée, dans les mêmes conditions, au remboursement de ses frais de transport et à l'indemnité de repas visés à l'article 2 ci-dessus.

Art. 5. La demande de remboursement des frais de transport et de repas doit obligatoirement être certifiée sincère et véritable.

Règlement grand-ducal du 10 mai 1999 définissant les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales [4)]

Vu l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales [4)];

Art. 1er. Sont définies comme maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle au sens de l'article 15, alinéa 2 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales: R. 10.5.99

- les affections cancéreuses en phase évolutive;
- les pathologies entraînant une hospitalisation en secteur aigu d'une durée dépassant deux semaines consécutives;
- la mise en quarantaine d'un enfant, décidée par le médecin de la Direction de la santé conformément à l'article 10 de la loi du modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé en vue de limiter la propagation d'une épidémie; R.12.3.20

---

1) Il y a lieu de lire « article 272 du Code de la sécurité sociale *».*

2) Ancien article 12 de la loi modifiée du 19 juin 1985. Voir article 10 de la loi du 13.5.08.

3) Ancien article 4 de la loi modifiée du 19 juin 1985. Voir article 10 de la loi du 13.5.08.

4) Il y a lieu de lire « article L. 234-52 alinéa 2 du Code du travail ».

- les mesures d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile d'enfants pour des raisons impérieuses de santé publique décidées ou recommandées [1) 2)] par les autorités compétents pour faire face à la propagation d'une épidémie. R.18.3.20

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

Vu les articles 274, 277 (1), 279 (4), 281, 315 (7) [3)] et 321 (3) du Code de la sécurité sociale;

Détermination des frais de route et de séjour des personnes dont les enfants sont examinés en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 274 du Code de la sécurité sociale

Art. 1er. (1) Les frais de route et de séjour des personnes que la Caisse pour l'avenir des enfants fait examiner et réexaminer en vue de l'octroi de l'allocation spéciale supplémentaire sont à charge de la Caisse pour l'avenir des enfants, dénommée par la suite «la caisse». R. 27.7.16

(2) Aux frais de transport s'ajoute, s'il y a lieu, une indemnité de repas ne pouvant pas dépasser 10 euros.

(3) La personne qui doit quitter la commune où elle réside pour répondre à la convocation du médecin conseil de la caisse, a droit au remboursement du prix effectif du billet de voyage aller et retour par la voie la plus économique, du point de départ le plus près de sa résidence au point d'arrivée le plus convenable situé dans la commune où elle a été convoquée.

(4) La personne qui est reconnue médicalement comme étant dans l'impossibilité de se déplacer autrement qu'en voiture, bénéficie, lorsqu'elle est transportée par la voiture des parents, d'une indemnité kilométrique de 0,20 euros par km parcouru et lorsqu'elle a été transportée en taxi, du remboursement, sur présentation d'une pièce justificative, de ses dépenses réelles et nécessaires.

(5) Lorsqu'il s'agit d'une personne reconnue médicalement comme ne pouvant voyager seule, le tiers qui l'accompagne a droit, pour autant que ces frais ont été réellement exposés et que l'intéressé n'a pas utilisé sa voiture privée, dans les mêmes conditions, au remboursement de ses frais de transport et à l'indemnité de repas visés a aux alinéas précédents.

(6) La demande de remboursement des frais de transport et de repas doit obligatoirement être certifiée sincère et véritable.

Modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité

Art. 2. (1) Le premier des cinq examens auxquels la femme enceinte se soumet pendant sa grossesse doit être effectué avant la fin du troisième mois de la grossesse.

Cet examen médical a pour but d'établir:

- l'âge de la grossesse, repérant la date des dernières règles et le jour probable du terme, quarante semaines plus tard;
- le poids et la taille de la femme enceinte;
- le dosage du fer sérique et de la glycémie; le bilan cytochimique des urines;
- les antécédents médicaux (constatation d'une cardiopathie, d'une hypertension artérielle), familiaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétriques;
- le profil socio-biologique de la future mère, éventuellement complété par une visite ou enquête de l'assistante d'hygiène sociale ou de l'assistante sociale.

Le médecin procède en outre aux analyses nécessaires en vue de la détection des anticorps anti-HBS.

A la fin de l'examen le médecin remet son carnet de maternité à la future mère.

(2) En cas de nécessité, le médecin peut ordonner la recherche des anticorps antitoxoplasmiques et, le cas échéant, un examen radiologique pulmonaire radiographique ou radiophotographique, à l'exclusion de tout examen radioscopique.

---

*1) Par **R.29.9.20, 1er** les termes « ou recommandées » sont insérés après le terme « décidées ».*

2) Entrée en vigueur: 25.9.2020

3) Il y a lieu de lire article 316 alinéa 4.

La répétition de l'examen sérologique en vue de la recherche de la syphilis est recommandée, à moins que cet examen ait été pratiqué dans les six mois précédents.

(3) Le deuxième examen a lieu au plus tard dans la deuxième quinzaine du quatrième mois et porte sur:

- l'état de santé général, le bien-être physique et psychique;
- la révision des états pathologiques ou des risques éventuellement décelés au premier examen;
- la croissance utérine et foetale;
- le dépistage de l'existence possible de complications obstétricales (hémorragies vaginales).

(4) Le troisième examen a lieu au cours du sixième mois. Il porte sur:

- l'état de santé général, le bien-être physique et psychique;
- la révision des états pathologiques ou des risques éventuellement décelés au premier examen;
- la croissance utérine et fœtale (grossesse gémellaire, malnutrition fœtale, etc.);
- le dépistage de l'existence possible de complications obstétricales (hémorragies vaginales, pré-éclampsie);
- le dosage du fer sérique et de la glycémie; le bilan cytochimique des urines;
- le dépistage de signes biologiques ou cliniques de menace d'accouchement prématuré;
- la présence d'une éventuelle infection générale ou localisée;
- le dépistage d'une disproportion foeto-pelvienne.

(5) Le quatrième examen prénatal se situe dans les quinze premiers jours du huitième mois de grossesse. En dehors des objectifs définis pour les examens précédents, il est plus particulièrement orienté vers le dépistage de la toxémie gravidique et la recherche des causes possibles de dystocie.

(6) Le dernier examen prénatal a lieu dans les quinze premiers jours du neuvième mois de grossesse et comporte également le dépistage de la toxémie gravidique et la recherche des causes possibles de dystocie et d'anomalies de présentation. Il est en outre plus particulièrement orienté vers la prévention des morts foetales tardives.

(7) Au cours de chacun des examens médicaux, la prise de poids et celle de la tension artérielle ainsi que la recherche de l'albumine et du glucose doivent être obligatoirement effectuées.

(8) Au cours de ces examens il est recommandé au médecin de mettre la future mère au courant de l'histoire naturelle de la grossesse, tant sur le plan physique que psychologique, et d'attirer son attention sur le danger que présentent pour le foetus la consommation de cigarettes et de boissons alcoolisées, la prise incontrôlée de médicaments, l'exposition aux différents agents physiques.

(9) Le médecin lui rappelle les règles d'hygiène de la gestation, en particulier l'importance d'une alimentation complète et bien équilibrée.

(10) L'examen dentaire a lieu dès que la femme enceinte est au courant de son état et au plus tard avant la fin du cinquième mois.

(11) La prévention des incompatibilités sanguines foeto-maternelles par l'utilisation des gammaglobulines anti-D doit être obligatoirement effectuée le plus tôt possible chez toute femme Rh négative et qui vient de mettre au monde un enfant Rh positif.

(12) L'examen postnatal de la mère a lieu dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement. Il permet de vérifier si l'état de santé de la mère a été modifié par la grossesse et comporte à cet effet un examen clinique général et un examen gynécologique.

(13) Si de l'avis du médecin-examinateur la femme enceinte nécessite, en raison de son état de santé ou de sa situation, une protection particulière, il en avise le médecin-inspecteur de la circonscription, qui peut charger une assistante d'hygiène sociale ou une assistante sociale de visiter la femme à domicile. L'assistante conseille la femme enceinte sur les mesures et les précautions particulières à prendre et en fait rapport au médecin-examinateur et au médecin-inspecteur.

(14) Le médecin-examinateur consigne les résultats de l'examen auquel il a procédé dans le carnet de maternité dont toute femme enceinte est pourvue. Ce carnet est délivré à la future mère lors du premier examen médical. A cet effet le ministre ayant la Santé dans ses attributions met des carnets de maternité à la disposition des médecins.

Le carnet de maternité a le format DIN A5. Il comporte en chacune des langues française, allemande, anglaise, italienne, espagnole et portugaise des conseils à l'intention de la femme enceinte. Le carnet rappelle pour chacun des cinq examens médicaux ainsi que pour l'examen dentaire et pour l'examen postnatal les investigations auxquelles le médecin-examinateur doit procéder. Le médecin transcrit ses observations aux endroits prévus à cet effet. Il peut en outre y annoter ses observations supplémentaires ainsi que ses recommandations.

(15) La périodicité des examens prescrits n'est pas une condition d'attribution de l'allocation prénatale et de l'allocation de naissance proprement dite.

Modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement

Art. 3. (1) Tout enfant doit être soumis par celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde, à deux examens périnatals et à quatre examens médicaux subséquents jusqu'à l'âge de deux ans.

Ces examens, en vue desquels les médecins-examinateurs recevront un carnet d'instructions du ministère ayant la Santé dans ses attributions, constituent des bilans de santé.

(2) Les examens périnatals sont effectués dans la maternité où l'enfant est né ou dans un service hospitalier de pédiatrie dans lequel l'enfant a été transféré. Les quatre examens subséquents sont effectués soit dans un service hospitalier de pédiatrie, soit dans un centre médico-social spécialement équipé à cet effet, soit dans un cabinet médical; cependant le premier de ces quatre examens peut aussi être effectué dans la maternité où l'enfant est né.

Il est procédé à un test audiométrique par les soins du Service audiophonologique de la Direction de la Santé, soit dans la maternité où l'enfant est né, soit dans les locaux du prédit service.

(3) Les examens périnatals ont lieu le premier dans les quarante-huit heures qui suivent la naissance, le second à la sortie de la maternité, ou, dans le cas où l'enfant reste à la maternité ou dans un service de pédiatrie, entre le cinquième et dixième jour à partir de sa naissance.

Les quatre examens subséquents ont lieu:

- le premier à l'âge de 3 à 8 semaines
- le deuxième à l'âge de 4 à 6 mois
- le troisième à l'âge de 9 à 12 mois
- le quatrième à l'âge de 21 à 24 mois.

Le médecin qui procède au 2ème des examens subséquents vérifie l'accomplissement du test audiométrique dont question à l'article qui précède, sur base d'une attestation établie par le chargé de direction du Service audiophonologique et versée par la personne qui accompagne l'enfant.

(4) Le carnet de santé, dans lequel le médecin examinateur consignera les résultats des examens auxquels il a procédé, est un document personnel, destiné à la sauvegarde et à l'épanouissement de la santé de son titulaire. Il est confidentiel et ne concerne que le titulaire ou la personne qui en a la garde pendant sa minorité, ainsi que le médecin examinateur et tous les autres médecins auxquels le titulaire le présentera lors de consultations ultérieures.

(5) L'officier de l'état civil du lieu de naissance, après avoir dressé l'acte de naissance, délivre le carnet de santé revêtu du numéro de l'acte de naissance précédé du nom de la commune et suivi de l'année en cours, au déclarant qui devra le remettre de suite au père ou, à défaut de père, à la mère ou à la personne qui a la garde du nouveau-né.

(6) Lors de chacun des examens prévus au présent règlement la personne qui accompagne l'enfant présentera le carnet de santé au médecin-examinateur.

(7) Le médecin qui effectue le premier examen périnatal remplira les pages relatives aux antécédents familiaux de l'enfant.

Il transcrira à l'endroit prévu à cet effet les observations utiles figurant dans le carnet de maternité; faute de carnet de maternité il procédera à l'anamnèse nécessaire. Aux pages prévues à cet effet il transcrira les résultats des examens auxquels il a procédé.

Il fera parvenir au médecin-inspecteur de la circonscription les doubles de ces inscriptions sur les tirés-à-part du carnet fournis à cet effet à la maternité.

(8) Le ou les médecins qui procèdent aux quatre examens subséquents inscriront de même aux pages correspondantes les observations qu'ils jugent utiles ou nécessaires et transmettront le double des inscriptions au médecin-inspecteur de la circonscription sur les fiches détachables du carnet.

(9) Le carnet de santé aura le format DIN A5. La première page de couverture sera numérotée.

Le carnet sera rédigé en langue française, à l'exception des textes qui s'adressent directement au titulaire ou à celui qui en a la garde, et qui sont rédigés en allemand et en français.

(10) La périodicité des examens prescrits n'est pas une condition d'attribution de l'allocation postnatale. R.29.4.20,1er

Modalités des consultations complémentaires pouvant être exécutées par la sage-femme

Art. 4. (1) Sans préjudice des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme [1)], les consultations complémentaires pouvant être exécutées par une sage-femme au cours de la grossesse ou au cours du post-partum ou pendant la période d'allaitement maternel ont pour objet de contribuer à la surveillance de la grossesse ainsi que de transmettre aux parents ou futurs parents des connaissances adéquates pour assurer au quotidien le bien-être de leur enfant.

(2) Dans le cadre de cette transmission de gestes et de pratiques courants la sage-femme établit un programme de préparation individualisée. Elle donne notamment des informations sur la physiologie et les modifications physiques et psychiques en rapport avec la grossesse et fournit des explications et des conseils en matière d'hygiène, d'alimentation et de protection de la mère ou future mère et de l'enfant né ou à naître.

(3) Au cours du post-partum et de la période d'allaitement maternel, la prestation de consultations complémentaires par la sage-femme a notamment pour but de faciliter le passage de la maternité au domicile ainsi que l'adaptation au nouvel environnement tout comme la poursuite de l'allaitement et de contribuer à la surveillance des suites de couches de la femme accouchée.

La sage-femme preste tous soins et conseils utiles permettant d'élever le nouveau-né dans les meilleures conditions, et elle conseille la mère pendant toute la période de l'allaitement au sein.

Pour la réalisation des objectifs énumérés au présent article, la sage-femme collabore avec tout autre prestataire de soins de santé ainsi qu'avec tout intervenant du domaine social.

(4) Les consultations complémentaires à exécuter par la sage-femme dans le cadre du présent règlement sont au nombre de deux, dont la première [2)] a lieu au cours de la grossesse et la seconde [2)] au cours du post-partum.

(5) [3)] paragraphe supprimé.

(6) Les consultations complémentaires visées par le présent règlement ne sont pas prises en compte pour l'obtention de l'allocation de naissance.

(7) La sage-femme consigne ses observations dans le carnet de maternité ainsi que dans le carnet de santé prévus aux articles respectivement aux articles 277 (2) et 280 (3) du Code de la sécurité sociale.

Composition du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 5. En exécution de l'article 315 (7) [4)] du Code de la sécurité sociale, la composition du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale à l'effet de statuer sur les contestations pouvant naître entre la Caisse pour l'avenir des enfants, d'une part, et les assujettis ou ceux qui prétendent à une prestation familiale, d'autre part, se fait suivant les dispositions de l'article 17 de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension [5)].

Fixation de l'assiette et des modalités de paiement des cotisations en matière d'allocation familiale pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires

Art. 6. (1) L'assiette des cotisations pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires est constituée par les éléments pensionnables des traitements dans les limites du minimum et du maximum cotisable fixé aux alinéas 2 à 4 de l'article 241 du Code de la sécurité sociale.

(2) Les cotisations sont payables à l'échéance des traitements et salaires, sauf dérogation à accorder par le conseil d'administration de la Caisse pour l'avenir des enfants.

---

1) Il y a lieu de lire « règlement grand-ducal du 22 novembre 2019 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de sage-femme. »

2) Par R. 5.12.18,1er,1, les termes « le premier » et « le second » sont remplacés par les termes « la première » respectivement « la seconde ».

3) Par R. 5.12.18,1er,2, le paragraphe 5 est supprimé.

4) Il y a lieu de lire article 316 alinéa 4.

5) Il y a lieu de lire « article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ».

Dispositions abrogatoires

Art. 7. Sont abrogés:

- le Règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère ainsi que sur le carnet de maternité;
- le Règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 portant fixation de l'assiette et des modalités de paiement des cotisations en matière d'allocations familiales pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 portant fixation des cotisations à verser à la Caisse pour l'avenir des enfants par les personnes exerçant une profession libérale, industrielle, commerciale ou artisanale et par les personnes n'exerçant pas de profession;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 ayant pour objet de prévenir et de restreindre le cumul des prestations familiales luxembourgeoises avec celles prévues aux mêmes fins par un régime non luxembourgeois;
- le Règlement grand-ducal du 20 décembre 1985 déterminant la composition du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales en exécution de l'article 31 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse pour l'avenir des enfants;
- le Règlement grand-ducal du 30 septembre 1994 portant fixation des cotisations à verser à la Caisse pour l'avenir des enfants par les personnes exerçant une profession agricole ou viticole;
- le Règlement grand-ducal du 18 mars 1995 portant exécution de l'article 3 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse pour l'avenir des enfants;
- le Règlement grand-ducal du 30 décembre 2010 fixant les modalités de paiement du boni pour enfant;
- le Règlement grand-ducal du 7 octobre 2010 ayant pour objet de déterminer les conditions d'application de l'octroi des allocations familiales en faveur des élèves dépassant l'âge de dix-huit ans.

LIVRE V
ASSURANCE DÉPENDANCE

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

Vu l'article 387 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. En vue de la constitution de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale, désignée ci-après « Commission consultative », R. 13.12.17

1° les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille,

2° le président de la Caisse nationale de santé,

3° le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale,

4° le Conseil supérieur des personnes handicapées et le Conseil supérieur des personnes âgées,

5° les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4 du Code de la sécurité sociale,

6° le fonctionnaire dirigeant de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

communiquent par simple lettre au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions, la liste des membres effectifs et suppléants pour faire partie de cette commission.

La désignation des membres représentant le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale doit se faire en fonction de la représentativité du ou de ces groupements professionnels et de la qualification respectivement dans le domaine des établissements d'aides et de soins et du maintien à domicile.

La représentation du ou des groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale doit être différente de celle du Conseil supérieur des personnes handicapées et du Conseil supérieur des personnes âgées.

Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonction le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel la lettre est parvenue au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, à moins que celle-ci n'indique une autre date.

Art. 2. La Commission consultative peut se saisir elle-même de toutes les affaires relatives à ses attributions prévues aux articles 350, paragraphe 9, 356 paragraphe 3, alinéa 4 et 387bis du Code de la sécurité sociale.

Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins lui soumises par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale.

Elle se réunit sur convocation de son président dans le mois suivant la saisine de celui-ci moyennant une demande écrite et motivée. R. 22.12.06

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est faite par écrit à chaque membre effectif au moins cinq jours avant la réunion. Les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.

Art. 3. Les membres qui sont empêchés d'assister à la réunion en avisent aussi tôt que possible le président qui convoque un membre suppléant. R. 25.6.98

Art. 4. La commission consultative délibère valablement si six au moins de ses membres sont présents.

Lorsque le président constate que la commission n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas il convoque, dans un délai de huit jours, la commission avec le même ordre du jour dans les conditions prévues à l'article 2, alinéa 4. La commission siège alors valablement quelque soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à mettre au vote.

Les membres votent à main levée. Les avis et les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Art. 6. La commission peut décider de s'adjoindre un ou plusieurs experts de façon permanente ou pour des problèmes particuliers. Les experts participent à la réunion, à la demande du président. Les experts ne participent pas au vote.

Art. 7. La Commission consultative peut décider d'instituer des sous-commissions en vue du traitement de points particuliers relevant de ses attributions. Les résultats des travaux en sous-commission sont proposés à l'ensemble de la Commission consultative pour décision. R. 22.12.06

Art. 8.[1)] La commission dispose d'un secrétaire administratif désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale parmi les fonctionnaires du département de la sécurité sociale ou de l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 25.6.98

Le secrétaire administratif établit pour chaque réunion un rapport indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises en évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs ainsi que les abstentions.

Le rapport est arrêté et signé par le président et transmis aux ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et la Famille.

Art. 9.[1)] Les membres de la Commission consultative, le secrétaire et les experts touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à 18,59 euros. R. 22.12.06

Par dérogation à l'alinéa qui précède, la Commission consultative peut proposer au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, de rémunérer les services particuliers rendus par un expert dans la limite des crédits disponibles prévus au budget de l'État.

Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance [2)]

Vu l'article 350, paragraphe 9 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1[er]. Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence hebdomadaire sont évalués à l'aide d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et sont déterminés suivant le relevé-type figurant en annexe I et le référentiel des aides et soins figurant en annexe II. Ils font l'objet d'une synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance suivant le formulaire type en annexe III. R. 13.12.17

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance constitue un instrument informatique à disposition de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, comportant un ensemble de questions et de tests permettant d'évaluer l'état de dépendance d'une personne demandant des prestations de l'assurance dépendance suivant une structure en six parties, à savoir:

1° Les « données générales » recensent les données administratives relatives au demandeur d'assurance dépendance, à savoir les données personnelles relatives au demandeur, le motif de la demande, le contexte d'évaluation, la description du lieu de vie du demandeur, ainsi que la prise en charge et l'encadrement du demandeur au moment de l'évaluation.

2° L'« anamnèse » permet de décrire l'état de santé général du demandeur de prestations de l'assurance dépendance, ainsi que les causes de la dépendance. Cette évaluation générale est complétée par une évaluation des capacités cognitives, psychiques et physiques du demandeur sur base d'observations, de tests et de mises en situation.

3° La « partie médicale » est complétée par un médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance dans les hypothèses suivantes:

   a) le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un besoin de clarification des causes médicales de la dépendance suite à l'analyse du rapport médical du médecin traitant joint à la demande de prestations de l'assurance dépendance. L'examen médical comporte un entretien individuel, un examen clinique et une conclusion sous forme de diagnostics médicaux confirmant un état de dépendance au sens de l'article 349 du Code de la sécurité sociale;

   b) le médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance émet un avis relatif à l'imputabilité des prestations prévues à l'article 350 du Code de la sécurité sociale à un accident de travail ou une maladie professionnelle. Cet avis est rédigé soit à la demande de l'Association d'assurance accident, soit à l'initiative du médecin de l'administration [3)] lui-même, s'il ressort de l'évaluation du demandeur de prestations de l'assurance dépendance que les prestations dont il a besoin sont imputables à un accident du travail ou une maladie professionnelle;

   c) pour les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires en vertu de dispositions particulières, le médecin de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance demande les expertises qu'il juge nécessaires aux médecins spécialistes mandatés par l'administration [3)] et détermine les prestations sur base de ces expertises.

---

1) Renuméroté par R. 22.12.06.

2) Pour contenu des annexes voir article 8 du R. 13.12.17 (JO, Mém. A 1089 du 19 décembre 2017), modifiées par R. 18.9.18 (JO, Mém. A 877 du 27 septembre 2018).

3) Par R. 18.9.18,1[er] le terme « l'autorité » est remplacé « l'administration ».

4° La partie relative à l'« aidant » recense l'identité de l'aidant, renseigné sur la fiche de renseignements visée à l'article 350, paragraphe 7 du Code de la sécurité sociale ou identifié au moment de l'évaluation du demandeur. Les capacités de l'aidant à fournir les aides et soins requis sont évaluées en prenant des renseignements concernant son lieu de vie, son emploi du temps, ses occupations professionnelles, ses charges familiales, ses possibilités de répit et son état de santé général. À la suite de cette évaluation, le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine, le cas échéant, un aidant au sens de l'article 350, paragraphe 7 du Code de la sécurité sociale dans la synthèse de prise en charge.

5° Sur base des données recueillies dans les parties « données générales », « anamnèse » et, le cas échéant « partie médicale », le référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine dans la partie « domaines de prestations » les besoins du demandeur dans les domaines des actes essentiels de la vie et dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance, ainsi que les besoins en activités d'accompagnement en établissement d'aides et de soins, en activités de gardes individuelles et en groupe, les besoins de formations pour l'aidant et pour les aides techniques, et les besoins en activités d'assistance à l'entretien du ménage. La détermination de ces besoins se base sur le relevé-type et le référentiel des aides et soins. Les besoins en matériel d'incontinence, en aides techniques et en adaptations du logement, incluant une analyse du contexte architectural, sont évalués dans la partie consacrée aux « domaines de prestations ».

6° La partie « synthèse et répartition » reprend la liste des prestations retenues par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, les éléments de description des aides déterminées, la répartition des aides requises entre l'aidant et le prestataire, le volume total déterminé en minutes par semaine, la liste d'aides techniques à accorder et la liste des adaptations du logement à accorder le cas échéant.

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance prend en compte les spécificités d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante.

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance permet au référent de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de procéder à une évaluation préliminaire. S'il ressort de cette analyse préliminaire que l'état de santé du demandeur de prestations de l'assurance dépendance ne justifie pas l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut saisir directement l'organisme gestionnaire d'un avis sans recourir à l'intégralité des éléments constitutifs de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance.

Art. 2. Toute personne dont la capacité auditive de la meilleure oreille avec correction par appareillage permanent et/ou implant cochléaire - à moins que cette correction ne puisse être réalisée - est réduite de plus ou égale à 75 dB en audiométrie tonale, ou qui présente un seuil d'intelligibilité égal ou supérieur à 70 dB en audiométrie vocale en champ libre, a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

La réduction auditive à l'audiogramme tonal est à établir en prenant la moyenne arithmétique de la perte auditive au seuil des quatre fréquences conversationnelles 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. Si la perte auditive n'est pas mesurable pour une de ces quatre fréquences, il est admis que le seuil se situe à 120 dB. L'audiométrie vocale est réalisée en champ libre avec appareillage ou implant cochléaire.

Art. 3. Toute personne atteinte de cécité complète ou dont l'acuité visuelle du meilleur oeil avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est inférieure à 1/20ième ou dont le champ visuel est inférieur à 10°, quelle que soit l'acuité visuelle, a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 4. Toute personne atteinte d'une forme symptomatique de Spina Bifida a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 5. Toute personne atteinte d'une aphasie entravant une communication verbale normale ou d'une dysarthrie entravant une communication verbale normale a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 6. Toute personne présentant une laryngectomie a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine.

Art. 7. Les prestations forfaitaires allouées en vertu des articles 2 à 6 ne sont pas cumulables entre elles.

La détermination du droit aux prestations en application des articles 2 à 6 ne préjudicie pas une détermination suivant les dispositions de l'article 1er, auquel cas les prestations déterminées suivant cet article se substituent aux prestations forfaitaires prévues aux articles 2 à 6.

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant [1)]

Vu les articles 350, paragraphe 2, alinéa 2 et 354, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les aides et soins que requiert l'enfant dépendant et leur fréquence hebdomadaire sont évalués à l'aide d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance prévu par le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Ses compétences pour réaliser les actes essentiels de la vie sont évaluées au moyen de la grille de calcul de l'âge développemental de l'enfant de 0 à 8 ans accomplis figurant à l'annexe I du présent règlement grand-ducal. R. 13.12.17

Art. 2. Le résultat de l'évaluation au moyen de la grille de calcul de l'âge développemental de l'enfant de 0 à 8 ans accomplis se traduit par des scores de réussite pour les différents domaines des actes essentiels de la vie.

L'âge de développement de l'enfant pour chaque domaine des actes essentiels de la vie est défini par le score obtenu pour le domaine respectif. Le tableau figurant à l'annexe II [1)] du présent règlement détermine l'âge de développement retenu en fonction de chaque score obtenu. R. 21.12.06

Art. 3. La différence entre le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge chronologique et le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge de développement représente le temps supplémentaire requis par l'enfant pour les actes essentiels de la vie.

Le tableau figurant à l'annexe III du présent règlement détermine le temps requis par l'enfant dans les différents domaines des actes essentiels de la vie en fonction de l'âge.

Art. 4. Les aides et soins requis pour l'enfant sont déterminés suivant le relevé-type figurant en annexe I et le référentiel des aides et soins figurant en annexe II du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Ils font l'objet d'une synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance suivant le formulaire type en annexe IV du présent règlement grand-ducal. R. 13.12.17

Art. 5. (article abrogé)

Art. 6. La durée de la prestation équivalente pour l'adulte est pondérée en fonction des temps d'assistance supplémentaire par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit d'après un coefficient d'adaptation.

Cette pondération de la durée de la prestation équivalente chez l'adulte permet de calculer l'atteinte du seuil de dépendance défini à l'article 349, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale et la valeur de chaque acte converti en une prestation en espèces.

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

Vu les articles 356, 350, paragraphe 10 et 357, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale;

Chapitre Premier – **Des aides techniques**

Section Ire – Des aides techniques en général

Art. 1er. Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont celles inscrites sur la liste formant l'annexe 1 [3)] du présent règlement, classées en classes, sous-classes et divisions d'après la «Norme internationale ISO 9999» et suivies d'un signe distinctif du mode de prise en charge. R. 22.12.06

Dans des situations exceptionnelles, la liste peut être complétée au niveau de la division du code ISO correspondant.

---

1) Pour les annexes voir JO, Mém. A 1091 du 19 décembre 2017, modifiés par R. 18.9.18 (JO, Mém. A 875 du 27 septembre 2018).

2) Pour les annexes voir JO, Mém. A 1092 du 19 décembre 2017. Par R. 13.12.17 l'annexe du règlement est remplacée par les annexes 1 et 2 suivantes: Annexe 1: Liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance, Annexe 2: Liste des aides technique prises en charge par l'assurance dépendance pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs.

3) Par R. 13.12.17 les termes « formant annexe » sont remplacés par les termes « formant l'annexe 1 ».

Art. 2. Il existe deux [1] modes de prises en charges:

1. les aides techniques mises à disposition par voie de location sont déterminées sur la liste par la lettre «L»;
2. les aides techniques pouvant être acquises à charge de l'assurance dépendance sont déterminées par la lettre «A». Pour tenir compte des besoins spécifiques du bénéficiaire, les aides techniques marquées simultanément des lettres «L» et «A» peuvent être prises en charge sous l'une ou l'autre forme;
3. (supprimé) R. 13.12.17

La prise en charge des aides techniques diffère suivant le lieu de séjour du bénéficiaire. Elle est précisée par les lettres « D » pour domicile, « E » pour établissement d'aides et de soins et « LE » pour logement encadré tel que défini au règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

[2] Pour les aides techniques marquées de la lettre « D » un délai de renouvellement a été fixé. R. 22.12.06

[2] Pour certaines aides techniques [3], la liste prévoit un montant de prise en charge maximal. Ce montant est inscrit dans la rubrique « montant de prise en charge maximal » de la liste annexée. Ces montants s'entendent toutes taxes comprises. R. 13.12.17

Art. 3. Les aides techniques dont les prestataires doivent s'équiper conformément aux agréments visés à l'article 392, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, sont prises en charge exceptionnellement à titre individuel en cas de besoin continu et personnel du bénéficiaire et sous la condition qu'elles soient spécifiquement adaptées aux besoins de la personne concernée. R. 13.12.17

Les fauteuils roulants et les cadres de marche sans adaptation spécifique peuvent être pris en charge si le besoin d'en disposer est permanent.

Art. 4. La prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ainsi que les frais engagés pour leur implémentation n'est possible que sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, établi, le cas échéant, avec le concours des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale. R. 20.4.10

Art. 5. Les aides techniques sont mises à disposition des bénéficiaires exclusivement par les fournisseurs liés à l'organisme gestionnaire sur base de l'article 394 du Code de la sécurité sociale.[4] R. 22.12.06

Les aides techniques ne pouvant être fournies par les fournisseurs visés à l'article 394 du Code de la sécurité sociale sont prises en charge sur base d'un contrat de gré à gré conclu par l'organisme gestionnaire sur avis de l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Elle communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies. R. 13.12.17

Art. 6. Les aides techniques visées par le présent règlement ne sont délivrées qu'en un seul exemplaire par bénéficiaire, sauf dans les situations exceptionnelles constatées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance où l'attribution d'une seule aide technique de même nature ne parviendrait pas à couvrir les besoins du bénéficiaire. R. 22.12.06

Art. 7. Les frais résultant de l'acquisition des aides techniques sont pris en charge par l'assurance dépendance jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 28 000 euros par aide technique, sans préjudice de l'article 2, alinéa 4. Dans le cas d'une mise à disposition par voie de location, le montant précité porte sur le prix d'achat de l'aide technique. R. 13.12.17

En cas d'acquisition d'aides techniques en faveur d'un bénéficiaire, la subvention financière à charge de l'assurance dépendance est versée par l'organisme gestionnaire au fournisseur déterminé par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Le bénéficiaire devient propriétaire de l'aide technique.

Si, pour des raisons de convenance personnelle, le demandeur sollicite des aides techniques en dépassement des critères économiques, le surcoût est à sa charge, ce sans préjudice de l'application des articles 13 et 14.

Art. 8. Lorsque des aides techniques sont soumises par la loi ou les règlements à un contrôle officiel de conformité, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance en tient compte dans son avis. Les frais qui en résultent pour la première mise en service, sont à la charge de l'assurance dépendance. R. 22.12.06

Art. 9. A l'exclusion des accumulateurs d'énergie pour les aides techniques en location [5], les consommables, les fournitures d'énergie, les taxes et redevances, nécessaires à l'utilisation des aides techniques, sont à charge du bénéficiaire.

---

1) Par R.13.12.17 les termes « trois modes de prises en charges » sont remplacés par les termes « deux modes de prises en charges ».

2) Alinéas renumérotés par R. 13.12.17.

3) Par R. 13.12.17 les termes « en acquisition ou en acquisition avec rétrocession » sont supprimés.

4) Par R. 13.12.17 la dernière phrase « Le prix de location des aides techniques est pris en charge intégralement par l'assurance dépendance » est supprimé.

5) Par R. 13.12.17 les termes « d'aide à la mobilité » sont remplacés par les termes « en location ».

Art. 10. L'entretien et les réparations nécessaires au bon fonctionnement de l'aide technique en location, ainsi que les frais de renouvellement de l'aide technique sont à charge de l'assurance dépendance pour autant que l'aide technique ait été utilisée dans des conditions normales. R. 13.12.17

L'assurance dépendance ne prend pas en charge l'entretien et la réparation d'aides techniques en acquisition.

[1] L'assurance dépendance ne couvre pas la perte ou le vol d'une aide technique ou d'un accessoire. R. 22.12.06

[1] Les primes pour les assurances que les lois ou règlements imposent pour couvrir la responsabilité civile pouvant être engagées du fait de l'utilisation de l'aide technique à l'égard de tiers, sont à charge du bénéficiaire.

Art. 11. L'installation ou l'enlèvement des aides techniques [2] ne donne lieu à charge de l'assurance dépendance ni à une réparation des traces de fixation ou d'usage, ni à l'enlèvement d'accessoires tels que prises ou câblages.

En cas de changement de résidence, le déménagement ainsi que la réinstallation des aides techniques est à la charge du bénéficiaire.

Au cas où une aide technique doit être installée de manière fixe dans un logement dont le bénéficiaire est locataire, copropriétaire ou usufruitier, un accord explicite écrit du propriétaire ou du syndicat de copropriété pris sur base d'un dossier accepté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance est exigé avant l'octroi de l'appareil. R. 13.12.17

Art. 12. (1) Les aides techniques prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement visent l'accès aux lieux de vie dans le domicile du bénéficiaire, à savoir la salle de bains avec WC ou, le cas échéant, un WC séparé, la chambre à coucher, le salon, la cuisine et la salle à manger.

Si pour des raisons techniques ou fonctionnelles, l'accès aux lieux de vie se fait par un garage ou une autre pièce, cet accès peut être pris en charge.

Les aides techniques visant à assurer l'accès à la chambre de l'enfant peuvent également être prises en charge pour un bénéficiaire ayant à sa charge un enfant de moins de 16 ans accomplis.

Si le contexte architectural permet de regrouper les lieux de vie sur un niveau, tout en respectant la fonctionnalité des lieux ainsi que le contexte familial, les aides techniques visant à assurer un changement de niveau ne sont pas prises en charge.

(2) Les aides techniques prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'extérieur du logement visent à assurer l'accessibilité du domicile du bénéficiaire par une seule entrée. Les aides techniques visant à assurer l'accès au balcon, à la terrasse ou au jardin ne sont pas prises en charge.

Art. 12*bis*. Le logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, subventionné par l'assurance dépendance, doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter de la date de la réception de l'installation de l'aide technique par un organisme de contrôle agrée. À ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance dans le mois suivant ce changement de domicile.

À défaut de respect de ces conditions, le montant pris en charge doit être restitué. À cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée.

L'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à l'installation d'une nouvelle plate-forme élévatrice ou d'un nouvel élévateur d'escalier avant le délai de renouvellement fixé.

Art. 13. A la délivrance des aides techniques, le bénéficiaire doit souscrire à l'engagement d'en user en bon père de famille, de suivre les consignes qui lui sont communiquées et de se conformer aux normes de sécurité exigées par la législation applicable. R. 22.12.06

Art. 14. Si le besoin d'en disposer vient à cesser, les aides techniques en location [3] sont cédées gratuitement, sur requête de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, par la personne en faveur d'un fournisseur spécialisé.

Il en est de même en cas de remplacement ou de renouvellement d'aides techniques en location à charge de l'assurance dépendance.

La récupération des aides techniques est sans frais pour le bénéficiaire.

---

1) Alinéas renumérotés par 13.12.17.

2) Par R. 13.12.17 les termes « fixées aux sols, aux murs ou aux plafonds par quelques moyens que ce soit » sont supprimés.

3) Par R. 13.12.17 les termes « mises à disposition par acquisition avec rétrocession » sont remplacés par ceux de « en location ».

Section II. – Des adaptations de voitures

Art. 15. Seules les adaptations de voitures à utilisation privée et achetées auprès d'un fournisseur visé à l'article 5, alinéa 2 du présent règlement grand-ducal sont subventionnées par l'assurance dépendance. R. 13.12.17

Si le bénéficiaire n'est pas le propriétaire de la voiture, il doit, avant l'octroi de l'adaptation, justifier par une déclaration écrite du propriétaire de la voiture, qu'il en possède un droit d'usage permanent.

Les montants pris en charge dans le cadre de l'adaptation d'une voiture ne peuvent pas dépasser par voiture les montants inscrits à la liste des aides techniques figurant à l'annexe 1.

Un montant forfaitaire figurant à l'annexe 1 est pris en charge pour le contrôle technique des adaptations pour la première mise en service de la voiture adaptée.

Les positions relatives aux adaptations pour voitures peuvent être cumulées, en fonction des besoins du bénéficiaire, déterminés par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance sans pouvoir dépasser le montant de 28 000 euros.

Art. 16. (article abrogé)

Art. 17. Les adaptations pour voitures, à l'exception des sièges de voiture spécialement adaptés pour enfants, ainsi que le démontage et la réinstallation des adaptations sur une autre voiture, ne peuvent être renouvelés que tous les cinq ans à partir de la date d'établissement du certificat de conformité relatif à l'adaptation. Par dérogation à ce qui précède, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut accorder une adaptation de même nature, en dehors du délai de cinq ans, si elle est justifiée par une impérieuse nécessité, fondée sur l'évolution de la situation médicale du bénéficiaire ou d'une modification de la composition familiale du bénéficiaire. R. 22.12.06

Les adaptations détruites ou endommagées par suite d'un accident du véhicule ne sont pas renouvelées par l'assurance dépendance en dehors du délai prévisé. Le risque du vol d'une voiture adaptée est à couvrir par le bénéficiaire.

Art. 18. Pour les adaptations du poste de conduite y compris les sièges du conducteur modifiés[1)], le permis de conduire doit être produit avant l'ouverture de l'instruction de la demande par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Seules les adaptations du poste de conduite y compris les sièges du conducteur modifiés [2)] mentionnées dans le permis de conduire peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance dépendance.

Dans des situations exceptionnelles, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut accorder des adaptations à des personnes ne disposant pas encore de permis de conduire, à condition que la commission médicale des permis de conduire auprès du ministre ayant les Transports dans ses attributions [3)] ait émis un avis positif quant à la capacité de la personne à conduire un véhicule.

Art. 19. (article abrogé) R. 13.12.17

Section III. – Des chiens guide d'aveugles R. 22.12.06

Art. 20. En dehors des aides techniques prévues à la liste à l'annexe 1 du présent règlement grand-ducal, une aide ou assistance canine peut être accordée afin d'accroître l'autonomie et la sécurité des déplacements de la personne aveugle ou déficiente visuelle par rapport aux déplacements avec une canne d'orientation. R. 13.12.17

La personne aveugle ou déficiente visuelle doit avoir les capacités physiques et cognitives pour pouvoir se déplacer avec un chien guide, elle doit être apte à se déplacer avec une canne d'orientation et ses conditions de vie doivent être compatibles avec la garde d'un chien. Elle s'engage à respecter les besoins du chien et à s'occuper du chien dans le respect de la législation relative à la protection des animaux.

Art. 21. Le chien guide d'aveugle est formé à son rôle par des professionnels dans une école pour chiens guide d'aveugles agréée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. R. 22.12.06

Le chien guide d'aveugle constitue une aide à la mobilité réservée aux personnes aveugles ou [4)] déficientes visuelles telles que définies à l'article 3 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

---

1) Par R. 13.12.17 les termes « y compris les sièges du conducteur modifiés » sont rajoutés entre les termes « poste de conduite » et « le permis ».

2) Par R. 13.12.17 les termes « y compris les sièges du conducteur modifiés » sont rajoutés entre les termes « poste de conduite » et « mentionnées ».

3) Par R. 13.12.17 les termes « la Commission médicale du ministère du transport » sont remplacés par ceux de « la commission médicale des permis de conduire auprès du ministre ayant les Transports dans ses attributions ».

4) Par R. 13.12.17 les termes « aveugles ou » sont insérés entre les termes « aux personnes » et « déficientes visuelles ».

Art. 22. L'assurance dépendance accorde une subvention financière au bénéficiaire jusqu'à concurrence d'un montant de 20 500 [1] euros pour lui permettre l'acquisition du chien guide d'aveugles avec l'obligation de le rendre à l'école ayant formé le chien guide lorsque le besoin d'en disposer a cessé.

Le montant d'intervention comprend le prix d'acquisition du chien, les frais d'élevage auprès d'une famille d'accueil, les frais de formation du chien guide et les frais d'acquisition du harnais. Il comprend en outre les frais d'initiation à la technique de guidance au harnais de la personne aveugle ou [2] déficiente visuelle, à l'école et au domicile du bénéficiaire ainsi que le suivi du chien par l'école.

Les frais de déplacement et de séjour de la personne aveugle ou [2] déficiente visuelle à l'école sont à la charge du demandeur.

Après la remise du chien guide au bénéficiaire, les frais d'entretien, les frais de nourriture, les frais de vétérinaire ainsi que les frais de responsabilité civile pour dommages causés par des animaux, sont à la charge du bénéficiaire.

Chapitre II. – Des adaptations du logement

Art. 23. Une intervention de l'assurance dépendance en matière d'adaptation du logement ne peut être accordée qu'en vue du maintien à domicile du bénéficiaire.

Une adaptation du logement ne peut pas être réalisée pour les personnes habitant dans un logement encadré tel qu'il est défini au règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

Une adaptation du logement peut être réalisée au domicile d'une personne prise en charge dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent si la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale retient des séjours prolongés et réguliers du bénéficiaire à son domicile. R. 13.12.17

Art. 23*bis*. (1) Les adaptations du logement prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement visent l'accès aux lieux de vie dans le domicile du bénéficiaire, à savoir la salle de bains avec WC ou, le cas échéant, un WC séparé, la chambre à coucher, le salon, la cuisine et la salle à manger.

Si pour des raisons techniques ou fonctionnelles, l'accès aux lieux de vie se fait par un garage ou une autre pièce, cet accès peut être pris en charge.

Les adaptations du logement visant à assurer l'accès à la chambre de l'enfant peuvent également être prises en charge pour un bénéficiaire ayant à sa charge un enfant de moins de 16 ans accomplis.

Si le contexte architectural permet de regrouper les lieux de vie sur un niveau, tout en respectant la fonctionnalité des lieux ainsi que le contexte familial, les adaptations du logement visant à assurer un changement de niveau ne sont pas prises en charge.

(2) Les adaptations du logement prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'extérieur du logement visent à assurer l'accessibilité du domicile du bénéficiaire par une seule entrée. Les adaptations du logement visant à assurer l'accès au balcon, à la terrasse ou au jardin ne sont pas prises en charge.

Art. 24. Le demandeur doit être domicilié au logement devant faire l'objet des adaptations. Lorsque l'adaptation concerne un logement en construction ou non encore habité par le demandeur, l'instruction du dossier est ouverte sur présentation d'un titre de propriété ou d'un contrat de bail portant sur le logement à adapter.

Lorsque le demandeur est locataire, copropriétaire ou usufruitier du logement devant faire l'objet des adaptations, il doit produire un accord explicite écrit du propriétaire des lieux ou du syndicat de copropriété, pris sur base d'un dossier accepté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Si le demandeur n'est pas propriétaire, locataire ou usufruitier à titre personnel, il doit justifier d'un droit d'habitation dans le logement à adapter.

Art. 25. Dans le cas d'un logement à construire, l'avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance doit se fonder sur l'analyse fonctionnelle des plans d'architecte. R. 22.12.06

L'assurance dépendance ne prend en charge que le surcoût lié à la dépendance.

Art. 26. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance réalise, le cas échéant, avec le concours des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale, un cahier des charges détaillé des adaptations à entreprendre, tenant compte de la faisabilité juridique et technique des travaux. R. 20.4.10

---

1) Par R.13.12.17 le montant de « 18 000 euros » est remplacé par celui de « 20 500 euros ».

2) Par R. 13.12.17 les termes « aveugles ou » sont insérés entre les termes « aux personnes » et « déficientes visuelles ».

Le cahier des charges se compose d'un volet fonctionnel et d'un volet technique. Le volet fonctionnel est communiqué pour validation au demandeur, le cas échéant au syndicat de copropriété et au propriétaire du logement si le demandeur est locataire ou usufruitier[1]. Le volet technique est élaboré sur base du volet fonctionnel validé par le demandeur [2]. Le volet technique comprend un devis estimatif permettant de comparer les offres de prix visées à l'article 27. R. 22.12.06

Le cahier des charges retient pour les adaptations, la solution la plus rationnelle du point de vue économique en tenant compte des besoins du demandeur ainsi que d'autres prestations et aides techniques accordées le cas échéant.

Le cahier des charges renseigne d'éventuelles mises en conformité aux normes de sécurité concernant notamment les installations électriques et les installations au gaz à effectuer par le demandeur. De telles mises en conformité sont à charge du demandeur. R. 13.12.17

Après validation du volet fonctionnel du cahier des charges par le demandeur, tout changement du projet en cours d'élaboration à la demande du bénéficiaire impliquant l'établissement d'un nouveau cahier des charges par les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale est à sa charge.

Art. 27. A la réception du cahier des charges technique, le demandeur sollicite, dans la mesure du possible, une offre de prix détaillée auprès d'au moins deux entreprises différentes laissées à son choix. Il s'engage à demander toutes les autorisations nécessaires aux adaptations du logement. R. 22.12.06

Art. 28. Sur base des différentes offres de prix répondant aux caractéristiques du cahier des charges, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance détermine pour la solution retenue le montant pris en charge. Seules les entreprises dont l'offre de prix est conforme aux cahiers des charges indiquées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, peuvent être chargées de l'exécution des travaux.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut refuser la prise en considération des offres de prix si celles-ci divergent de façon significative du devis estimatif établi.

Art. 29. Le montant pris en charge ne peut pas dépasser un montant de 28 000 euros par bénéficiaire, sans prise en compte ni des aides techniques visées au chapitre premier ni des frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en œuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale. R. 13.12.17

L'adaptation du logement constitue une prestation unique.

Lorsqu'un bénéficiaire d'une adaptation du logement n'a pas épuisé le montant de 28 000 euros, une adaptation supplémentaire peut être accordée si un nouveau besoin est constaté par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. La subvention pour cette adaptation supplémentaire ne peut pas dépasser la différence entre le montant d'intervention maximal et le montant accordé lors de la première adaptation.

Si un bénéficiaire d'une adaptation du logement n'ayant pas épuisé le montant de 28 000 euros déménage dans un autre logement devant être adapté, une adaptation supplémentaire peut être accordée. La subvention pour cette adaptation supplémentaire sera tributaire des conditions d'habitation telles que définies aux articles 32 et 33 et ne peut dépasser la différence entre le montant d'intervention maximal et le montant accordé lors de la première adaptation.

Dans des cas exceptionnels et justifiés pour des raisons professionnelles ou en cas de départ du domicile parental, l'adaptation d'un logement supplémentaire peut être accordée, ce sans préjudice de l'application des articles 32 et 33. Cette disposition s'applique également en cas de décision définitive de séparation de résidence.

La prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance n'est possible que sur avis préalable de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Art. 30. La prise en charge est subordonnée à la condition que la décision de l'organisme gestionnaire soit antérieure au début des travaux et que ceux-ci démarrent endéans les douze mois suivant la notification de la décision. R. 22.12.06

Art. 31. Le montant pris en charge est directement versé par l'organisme gestionnaire sur un compte bancaire de l'entrepreneur. Le montant dépassant le subside accordé ainsi que les suppléments éventuels sont à charge du bénéficiaire.

L'entrepreneur peut demander des acomptes au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Seuls les travaux et fournitures réellement exécutés sont admis à facturation. Toutes les factures doivent être approuvées par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance avant paiement.

---

1) Par R. 13.12.17 les termes « ou usufruitier » sont inscrits à la suite des termes « si le demandeur est locataire ».

2) Par R. 13.12.17 les terme « par le demandeur » sont insérés à la suite des termes « du volet fonctionnel validé ».

[1] Le règlement pour solde de la facture finale est subordonné à la réception définitive des travaux en présence de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale, du bénéficiaire et de l'entrepreneur. R. 13.12.17

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale s'assurent de l'adéquation entre le cahier des charges et l'adaptation du logement réalisée, et procèdent à une vérification de la qualité du matériel fourni et des prestations liées.

Art. 32. En toute hypothèse le logement faisant l'objet des adaptations doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter du démarrage du chantier visé à l'article 35. À ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré, dans un mois, à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

Art. 33. Si les conditions définies à l'article 32 ne sont pas respectées, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 350 euros [2] est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée. R. 22.12.06

Le bénéficiaire doit conclure une police d'assurance incendie couvrant les adaptations du logement réalisées par l'assurance dépendance.

En cas de restitution, l'organisme gestionnaire peut accorder un délai de paiement [3].

Toutefois, l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à une nouvelle adaptation du logement.

Art. 34. Si le demandeur habite dans un logement en location, la prise en charge du coût supplémentaire de loyer, engendré par le déménagement du bénéficiaire dans un logement adapté ou adaptable, ne peut dépasser 350 euros par mois sans pouvoir dépasser au total le plafond fixé à l'article 29. Le coût supplémentaire peut être déterminé sur base d'une expertise. R. 13.12.17

Art. 35. Au démarrage du chantier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale[4], le demandeur et un responsable de l'entreprise se réunissent en vue de vérifier la correspondance entre le bon de commande et le cahier des charges technique retenu. R. 22.12.06

Art. 36. Si l'ensemble des adaptations dépasse le plafond visé à l'article 29, l' Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance accorde priorité à celles ayant le plus grand impact sur l'exécution des actes essentiels de la vie et les aides et soins à fournir.

Chapitre III. – Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs

R. 13.12.17

Art. 37. Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs sont inscrites sur la liste en annexe 2. R. 13.12.17

Les dispositions de la section 1ère du chapitre I sont applicables

Chapitre IV. – Disposition abrogatoire

R. 22.12.06

Art. 38. Sont abrogés le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aide et de soins et le règlement grand-ducal du 5 novembre 1999 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance.

---

1) Alinéa renuméroté par R. 13.12.17.

2) Par R. 13.12.17 le montant de « 300 euros » est remplacé par celui de « 350 euros ».

3) Par R. 13.12.17 les termes « ne dépassant pas un an » sont supprimés.

4) Par R. 13.12.17 les termes « ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale » sont insérés avant les termes « le demandeur et un responsable de l'entreprise ».

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

Vu l'article 377, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. L'abattement sur la contribution dépendance prévu à l'article 377, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées par rapport à 173 heures, si la durée du travail au service d'un employeur est inférieure à 150 heures pour un mois de calendrier. Il en est de même de l'abattement sur les revenus de remplacement soumis à la contribution dépendance et notamment sur l'indemnité pécuniaire de maladie. R. 23.12.16

Art. 2. Lorsque le décès de l'assuré ouvre droit à deux ou plusieurs pensions de survie du conjoint ou de l'orphelin, l'abattement est opéré sur chacune de ces pensions.

Lorsqu'une personne cumule une pension de survie avec une pension personnelle, l'abattement est opéré sur cette dernière.

Art. 3. Si le bénéficiaire de pension exerce une activité professionnelle salariée ou une activité y assimilée, l'abattement est opéré sur le revenu professionnel et, le cas échéant, l'indemnité pécuniaire de maladie, compte tenu de la proratisation prévue à l'article 1er ci-dessus. Le restant éventuel de l'abattement est imputé sur la pension.

Art. 4. Le règlement grand-ducal du 24 juillet 2015 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance et l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est abrogé.

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

Vu l'article 387bis du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - Les normes concernant la qualification et la dotation du personnel

Section 1ère - Les normes de qualification du personnel

Art. 1er. Les qualifications minimales requises pour la réalisation des actes essentiels de la vie correspondent aux qualifications de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de vie, à l'exception des actes essentiels de la vie suivants, pour lesquels des qualifications minimales requises correspondent : R. 13.12.17

1° à celle de l'infirmier, pour la réalisation de l'aide à la nutrition entérale;

2° à celles de l'aide-soignant et de l'infirmier, pour la dispensation d'actes essentiels de la vie aux bénéficiaires de soins palliatifs.

Art. 2. Les qualifications minimales requises pour la dispensation des activités d'appui à l'indépendance et les activités de formation de l'aidant correspondent, suivant l'objectif et le contenu des activités, aux qualifications de l'infirmier, de l'infirmier gradué, de l'infirmier psychiatrique, de l'infirmier en anesthésie et réanimation, de l'éducateur diplômé, de l'éducateur gradué, du pédagogue curatif, de l'assistant social, de l'ergothérapeute, du masseur-kinésithérapeute, du rééducateur en psychomotricité, de l'orthophoniste ou du psychologue.

Art. 3. Les activités de garde individuelle et en groupe sont assurées par du personnel disposant au moins de la qualification de l'infirmier, de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'aide-soignant ou de celle de l'auxiliaire de vie.

Aucune qualification professionnelle minimale n'est requise pour la dispensation des activités d'accompagnement et l'exécution des activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Section 2 - Les normes de dotation du personnel

Art. 4. Le tableau en annexe 1 fixe les normes de dotation du personnel consistant en la combinaison des professionnels de chaque catégorie de prestataire d'aides et de soins visé aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale nécessaires pour exécuter les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'accompagnement, les activités de gardes, les activités de formation de l'aidant, ainsi que les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

---

1) Pour les annexes voir JO, Mém. A 1090 du 19 décembre 2017, modifiés par R. 18.8.18 (JO, Mém. A 876 du 27 septembre 2018).

Art. 5. La dotation de personnel assurant des activités administratives, des activités d'organisation ou de coordination des aides et soins prend en compte la répartition dans l'exécution des prestations requises dans la synthèse de prise en charge prévue à l'article 350, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale.

Pour les réseaux d'aides et de soins au sens de l'article 389 du Code de la sécurité sociale, cette dotation est fixée à 8,5 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu visés à l'article 390 du Code de la sécurité sociale, la dotation est fixée à 4,13 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent visés à l'article 391 du Code de la sécurité sociale, la dotation est fixée à 8,00 pour cent du nombre d'heures des aides et soins dispensés.

Cette dotation couvre les déplacements du personnel visé à l'alinéa 1er à l'intérieur de l'établissement d'aides et de soins, de même que les temps de permanence.

Chapitre 2 - Les coefficients de qualification du personnel

Art. 6. Les coefficients de qualification du personnel résultant des normes de dotation sont fixés dans l'annexe 2.

Chapitre 3 - Les coefficients d'encadrement du groupe

Art. 7. L'encadrement moyen annuel d'un groupe d'activités d'appui à l'indépendance correspond à un professionnel disposant des qualifications énumérées à l'article 2 pour un groupe de quatre personnes dépendantes.

Le coefficient d'encadrement applicable à la facturation des activités d'appui à l'indépendance en groupe est fixé à 0,25.

Art. 8. L'encadrement moyen annuel d'un groupe d'activités de garde en groupe correspond à un professionnel disposant des qualifications énumérées à l'article 3 pour un groupe de quatre personnes dépendantes.

Le coefficient d'encadrement applicable à la facturation des activités de garde en groupe est fixé à 0,25.

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

Vu l'article 387*bis* du Code de la sécurité sociale;

Chapitre 1er - La documentation de la prise en charge

Art. 1er. La documentation de la prise en charge comporte les données administratives suivantes: R. 13.12.17

1° concernant l'identification de la personne dépendante
   a) le nom;
   b) le prénom ou le prénom usuel;
   c) le sexe;
   d) l'état civil;
   e) la date et le lieu de naissance;
   f) l'adresse du lieu de vie de la personne dépendante et indication du numéro de chambre, en cas de résidence dans un établissement d'aides et de soins;
   g) le nom et l'adresse de la personne de référence de la famille ou de l'entourage de la personne dépendante;
   h) l'adresse et le numéro de téléphone du représentant légal en cas de mesure de protection juridique de la personne dépendante;
   i) la langue dans laquelle la personne dépendante s'exprime habituellement;
   j) les informations sur les habitudes de vie de la personne dépendante.

2° concernant les soins et la prise en charge thérapeutique
   a) le numéro de matricule de la personne dépendante, la caisse de maladie à laquelle elle est affiliée et, le cas échéant, le nom d'une caisse complémentaire;

b) l'identification spécifique attribuée par le prestataire le cas échéant;

c) les nom et coordonnées du ou des médecins traitants;

d) l'indication de l'existence d'une directive anticipée et toutes décisions liées à la fin de vie et à d'éventuelles limitations thérapeutiques;

e) les aides techniques, les orthèses, prothèses, épithèses, implants dentaires, dispositifs médicaux ou autres éléments de compensation de la dépendance dont dispose la personne dépendante.

3° concernant l'admission en établissement et le début de la prise en charge

a) la date d'admission en établissement ou le début de la prise en charge par le prestataire du maintien à domicile;

b) les motifs de l'admission ou de début de prise en charge du prestataire du maintien à domicile;

c) une copie du contrat de prise en charge signé entre le prestataire et la personne dépendante ou son représentant légal, avec tous les amendements éventuels;

d) le nom et les coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge, le cas échéant;

e) la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

Art. 2. Les informations suivantes renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante prise en charge sont recueillies par le prestataire:

1° les maladies chroniques, les maladies transmissibles et les facteurs de risques ;

2° l'état des fonctions cognitives (orientation spatiale et temporelle) et les éventuels troubles du comportement ;

3° les limitations physiques;

4° les allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires;

5° les thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles). Les éléments suivants doivent être documentés:

a) le prescripteur;

b) la date de prescription

c) la forme, le dosage et la fréquence d'administration;

d) la personne administrant les médicaments.

6° les mesures de fonctions vitales dépendantes de l'état de santé et des besoins spécifiques de la personne dépendante;

7° les tests et échelles utilisés pour le suivi de la personne dépendante permettant de recenser les informations en relation avec les indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal;

8° les résultats d'examens et d'analyses médicales récents ;

9° un résumé de l'intervention d'autres professionnels, notamment le psychologue, l'assistant social, le diététicien, le kinésithérapeute;

10° un résumé des hospitalisations antérieures documentant les éléments suivants:

a) les dates et les motifs d'hospitalisation au moins des deux dernières années;

b) les rapports d'hospitalisation transmis par l'établissement hospitalier.

Art. 3. Le prestataire d'aides et de soins documente la semaine-type de prise en charge. La semaine-type est un document distinct de la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, au moyen duquel le prestataire détaille les aides et soins, l'accompagnement et l'encadrement quotidiens réguliers de la personne dépendante par le prestataire d'aides et de soins. Ce document est régulièrement mis à jour et révisé au moins tous les trois mois. Un historique des mises à jour est disponible. Les éléments de la semaine-type qui ne peuvent pas être réalisés sont recensés et l'adaptation de la prise en charge est documentée.

Art. 4. Le prestataire d'aides et de soins tient à jour une fiche de transfert documentant les données suivantes :

1° les données administratives concernant la personne dépendante prise en charge;

2° la date du transfert vers un autre prestataire d'aides et de soins ou vers un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;

3° le nom et le numéro de téléphone de la personne de référence qui correspond:

a) en établissement d'aides et de soins, à la personne de contact au sein de l'établissement d'aides et de soins.

b) à domicile, à la personne de contact de la famille ou de l'entourage de la personne dépendante, à la personne de contact au sein du réseau d'aides et de soins ou au représentant légal en cas de mesure de protection juridique de la personne dépendante.

4° les fonctions cognitives de la personne dépendante;

5° le résumé soignant détaillant l'état de santé de la personne dépendante au moment du transfert, les aides et soins effectivement fournis par le prestataire d'aides et de soins au moment du transfert, ainsi que, le cas échéant, la présence d'escarres mesurées dans le cadre du suivi des indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal;

6° le résumé médical qui comprend au minimum le traitement en cours au moment du transfert;

7° le résumé des interventions régulières d'autres professionnels dans la prise en charge de la personne dépendante, à savoir notamment le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste;

8° les aides techniques, les orthèses, prothèses, épithèses, implants dentaires et dispositifs médicaux ou autres éléments de compensation de la dépendance, dont dispose la personne dépendante au moment du transfert.

Chapitre 2 - Les indicateurs de qualité de la prise en charge

Art. 5. Dans le cadre du contrôle de la qualité des prestations visé à l'article 384bis, paragraphe 1er du Code de la sécurité sociale, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins présentant une escarre, en différenciant selon les divers stades d'escarres.

Parmi les personnes dépendantes présentant une escarre, une distinction est opérée entre les escarres développées au cours de la prise en charge par le prestataire d'aides et de soins et celles développées lors d'une période de prise en charge par un autre prestataire d'aides ou de soins ou dans un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Art. 6. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le contrôle de la qualité des prestations vise à recenser les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pour lesquelles l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge est réalisée. La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur.

Art. 7. Lors de son contrôle de la qualité des prestations fournies, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense les données suivantes auprès de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins:

1° la prévalence annuelle de chutes;

2° le nombre de personnes ayant fait une chute après avoir déjà chuté précédemment.

Art. 8. En vue de contrôler la qualité du suivi nutritionnel des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance recense le nombre de personnes dépendantes dont la documentation informe d'un suivi du poids et de son évolution dans le temps par une prise du poids régulière et au moins une fois par mois. Les variations de poids importantes sont mises en évidence lors du contrôle.

Art. 9. Afin de s'assurer de l'implication de la personne dépendante et de son entourage dans l'amélioration continue de la prise en charge, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance évalue l'existence d'un mécanisme formalisé de gestion des plaintes chez le prestataire d'aides et de soins. Ce mécanisme de gestion des plaintes fait l'objet d'une information de la personne dépendante et de son entourage.

Art. 10. Le contrôle de la qualité par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance comporte une appréciation de la qualité de la documentation des aides et soins fournis en recensant le nombre de documentations de la prise en charge relatives à un échantillon de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins dont le contenu correspond aux prescriptions du présent règlement grand-ducal. La nature des éléments manquants est mise en évidence.

L'échantillon correspond à un pourcentage représentatif de la population dépendante prise en charge par le prestataire d'aides et de soins évaluable dans la période déterminée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

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

Vu l'article 392, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les réseaux d'aides et de soins visés à l'article 389, paragraphe 1er du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants: R. 13.12.17

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le service d'aide à domicile,

b) le service de soins à domicile,

c) le logement encadré pour personnes âgées,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

2° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'assistance à domicile,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Art. 2. Les centres semi-stationnaires visés à l'article 389, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le centre psycho-gériatrique,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

2° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'activités de jour,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Art. 3. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu visés à l'article 390 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes âgées:

a) le centre intégré pour personnes âgées,

b) la maison de soins,

selon le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

Art. 4. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent visés à l'article 391 du Code de la sécurité sociale, disposent d'un ou de plusieurs des agréments suivants:

1° dans le domaine de l'accueil de personnes handicapées:

a) le service d'hébergement,

selon le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

LIVRE VI
DISPOSITIONS COMMUNES

Règlement grand-ducal du 31 mars 1962 déterminant la procédure devant les tribunaux en cas d'action pour détournement d'une prestation allouée par le Code des assurances sociales ou d'une allocation familiale[1)]

Vu l'article 437 du Code de la sécurité sociale [2)]:

Titre I. - Procédure devant le juge de paix

R. 31.3.62

Art. 1er. La requête introductive d'instance sera déposée en triple exemplaire au greffe de la justice de paix de la résidence du défendeur ou, à défaut de résidence dans le Grand-Duché, au siège de l'organisme débiteur de la prestation.

Outre les faits sur lesquels la demande est basée, la requête énoncera les noms, prénoms, professions et domiciles des parties, ainsi que les qualités en lesquelles elles agissent.

Elle contiendra, à peine de nullité, élection de domicile dans le Grand-Duché de la part du requérant qui n'y demeurerait pas.

Art. 2. Sur un registre de papier non timbré tenu à ces fins, le greffier inscrira la date du dépôt de la requête ainsi que celle du dépôt à la poste des lettres prévues par les présentes dispositions.

Art. 3. Dans la huitaine du dépôt de la requête le greffier convoquera les parties par lettres recommandées à la poste avec avis de réception, au délai minimum de trois jours francs.

Si l'une des parties réside hors du Grand-Duché, ce délai sera augmenté dans la mesure fixée par le juge.

L'organisme intéressé, s'il n'est lui-même partie requérante, sera appelé en cause d'office.

Copie de la requête sera jointe aux convocations adressées au défendeur et à l'organisme mis en cause.

Art. 4. Les parties comparaîtront en personne ou par fondés de pouvoir, lesquels, s'ils ne sont avocats inscrits à l'un des barreaux du pays, seront porteurs d'une procuration écrite.

Art. 5. En cas d'enquête ou d'expertise ordonnée, le greffier citera les témoins et experts par lettres recommandées, au délai minimum d'un jour franc, outre les délais de distance à déterminer de la manière prévue à l'alinéa 2 de l'article 3 qui précède.

Art. 6. Dans les trois jours du prononcé, le greffier notifiera aux parties les ordonnances avant dire droit ou définitives par lettres recommandées à la poste avec avis de réception.

Titre II. - Procédure devant le tribunal d'arrondissement

Art. 7. Les formes et délais prévus pour la procédure devant le juge de paix seront également applicables devant le tribunal d'arrondissement siégeant en chambre du conseil.

La procédure se fait sans le ministère d'avoué.

Titre III. - Tarif des dépens

Art. 8. En dehors de tous déboursés, il est alloué au greffier:

a) pour l'inscription du dépôt de la requête d'introduction d'instance ou d'appel au registre ad hoc trente cents (0,30 €)

b) pour chaque envoi de lettre recommandée douze cents (0,12 €)

c) pour la copie d'ordonnance ou de jugement avant faire droit ou définitif, tant contradictoire que par défaut à notifier aux parties, par copie et par envoi cinquante-neuf cents (0,59 €)

Art. 9. Tous autres frais seront calculés suivant le tarif en vigueur respectivement devant les justices de paix et les tribunaux d'arrondissement.

La partie requérante, si elle ne plaide en débet, fera l'avance des dépens et consignera entre les mains du greffier une somme à déterminer par ce dernier dans les limites de son dû.

---

1) Voir remarque ad article 437 du Code de la sécurité sociale.

2) Ancien article 292bis du Code des assurances sociales.

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

Vu l'article 304, alinéa 2, du Code des assurances sociales;

Vu l'article 35 de la loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales;[1)]

Art. 1er. Sont tenues de verser la cotisation intégrale due à l'assurance pension ouvrière, les personnes qui sont occupées dans les postes diplomatiques et consulaires, dans les missions diplomatiques établies au Grand-Duché, ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes, lorsque la cotisation dont le paiement incombe à l'employeur n'est pas versée par ce dernier. Sont tenues des mêmes obligations et sous les mêmes conditions, les personnes dont les employeurs établis à l'étranger se soustraient à leurs obligations. R. 6.5.65

Les dispositions de l'alinéa qui précède s'appliquent pareillement en ce qui concerne les cotisations dues à l'Association d'assurance accident, à la caisse régionale de maladie ainsi qu'à la caisse d'allocations familiales des ouvriers.

Les assurés visés aux alinéas qui précèdent sont tenus de faire leur déclaration d'affiliation à la caisse de maladie régionale de leur lieu de résidence et à l'Association d'assurance accident.

Art. 2. L'assuré a le droit de recours contre l'employeur aux fins de se faire rembourser la part patronale avancée par lui.

Règlement grand-ducal du 12 mai 1975 portant organisation et fonctionnement du centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale [2)]

Vu l'article 413, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale [3)]

Chapitre I. - Attributions

Art. 1er. Le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale, désigné ci-après par Centre commun, dont les attributions, conformément à l'article 413 du Code de la sécurité sociale[4)], ont un caractère essentiellement technique, aura notamment pour mission, dans l'intérêt des différentes institutions de sécurité sociale: R. 12.5.75

a) de gérer les équipements communs de saisie et de traitement de l'information;

b) d'effectuer sur ordinateur leurs travaux;

c) de promouvoir et d'organiser de façon rationnelle et coordonnée leur automatisation, notamment en ce qui concerne la programmation des applications, la collecte, la transmission et le traitement des données sur ordinateur;

d) de constituer, de gérer et de tenir à jour leurs fichiers communs;

e) d'enregistrer les affiliations aux différents régimes de sécurité sociale;

f) de procéder aux calculs, à la perception, au recouvrement et à la répartition des cotisations;

g) de leur fournir les informations individuelles ou statistiques qui sont nécessaires à l'exécution de leurs tâches;

h) de renseigner et d'informer les assurés;

i) d'être le correspondant dans leurs relations avec les employeurs;

j) de procéder au contrôle des employeurs et des assurés.

Dans l'accomplissement de ses tâches, le Centre commun bénéficiera de la collaboration des différentes institutions de sécurité sociale ainsi que de l'Inspection générale de la sécurité sociale qui, sur sa demande, bénéficiera de tous travaux et données nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

---

1) Il y a lieu de lire « article 32 de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales ».

2) Il y a lieu de lire « Centre commun de la sécurité sociale ».

3) Ancien article 8, alinéas 2 et 10 de la loi modifiée du 25 avril 1974.

4) Ancien article 8 de la loi modifiée du 25 avril 1974.

Chapitre II. - Organisation

Art. 2. Le Centre commun se compose d'une section informatique et d'une section affiliation et perception des cotisations. Aux fins du présent règlement ces deux sections seront désignées par les termes de respectivement «section informatique» et «section affiliation».

Art. 3. Sous réserve du droit du comité de gestion de disposer autrement, la section informatique est chargée des attributions visées à l'article 1er lettres a), b) et c) du présent règlement, la section affiliation de celles visées au même article, lettres d), e), f), g), h), i) et j). Celles ayant trait à l'Inspection générale de la sécurité sociale sont, suivant le cas, à charge de l'une ou de l'autre des deux sections.

Chapitre III. - Fonctionnement de la section affiliation

I. Les affiliations

Art. 4. Toutes déclarations d'entrée ou de sortie ainsi que tous changements généralement quelconques ayant une influence sur les modalités de l'assurance seront adressés à la section affiliation dans un délai de huit jours, sous peine d'amende d'ordre. Ces déclarations seront faites par les employeurs pour les assurés salariés et par les assurés eux-mêmes s'ils sont ressortissants de professions indépendantes ou affiliés volontaires, continués ou statutaires.

Aux fins de vérification des données recueillies, la section affiliation pourra s'entourer de tous renseignements qu'elle jugera utiles. Elle est autorisée à les recueillir au moyen de questionnaires soit auprès des employeurs, soit auprès des assurés; les questionnaires dûment remplis doivent être retournés à la section affiliation dans le délai prévu à l'alinéa 1 du présent article, sous peine d'amende d'ordre.

Dans l'accomplissement de sa mission elle bénéficie de l'aide de toutes administrations, les changements d'état civil ou de charge de famille étant recueillis notamment auprès des officiers de l'état civil.

Art. 5. La section affiliation procédera, suivant les directives des comités directeurs respectifs, à l'affiliation des assurés et transmettra sans délai toutes les données jugées nécessaires aux institutions de sécurité sociale compétentes.

Les contestations relatives aux affiliations seront vidées par la voie des recours ordinaires en matière de sécurité sociale. Néanmoins l'affiliation sera provisoirement maintenue jusqu'à une décision définitive.

La section affiliation enverra à chaque assuré une carte de légitimation qui vaudra, le cas échéant, accusé de réception de la déclaration d'entrée. En cas de cessation de l'assurance la section affiliation avisera aux moyens devant permettre d'informer les assurés de la cessation de leurs assurances. Elle procédera pour tous les assurés au renouvellement annuel de la carte de légitimation.

II. Déclaration et perception des cotisations

Art. 6. La section affiliation est chargée de la perception et du recouvrement des cotisations pour toutes les institutions de sécurité sociale. Toutefois, les caisses de maladie d'entreprises ainsi que les organismes de sécurité sociale du régime agricole sont autorisés à procéder eux-mêmes, pour le compte du Centre commun, à la perception et au recouvrement des cotisations qui leur sont dues. R. 30.6.87

Art. 7. Les employeurs sont tenus, pour les personnes qu'ils occupent, de déclarer tous les mois les rémunérations brutes telles qu'elles sont définies aux dispositions légales afférentes. A cet effet il ne sera pas tenu compte des plafonds cotisables le cas échéant prévus. R. 12.5.75

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent le Centre commun pourra passer des conventions spéciales avec les employeurs ou certaines catégories d'assurés.

Les employeurs disposant d'équipements informatiques pourront être autorisés à procéder au transfert des données sur support informatique ainsi qu'au calcul des cotisations à condition de se conformer aux normes établies par le Centre commun.

Les employeurs qui ne seront pas en mesure de définir la rémunération brute visée à l'alinéa 1 du présent article sont tenus de se procurer à la section affiliation un formulaire sur lequel ils indiqueront tous les renseignements nécessaires au calcul de la rémunération brute. Tous les changements à ces éléments sont à déclarer dans le délai de huit jours prévu à l'article 4 du présent règlement sous peine d'amende d'ordre.

Les revenus professionnels des non salariés tels que déterminés dans les législations afférentes sont fournis annuellement par l'administration des contributions.

Art. 8. A moins de convention conclue conformément à l'alinéa 2 de l'article 7 du présent règlement, la section affiliation enverra au début de chaque mois aux employeurs des listes regroupant l'ensemble des ouvriers et des employés qu'ils occupent.

Sur ces listes les employeurs sont tenus d'indiquer pour chaque personne toutes les rémunérations et tous autres avantages et indemnités généralement quelconques, soumis à cotisation en vertu de dispositions légales, dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance. Ils sont tenus en outre d'indiquer les modifications intervenues d'un mois à l'autre, soit par rapport au montant des rémunérations, soit par rapport à la composition du personnel soumis à l'assurance, en y ajoutant le cas échéant les dates d'entrée et de sortie.

Les avantages et indemnités généralement quelconques sont à inscrire séparément.

Les listes sont à retourner dans les dix jours à la section affiliation sous peine d'amende d'ordre.

Les inscriptions prévues par le présent article ne dispensent en aucun cas les employeurs de faire les déclarations prévues à l'article 4.

A la fin de chaque année les employeurs indiqueront pour chaque ouvrier le total de toutes les rémunérations réalisées, l'ensemble des journées de travail prestées y comprises les journées de repos complémentaire visées à l'article 197 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale; en outre ils indiqueront le total des salaires et mois cotisables auprès des régimes supplémentaires obligatoires.

Art. 9. La section affiliation procédera au calcul des cotisations en se basant sur les lois et règlements applicables à chaque institution de sécurité sociale.

Art. 10. La perception des cotisations dues aux institutions de sécurité sociale s'opérera tous les mois.

Toutefois en cas de convention conclue en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 7 du présent règlement, les employeurs pourront être autorisés à ne verser mensuellement que des avances dont le mode de calcul sera fixé dans la convention.

Art. 11. La section affiliation surveille les délais de paiements et procède au lancement des rappels et des sommations ainsi qu'au calcul des intérêts moratoires. Elle transmet aux différents comités directeurs un état de situation et propose les amendes d'ordre à infliger en application des dispositions légales en vigueur.

La section affiliation fait la perception des amendes d'ordre prononcées et des intérêts moratoires échus.

Au fur et à mesure de la rentrée des fonds, la section affiliation adressera à chaque institution des avances appropriées par rapport aux montants dus.

Les institutions pourront charger la section affiliation du recouvrement forcé des prestations que la loi, les règlements et les statuts mettent à charge des employeurs et des assurés.

Art. 12. Avant la fin de chaque année civile la section affiliation adressera à chaque assuré un relevé de compte annuel indiquant respectivement les journées ou les mois d'assurance, ainsi que les montants des rémunérations ou cotisations inscrits à son compte pour l'année précédente.

L'assuré qui n'aura pas reçu de relevé de compte dans le délai prévu ci-dessus devra le réclamer dans les trois mois.

Art. 13. A la fin de chaque mois la section affiliation transmettra aux différentes institutions un état comptable renseignant notamment sur les cotisations payées, les cotisations dues, les avances, les arriérés, les amendes d'ordre, les intérêts moratoires ainsi que les redressements, restitutions et transferts. Cet état sera accompagné d'un relevé statistique sur l'évolution des effectifs des assurés et des masses de salaires.

Art. 14. La section affiliation fournira également aux différentes institutions et à l'Inspection générale de la sécurité sociale les statistiques, nécessaires tant au niveau national qu'international, relatives aux nombres et mouvements des assurés et des coassurés ainsi qu'aux rémunérations déclarées. Les données ainsi établies serviront entre autre de base à l'élaboration des tables actuarielles de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'étude de l'évolution générale des salaires, traitements ou revenus des assurés.

Ces renseignements porteront notamment sur une répartition par sexe, par âge, par état civil, par nationalité, par classe socio-professionnelle, par tranche de revenus et par nombre de journées de travail.

Les critères selon lesquels seront établies ces statistiques et leurs périodicités seront fixés par le comité de gestion sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Chapitre IV. - Fonctionnement de la section informatique

I. Relations entre la section informatique et les institutions de sécurité sociale

Art. 15. Chaque institution de sécurité sociale faisant appel à la section informatique pour le traitement de ses données, de même que la section affiliation visée à l'article 2 du présent règlement, désignera auprès de la section informatique un ou plusieurs responsables, appelés correspondants informatiques.

Ces correspondants devront posséder des connaissances approfondies de leurs services ainsi que des notions générales en informatique et analyse.

Ils feront la liaison entre leur institution et la section informatique tant pour les applications courantes et leurs modifications éventuelles que pour l'élaboration et la réalisation de nouvelles applications.

La centralisation des données et leur communication à la section informatique avec les paramètres des travaux à exécuter se feront par l'intermédiaire de ces correspondants. A ces fins ils disposeront d'un pouvoir de décision pour engager leur institution pour toutes les questions pratiques se rattachant aux travaux à effectuer par le centre pour le compte de l'institution qu'ils représentent.

Lors de la réception des résultats et avant de les faire parvenir aux différents services de leurs institutions, les correspondants procéderont à la vérification de leur conformité avec les paramètres demandés.

II. Responsabilité du Centre commun

Art. 16. Le Centre commun n'est responsable des données qui lui seront confiées qu'à partir du moment où elles entrent effectivement en sa possession et au plus jusqu'au moment où elles seront récupérées par les correspondants informatiques. Les modalités de transmission et les mesures de sécurité y relatives feront l'objet de conventions particulières à conclure entre le Centre commun et les différentes institutions.

Le Centre commun n'est responsable de la conduite des travaux que dans la mesure où les données et les spécifications des traitements mises à la disposition de sa section informatique permettent l'exécution correcte des travaux dans les délais impartis.

En période de fonctionnement normal, la section informatique exécute les travaux dans les délais prévus par le plan établi à cet effet; le Centre commun n'est responsable ni des retards dus à des pannes de matériel ou d'alimentation électrique, ni des retards des fournisseurs de supports informatiques. En cas d'incidents spécifiés ci-dessus, il sera procédé conformément aux dispositions prévues à l'article 20 du présent règlement.

La responsabilité du bon fonctionnement de programmes réalisés par les différentes institutions elles-mêmes sera entièrement assumée par ces dernières.

III. Protection des données, des programmes et des installations

Art. 17. Ne pourront en aucun cas être enregistrées d'autres données que celles qui sont strictement nécessaires à la réalisation des objectifs du Centre commun, définis à l'article 413 du Code de la sécurité sociale[1)].

Le Centre commun devra établir pour sa section informatique un règlement d'ordre intérieur ayant notamment pour objet de définir les mesures à prendre en vue d'éviter les risques de pertes, de mutilation, de vol, d'indiscrétion, de détournement ou de toutes destructions abusives du matériel et des installations.

Art. 18. La protection des données détenues, transmises ou élaborées par la section informatique s'étend à tous les fichiers établis en vue d'un traitement informatique des données, à toutes les données stockées et aux résultats du traitement de ces fichiers et données ainsi qu'aux programmes de traitement et s'applique quels que soient leur stade d'élaboration, la nature du support sur lequel elles se trouvent enregistrées et l'endroit où elles sont gardées.

Cette protection implique notamment que ces données ne puissent être consultées, modifiées, extraites, détériorées ou détruites par quiconque ne serait habilité à le faire.

Art. 19. Le secret des données confiées au centre est inviolable.

Sans égard au statut, à sa fonction, au degré ou à la durée d'occupation, le personnel du Centre est tenu à la stricte observation du secret informatique, tel qu'il découle de la protection des données définie au n° III du présent chapitre et veille au respect rigoureux des dispositions du présent règlement ainsi que des mesures d'exécution, des notes et prescriptions de service prises ou à prendre en vue de son exécution et devant régler entre autre la protection physique des données et des installations, les accès aux locaux du centre ainsi que la mise en oeuvre détaillée des contrôles internes et externes des chaînes et programmes de traitement informatique.

Les dispositions relatives au secret professionnel propres aux différentes institutions de sécurité sociale sont applicables de plein droit au personnel de la section informatique du centre pour autant qu'il traite les données couvertes par un tel secret.

Par ailleurs quiconque est appelé à collaborer à des travaux du centre ou à des travaux effectués pour son compte, notamment par un constructeur, expert ou conseiller informatique, est tenu au secret informatique au même titre que le personnel du centre.

IV. Organisation des travaux

Art. 20. Toutes les entrées et sorties de documents, bordereaux et supports informatiques seront consignées et datées sur un registre spécial par la section informatique.

La section informatique établira tous les mois un calendrier des travaux à réaliser au cours du mois suivant; pour l'établissement de ce calendrier toutes les institutions bénéficieront concurremment du même rang. Toutefois le calendrier devra tenir compte d'une liste de priorité des applications établies par le comité de gestion.

Ce calendrier déterminera les dates et les heures limites avant lesquelles les données et les paramètres devront être parvenus à la section informatique; passé ces délais le traitement des données en question se fera conformément aux dispositions de l'alinéa suivant.

---

1) Ancien article 8 de la loi modifiée du 25 avril 1974.

La section informatique pourra exécuter des travaux urgents ou non prévus au calendrier. Au cas où ces travaux nécessiteraient le déplacement de délais initialement prévus l'accord des correspondants informatiques est requis.

Art. 21. Les horaires de travail des personnes occupées à la section informatique et des correspondants informatiques seront fixés par un règlement d'ordre intérieur. Ils seront déterminés par les nécessités de l'exploitation et ne coïncideront pas nécessairement avec les heures de bureau normales. Si les besoins du service l'exigent, les travaux seront effectués la nuit ou en dehors des jours ouvrables. La rémunération des heures supplémentaires prestées se fera d'après les dispositions légales et réglementaires afférentes.

V. Prise en charge d'une application nouvelle

Art. 22. Tout service qui voudra modifier une application existante ou faire développer une application nouvelle, devra le faire par l'intermédiaire de son correspondant informatique. A cet effet le correspondant informatique élaborera, en commun avec les services d'études de la section informatique, un cahier des charges de l'application. Après accord du service concerné et de la section informatique sur le cahier des charges, l'application sera programmée sur la base du cahier des charges et soumise aux services compétents pour vérification et application.

Art. 23. La section informatique est chargée de développer et d'optimiser le système informatique de la sécurité sociale et peut proposer aux institutions des changements et des applications nouvelles.

Chapitre V. - Répartition des charges

Art. 24. Le Centre commun dresse un inventaire sur toutes les prestations fournies aux différents utilisateurs. Il établit le coût global de l'ensemble des charges et détermine la part incombant à chaque utilisateur suivant une clef de répartition.

Cette clef de répartition est établie sur la base de la moyenne annuelle du nombre des assurés recensés au dernier de chaque mois auprès des différentes institutions.

On entend par assuré:

- les assurés actifs, obligatoires et volontaires, ainsi que les bénéficiaires de pension, affiliés auprès des caisses de maladie;
- les assurés actifs, obligatoires et volontaires des institutions de pension ainsi que les bénéficiaires de pension relevant de leur compétence en vertu des dispositions légales régissant l'assurance migratoire;
- les salariés occupés dans les entreprises assurées auprès de l'Association d'assurance accident, section industrielle, y compris les personnes ayant contracté une assurance statutaire, ainsi que les bénéficiaires de rentes de la même association;
- les entreprises assurées auprès de l'Association d'assurance accident, section agricole et forestière, de même que les bénéficiaires de rentes de la même association;
- les personnes dont les rémunérations ou revenus ont servi de base au calcul des cotisations des caisses d'allocations familiales.

Lors de la détermination de la clef de répartition il pourra être tenu compte d'un coefficient de pondération, établi par le comité de gestion, reflétant l'importance des travaux à assumer par le Centre commun pour les différentes institutions.

Tous les ans le Centre commun soumet un rapport financier aux utilisateurs.

Chapitre VI. - Rétribution des membres du comité de gestion du Centre commun

Art. 25. Les membres effectifs et suppléants du comité de gestion jouiront des mêmes jetons de présence que ceux fixés pour les membres des différents organes de l'office des assurances sociales.

Des indemnités fixes pourront être accordées par le gouvernement en conseil sur proposition du ministre du travail et de la sécurité sociale.

Règlement grand-ducal du 28 janvier 1987 concernant la perception des cotisations de sécurité sociale par le centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations[1)]

Vu les articles 8, 10 et 14 de la loi modifiée du 25 avril 1974 portant institution d'une Inspection générale de la sécurité sociale et création d'un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale; [2)]

Vu l'article 242 du Code des assurances sociales;[3)]

Art. 1er. La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. Un acompte est perçu au cours du premier mois suivant la naissance de la dette. Le solde est réclamé au cours du mois subséquent. R. 28.1.87

Art. 2. Les redevances visées à l'article 1er ci-dessus sont payables dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte-cotisation.

Art. 3. L'acompte correspond au montant de la cotisation facturée pour le mois précédent.

Art. 4. Les dispositions des articles 1 à 3 du présent règlement sont applicables aux cotisations nées après le 1er Chapitre II. - Présentation annuelle des comptes

---

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

Vu l'article 104, alinéa 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;

Art. 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 3 la valeur moyenne des rémunérations en nature dont l'énumération suit, est fixée à partir du 1er janvier 1998, tant pour les travailleurs masculins que pour les travailleurs féminins, aux taux suivants: R. 24.12.97

a) entretien complet:
   cent cinquante euros (150 €) par mois
   ou cinq euros (5 €) par journée;
b) pension complète:
   cent trente euros (130 €) par mois
   ou quatre euros et cinquante cents (4,50 €) par journée;
c) pension partielle:
   soixante-quinze euros (75 €) par mois
   ou deux euros et cinquante cents (2,50 €) par journée;
   La pension partielle consiste dans la prestation d'un seul repas principal; la simple prestation d'une collation n'est pas prise en considération;
d) logement:
   vingt euros (20 €) par mois et par chambre pour toutes les localités du pays;
e) au cas où les prestations en nature sont accordées aux membres de la famille du salarié, les taux sont réduits:
   1) pour le conjoint à quatre-vingts pour cent,
   2) pour chaque enfant de moins de six ans à trente pour cent,
   3) pour chaque enfant âgé de six ans au moins à quarante pour cent.

Art. 2. Les taux prévus à l'article 1er sont réduits à soixante-dix pour cent en ce qui concerne les travailleurs agricoles. R. 28.12.90

Art. 3.

(1) La valeur moyenne des rémunérations en nature, telle que cette valeur a été fixée par les articles 1er et 2, ne s'applique qu'aux seuls salariés qui prennent leurs repas au ménage de l'employeur avec les autres membres de ce ménage ou qui obtiennent un entretien complet dans le cadre de l'organisation interne de l'entreprise de l'employeur.

---

1) *Il y a lieu de lire « Centre commun de la sécurité sociale ».*

2) *Depuis L. 22.12.89 il y a lieu de lire* « articles 320, 339 et 332 du Code des assurances sociales ».

3) *Depuis L. 27.7.87 il y a lieu de lire* « article 245 du Code des assurances sociales ».

(2) Pour les salariés qui ne remplissent pas les conditions de l'alinéa 1, la valeur des rémunérations en nature est fixée: R. 25.4.94

1) en ce qui concerne le repas pris dans une cantine d'entreprise installée par l'employeur à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €) par repas principal;
2) en ce qui concerne le repas offert au salarié dans un restaurant par l'employeur ne disposant pas d'une cantine d'entreprise, à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €) pour le repas principal pris au cours d'une journée de travail. Toutefois, lorsque le prix du repas mis en compte par le restaurateur à charge de l'employeur, dépasse, compte tenu du prix déboursé par le salarié, le montant de huit euros et quarante cents (8,40 €), la valeur fiscale de la rémunération en nature s'établit à deux euros et quatre-vingt cents (2,80 €), augmentés de la différence entre ledit prix et le montant de huit euros et quarante cents (8,40 €);
3) en ce qui concerne les repas principaux autres que ceux visés sub 1) et 2), respectivement au prix de revient du repas offert par l'employeur ou au prix du repas mis en compte par le restaurateur à charge de l'employeur et le prix déboursé par le salarié.

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

R. 25.1.17

Vu l'article 455, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale;

Titre I. - Procédure devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale

Art. 1er. Les recours prévus par le Code de la sécurité sociale doivent être formés, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. R. 12.2.09,2

Elle indique les noms, prénoms, numéros d'identité, profession et domicile du demandeur, ainsi que la qualité en laquelle il agit, et énonce l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. La requête doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale. Il en est de même des autres pièces produites en cours de la procédure. Si la requête est présentée par un mandataire, ce dernier, s'il n'est pas avocat doit justifier d'une procuration spéciale. Cette dernière doit être présentée au plus tard lors du débat oral et avant que celui-ci ne soit entamé. R. 24.12.93

Le délai est également considéré comme observé lorsque les recours sont produits en temps utile auprès d'une institution de sécurité sociale au sens de l'article 396 du Code de la sécurité sociale. Dans ces cas, les requêtes doivent être transmises immédiatement au Conseil arbitral de la sécurité sociale. R. 12.2.09,3

Art. 2. La date d'entrée des requêtes introductives de recours est inscrite par le greffe sur un registre ad hoc ou sur un support informatique adéquat. Y est inscrit en outre la date des lettres recommandées prévues par le présent règlement. R. 24.12.93

Art. 3. Un exemplaire de la requête est transmis à l'institution de sécurité sociale dont émane la décision attaquée, avec sommation d'effectuer dans les quinze jours le dépôt de tous les documents relatifs à l'action intentée qui se trouvent en sa possession ou dont elle entend se servir en cours d'instance.

Art. 4. Le président instruit l'affaire et peut, avant le débat oral, rassembler les moyens de preuve. Il ordonne toute mesure d'instruction qu'il juge utile et il peut notamment par ordonnance commettre toute personne de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise sur une question de fait qui requiert l'avis d'un expert.

Art. 5. Les assurés ou leurs mandataires peuvent prendre connaissance des dossiers au secrétariat du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Sur demande ils obtiennent communication des pièces relatives au litige, le cas échéant, contre remboursement.

Le président décide dans quelle mesure les intéressés ou leurs représentants peuvent consulter les rapports médicaux.

Art. 6. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut choisir un ou plusieurs médecins qu'il s'adjoint comme experts lors des débats oraux.

Art. 7. Le jour et l'heure du débat oral ainsi que le lieu de réunion sont notifiés aux assesseurs [1] et aux parties par lettre recommandée. Un délai de huit jours au moins entre la réception de la convocation et le jour indiqué pour la comparution est à respecter.

---

1) Le terme « délégués-assesseurs » est remplacé par le terme « assesseurs » par R. 12.2.09.

Art. 8. Même dans le cas où les parties ne comparaîtraient ni en personne, ni par mandataire, le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut statuer sur le recours.

L'affaire peut être remise à une séance ultérieure, lorsque les parties ou l'une d'elles font connaître au Conseil arbitral de la sécurité sociale l'impossibilité de se présenter à la date indiquée; une nouvelle convocation est envoyée dans les formes ci-dessus déterminées.

Art. 9. Les décisions par défaut peuvent être attaquées par la voie de l'opposition. L'opposition doit être formée par requête conforme aux dispositions de l'article 1er du présent règlement, dans les quinze jours de la notification de la décision attaquée.

Art. 10. Le président peut, pour le débat oral, citer des témoins et des experts et prendre toutes autres mesures, en particulier ordonner la comparution personnelle du demandeur.

Les témoins et les experts sont cités par lettre recommandée ou remise contre récépissé. L'avis de réception de la poste est versé au dossier.

Art. 11. Ne peut, dans une affaire, faire partie du Conseil arbitral de la sécurité sociale celui qui est partie dans l'affaire, qui est ou a été le conjoint d'une partie, qui est parent ou allié d'une partie jusqu'au troisième degré inclusivement ou qui a pris part à la décision litigieuse.

L'inobservation des dispositions qui précèdent ne constitue une cause de nullité que si elle a été préalablement invoquée.

Art. 12. Dans les cas énoncés à l'article qui précède, les membres du Conseil arbitral de la sécurité sociale peuvent être récusés. Ils peuvent être récusés également pour cause de suspicion légitime. La récusation pour cause de suspicion légitime est recevable s'il existe des faits qui peuvent justifier la mise en doute de l'impartialité d'un membre. La partie intéressée doit faire valoir le motif de la récusation avant d'entamer le débat devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La partie qui veut récuser un membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale, est tenue de former la récusation et d'en exposer les motifs par un acte qu'elle dépose au greffe du Conseil arbitral de la sécurité sociale, qui la communique immédiatement au membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale concerné.

Le membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale est tenu de donner en bas de cet acte, dans le délai de deux jours sa déclaration par écrit, portant, ou son acquiescement à la récusation, ou son refus de s'abstenir, avec ses réponses aux moyens de récusation.

Dans les trois jours de la réponse du membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale qui refuse de s'abstenir, ou faute par lui de répondre, expédition de l'acte de récusation et de la déclaration du membre du Conseil arbitral de la sécurité sociale, s'il y en a, est envoyée par le greffe, sur réquisition de la partie la plus diligente au Conseil supérieur de la sécurité sociale. La récusation est jugée en dernier ressort dans la huitaine, sans qu'il soit besoin d'appeler les parties.

Art. 13. Les débats sont publics à moins que le Conseil arbitral de la sécurité sociale décide par jugement de siéger à huis clos. Ils sont ouverts par un exposé de l'affaire donné par le président.

Ensuite les parties ou leurs mandataires sont entendus dans leurs observations.

Le président peut faire expulser de la salle d'audience toute personne qui proférerait des injures soit à son adresse, soit à celle d'un des assesseurs ou d'un témoin.

Art. 14. Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil arbitral de la sécurité sociale délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune. Le président opine le dernier. S'il se forme plus de deux opinions, celle du président prévaut.

Art. 15. Le président prononce la décision sur le champ. Il peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe les jour et heure.

Art. 16. Les notes au plumitif sont signées par le greffier. Elles mentionnent le lieu et la date de l'audience, les noms et profession du président, des assesseurs et du greffier, avec indication de la qualité en laquelle ils agissent, l'objet du recours, les noms des parties, et le cas échéant de leurs mandataires.

Art. 17. Les notes au plumitif doivent mentionner:

1) les déclarations des parties ayant pour objet le retrait du recours, les déclarations de désistement et les déclarations ou arrangements ayant pour but de mettre fin au litige;
2) les demandes et déclarations qui diffèrent de celles faites antérieurement par les intéressés;
3) l'avis émis par le médecin-expert du Conseil arbitral de la sécurité sociale;
4) le dispositif de la décision et son prononcé.

Un extrait du plumitif est délivré en copie à la partie au litige qui en fait la demande.

Art. 18. Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans les quinze jours du prononcé, aux parties intéressées par lettre recommandée ou remise contre récépissé.

Art. 19. Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale[1)].

Art. 20. Pour autant que le présent titre ne prévoit pas de disposition spécifique, les règles de procédure civile devant les justices de paix sont applicables.

Titre II. - Procédure devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 21. L'appel doit être interjeté, sous peine de forclusion, dans les quarante jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Elle doit indiquer sommairement les moyens sur lesquels se fonde l'appel.

Les alinéas 2 et 3 de l'article 1er du présent règlement sont applicables en matière d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Art. 22. L'article 2 du présent règlement s'applique au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sur ce registre est inscrite en outre la date des lettres recommandées prévues par le présent règlement.

Art. 23. Un exemplaire de la requête est transmis à la partie défenderesse en appel. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale est immédiatement informé de l'introduction de l'appel.

Art. 24. Les articles 4 à 13, 16 et 1°, 1°, 2° et 4° du présent règlement sont applicables à la procédure devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Toutefois, par dérogation aux articles précités, le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale peut charger un des assesseurs magistrat qui font partie du Conseil supérieur de la sécurité sociale de préparer l'instruction de l'affaire et de faire rapport. Le rapport est fait lors du débat oral.

Art. 25. Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil supérieur de la sécurité sociale délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune.

Le président opine le dernier.

La décision est prise à la majorité des voix.

S'il se forme plus de deux opinions sans qu'il y ait majorité absolue, les membres du conseil sont tenus de se réunir à l'une des deux émises par le plus grand nombre de votants.

S'il y a partage des voix, celle du président prévaut.

Art. 26. Le président prononce la décision d'appel sur le champ. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe les jour et heure.

La décision rendue par le Conseil supérieur de la sécurité sociale est définitive.

Art. 27. Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans le mois du prononcé au plus tard aux parties intéressées ainsi qu'au Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Art. 28. Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale.

Art. 29. Pour autant que le présent titre ne prévoit pas des dispositions spécifiques, les règles de procédure civile devant la Cour d'appel sont applicables.

Titre III. - Procédure particulière des articles 67 à 70 du Code de la sécurité sociale

Art. 30. Lorsque le Conseil supérieur de la sécurité sociale est saisi par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale par requête conformément à l'article 68 du Code de la sécurité sociale ou par le médiateur conformément à l'article 69 du Code de la sécurité sociale, le président fixe aux parties au litige un délai dans lequel elles peuvent faire valoir leurs moyens et conclusions.

Lorsqu'il s'agit de l'adaptation annuelle de la lettre-clé conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale, les moyens et conclusions des parties doivent être présentées jusqu'au 15 septembre au plus tard.

Les parties sont admises à faire valoir leurs moyens et conclusions tant oralement que par des mémoires écrits.

Les mémoires sont déposés au greffe par leurs auteurs dans autant d'exemplaires qu'il y a de parties et notifiés par les soins du greffe aux autres parties en cause.

Le président peut ordonner toute mesure d'instruction qu'il juge utile et qu'il reçoit lui-même ou par un membre qu'il délègue à cet effet.

---

1) Par R. 12.2.09, 7 les termes « l'article 318, alinéas 4 et 5 du Code des assurances sociales » sont remplacés par les termes « l'article 458, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale ».

Les parties, les témoins et les experts sont convoqués par les soins du greffe aux jour et heure fixés par le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Les sentences arbitrales du conseil sont notifiées aux parties au litige; communication en est donnée à l'autorité de surveillance.

Titre IV. - Procédure particulière de l'article 62 du Code de la sécurité sociale

Art. 31. Les litiges au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité sont portés par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale par simple requête.

Ils sont tranchés d'après les règles prévues à l'article 30 alinéas 3 à 6.

Les décisions du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont notifiées aux parties du litige.

Titre V. - Procédure particulière de l'article 72bis du Code de la sécurité sociale R. 23.12.99

Art. 32. Si le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou le Conseil supérieur de la sécurité sociale est appelé à statuer conformément à l'article 72bis, alinéas 4 et 5 du Code des assurances sociales, les dispositions prévues au titre Ier et au titre II du présent règlement sont applicables.

Titre VI. - Procédure particulière de l'article 73 du Code de la sécurité sociale

Art. 33. Après la décision de renvoi de la Commission de surveillance devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, le greffe du Conseil arbitral de la sécurité sociale convoque par lettre recommandée le prestataire de soins en cause et la partie qui a soumis l'affaire à la Commission de surveillance, à comparaître à jour et heure fixes.

La comparution ne peut être ordonnée avant la huitaine suivant la notification au prestataire de soins en cause.

Art. 34. Les parties au litige comparaissent personnellement ou par avocat.

Art. 35. Si le prestataire en cause ne comparaît pas au jour et à l'heure fixés dans la convocation, il est jugé par défaut.

Cependant l'affaire peut être remise à une séance ultérieure, lorsque les parties ou l'une d'elles font connaître au Conseil arbitral de la sécurité sociale l'impossibilité de se présenter à la date indiquée; une nouvelle convocation est envoyée dans les formes ci-dessus déterminées.

Art. 36. Le prestataire de soins condamné par défaut n'est plus recevable à s'opposer à l'exécution du jugement s'il ne se présente pas à l'audience indiquée par l'article suivant, sauf ce qui est réglé sur l'appel et le recours en cassation.

Art. 37. La condamnation par défaut est considérée comme non avenue si, dans les quinze jours de la notification qui en a été faite, le prestataire de soins en cause forme opposition au jugement et notifie son opposition tant au Conseil arbitral de la sécurité sociale qu'aux autres parties au litige.

En cas d'opposition, le greffe convoque l'opposant et les parties à une prochaine audience.

Art. 38. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut instituer une expertise. Dans le jugement il précise les renseignements qu'il désire obtenir des experts, ainsi que les questions sur lesquelles il appelle leur attention et dont il demande la solution.

Le jugement ordonnant l'expertise est notifié au prestataire en cause.

Le prestataire de soins peut, de son côté, mais sans retarder l'expertise, choisir un expert à ses propres frais qui a le droit d'assister à toutes les opérations, d'adresser toutes réquisitions aux experts désignés par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et de consigner ses observations à la suite du rapport ou dans un rapport séparé.

Les experts commis par le Conseil arbitral de la sécurité sociale l'avisent des jour, lieu et heure de leurs opérations et le Conseil arbitral de la sécurité sociale informe, à son tour, l'expert choisi par le prestataire de soins.

Art. 39. L'instruction se fait dans l'ordre suivant.

Le procès-verbal de la Commission de surveillance est lu par le greffier. Les témoins, s'il en a été appelé par l'une ou l'autre partie sont entendus s'il y a lieu; les parties prennent leurs conclusions.

Art. 40. Les audiences sont publiques.

Néanmoins, le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut, en constatant dans son jugement que la publicité est dangereuse pour l'ordre public ou les moeurs, ordonner par jugement rendu en audience publique que les débats auront lieu à huis clos.

Tout jugement est prononcé en audience publique.

Art. 41. Le Conseil arbitral de la sécurité sociale prononce le jugement dans l'audience où l'instruction a été terminée ou lors d'une audience suivante.

Art. 42. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale où l'affaire est instruite dans les formes prévues au présent titre.

Art. 43. Pour autant que le présent titre ne prévoie pas de disposition spécifique, les règles de procédure devant les justices de paix, respectivement devant la Cour d'appel sont applicables.

Titre VII. - Frais

Art. 44. Tous les frais tant du Conseil arbitral de la sécurité sociale que du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont à charge de l'État. R. 24.12.93

Art. 45. (article abrogé) R. 25.1.17

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

Vu l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale[1];

Art. 1er. La rémunération nette déclarée par l'employeur pour les personnes qu'il occupe dans le cadre de sa vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de ses enfants ainsi que pour lui assurer des aides et des soins en raison de son état de dépendance est adaptée d'office à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État. R. 18.11.98

Art. 2. Compte tenu de l'adaptation prévue à l'alinéa qui précède, la rémunération nette déclarée est communiquée à la fin de chaque semestre à l'employeur et à l'assuré.

Elle est acquise définitivement comme assiette de cotisation et pour le calcul des prestations, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale par écrit une différence avec la rémunération, ceci sous peine de forclusion au plus tard au cours de l'exercice qui suit celui auquel elle se rapporte. Dans ce dernier cas, le Centre commun de la sécurité sociale met en compte, le cas échéant, après vérification la rémunération effective qui sera à son tour sujette aux adaptations futures d'office visées à l'article 1er.

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

Vu l'article 428, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale [2];

Art. 1er. Les intérêts moratoires sur les cotisations, contributions et avances exigibles par le Centre commun de la sécurité sociale commencent à courir à partir du premier jour du premier mois qui suit l'échéance des cotisations, contributions ou avances. R. 18.12.98

Art. 2. Le taux d'intérêts moratoires est fixé à 0,6 pour cent par mois entier de calendrier, les fractions de mois étant négligées.

Le taux d'intérêts moratoires réduit est fixé à 0,0 pour cent par mois entier de calendrier, les fractions de mois étant négligées. Le taux d'intérêt réduit est appliqué lorsque le Centre commun de la sécurité sociale accorde des délais de paiement. Le défaut de paiement à l'échéance des délais accordés entraîne l'application du taux d'intérêts moratoires prévu à l'alinéa précédent. [3] R. 19.12.20, 1er

Art. 3. Les paiements partiels s'imputent par priorité sur les intérêts. Les intérêts échus ne produisent pas d'intérêts. R. 18.12.98

Art. 4. Le présent règlement s'applique aux cotisations, contributions et avances dues pour l'exercice 1999 et suivants.

---

1) Ancien article 330 alinéa 2 du Code des assurances sociales.
2) Ancien article 332, alinéa 4 du Code des assurances sociales.
3) R. 19.12.20,2 : Entrée en vigueur: 1er janvier 2021.

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

Vu les articles 46, 50, 57, 143, 252, 262, 400, 414 et 454, paragraphe 3, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 20 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique;

Chapitre 1er – **Désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale** R. 9.12.08

Art. 1er. Dans les trente jours suivant la constitution des chambres professionnelles à la suite de leurs élections, celles-ci procèdent à la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale d'après les modalités du présent règlement.

A cet effet, les chambres professionnelles s'assemblent en collèges électoraux.

Dans la Chambre des salariés:

- un premier collège électoral est constitué par tous les groupes de la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents actifs et retraités des chemins de fer luxembourgeois;
- un deuxième collège électoral est constitué par le groupe des agents actifs et retraités des chemins de fer luxembourgeois.

Dans la Chambre des fonctionnaires et employés publics:

- un premier collège électoral est constitué par tous les groupes de la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux;
- un deuxième collège électoral est constitué par le groupe des fonctionnaires et employés communaux.

La Chambre de commerce, la Chambre des métiers et la Chambre d'agriculture constituent chacune un seul collège électoral.

Le président de la chambre professionnelle nouvellement constituée fixe la date et l'heure de la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale, ainsi que la durée du scrutin qui sont communiquées aux membres des collèges électoraux par lettre recommandée.

Art. 2. Chaque collège électoral est appelé à désigner ou à élire les délégués effectifs et suppléants conformément au tableau figurant en annexe faisant partie intégrante du présent règlement.

Pour chaque délégué effectif, il y a lieu de désigner ou d'élire selon les mêmes modalités un délégué suppléant.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des cinq délégués des employeurs de la Caisse nationale de santé se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, deux, la Chambre des métiers en désigne trois et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne trois, la Chambre des métiers en désigne deux.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des cinq délégués des employeurs du Centre commun de la sécurité sociale, se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, trois, la Chambre des métiers en désigne deux et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne deux, la Chambre des métiers en désigne trois.

A défaut de désignation conjointe, la désignation des sept délégués des employeurs de l'Association d'assurance accident se fait suivant les modalités suivantes: la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, trois, la Chambre des métiers en désigne quatre et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne quatre, la Chambre des métiers en désigne trois. [1)] R. 1.6.10

---

1) ***R. 1.6.10,3:***
Avant le 1er juillet 2010, les chambres professionnelles sont appelées à désigner ou à élire en vertu des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des institutions et juridictions de sécurité sociale les délégués effectifs et suppléants du conseil d'administration de l'Association d'assurance accident comme suit:
– la Chambre des salariés désigne sept délégués des salariés du secteur privé;
– la Chambre des fonctionnaires et employés publics désigne un délégué des salariés du secteur public;
– la Chambre d'agriculture désigne un délégué des employeurs;
– la Chambre de commerce et la Chambre des métiers désignent conjointement sept délégués des employeurs. A défaut de désignation conjointe, la désignation des sept délégués des employeurs se fait suivant les modalités suivantes : la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, trois, la Chambre des métiers en désigne quatre et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne quatre, la Chambre des métiers en désigne trois.
Pour chaque délégué effectif, il y a lieu de désigner ou d'élire selon les mêmes modalités un délégué suppléant.
Les premiers délégués désignés conformément à l'alinéa 1er entreront en fonction le 1er juillet 2010.

Chapitre 2 – **Les modalités de la désignation**

Section 1 – Présentation de candidatures

Art. 3. La présentation des candidats se fait, pour chaque institution et juridiction de sécurité sociale, sous forme de listes à remettre au président de la chambre professionnelle, au plus tard avant dix-sept heures du soir du deuxième jour ouvrable avant la date fixée pour la désignation. Passé ce délai, les candidatures ne sont plus recevables. Le dépôt est attesté par un reçu à délivrer par le président de la chambre professionnelle au déposant. R. 9.12.08

Chaque liste doit être présentée sous sa signature par un membre de la chambre professionnelle qui peut être en même temps candidat.

La liste indique les numéros d'identité de sécurité sociale, noms, prénoms, professions et domiciles des candidats, ainsi que de la personne qui la présente et la dépose.

Toute liste doit comprendre un nombre de candidats égal au double du nombre des délégués effectifs à élire.

Chaque liste électorale doit porter une dénomination et, dans le cas où des listes différentes portent des dénominations identiques, les mandataires sont invités à établir les distinctions nécessaires, à défaut de quoi, et avant l'expiration du délai imparti pour les déclarations de candidatures, ces listes sont désignées par une lettre d'ordre par le président de la chambre professionnelle.

Art. 4. Le président de la chambre professionnelle vérifie, arrête et enregistre les listes de candidats. Il les munit de numéros d'ordre correspondant à leur ordre de présentation.

Les électeurs peuvent prendre inspection des listes déposées au siège de la chambre professionnelle.

Section 2 – Dispense d'élections

Art. 5. Si une seule liste de candidats a été présentée et que cette liste désigne expressément, d'une part les délégués effectifs, et, d'autre part, les délégués suppléants dans l'ordre suivant lequel ils doivent remplacer les délégués effectifs respectifs, ceux-ci sont désignés par le président de la chambre professionnelle sans autre formalité. Il en est dressé procès-verbal qui est signé par le président de la chambre professionnelle.

Il y aura un délégué suppléant pour chaque délégué effectif. Le délégué suppléant appelé à remplacer un délégué effectif devra représenter la même chambre professionnelle que le délégué effectif empêché ou qui a cessé ses fonctions.

En cas de pluralité de listes, il est procédé à des élections conformément à la procédure définie au chapitre 3.

Chapitre 3 – **Procédure électorale**

Section 1 – Mode de scrutin

Art. 6. Les élections se font à l'urne au scrutin de liste suivant les règles de la représentation proportionnelle.

Section 2 - Bureau électoral

Art. 7. Le bureau électoral se compose du président de la chambre professionnelle, d'un secrétaire et d'un nombre de scrutateurs égal au nombre de listes présentées désignés par le président de la chambre professionnelle sur proposition des mandataires ayant présenté la liste.

Si le président de la chambre professionnelle est lui-même candidat à une élection, un vice-président non-candidat de la même chambre professionnelle ou, à défaut, le membre non-candidat le plus âgé de la même chambre professionnelle assumera la présidence du bureau électoral.

Aucun candidat ne peut faire partie du bureau électoral.

Section 3 – Bulletins de vote

Art. 8. Le président du bureau électoral établit la formule des bulletins de vote qui reproduisent les numéros d'ordre des listes, leur dénomination, les noms et prénoms des candidats ainsi que le nombre de suffrages dont dispose l'électeur.

Chaque liste est surmontée d'une case réservée au vote, deux autres cases se trouvant à la suite des noms et prénoms de chaque candidat. La case de tête est noire et présente au milieu un cercle de la couleur du papier.

Section 4 – Opérations de vote

Art. 9. Les noms des électeurs qui se présentent pour voter sont pointés sur les listes électorales. L'électeur reçoit ensuite des mains du président du bureau électoral un bulletin de vote, plié en quatre, à angle droit, et se rend dans un compartiment isolé pour le remplir.

Après avoir exprimé son vote, l'électeur montre au président du bureau électoral le bulletin dûment replié et le dépose dans l'urne. Le secrétaire prend note du dépôt.

Art. 10. Le droit de vote est exercé personnellement. En cas d'empêchement d'un membre effectif du collège électoral, le vote par procuration peut être exercé par un membre suppléant. Pour être admis au vote, ce dernier doit présenter au bureau électoral la lettre recommandée visée à l'article 1er, alinéa 6, ainsi qu'une procuration signée par le membre effectif empêché. Acte en est fait au procès-verbal.

Art. 11. Chaque électeur dispose d'autant de suffrages qu'il y a de délégués effectifs et suppléants à élire.

L'électeur peut attribuer deux suffrages aux candidats de son choix jusqu'à concurrence du total des suffrages dont il dispose. Chaque croix (+ ou x) inscrite dans l'une des deux cases réservées derrière les noms des candidats vaut un suffrage.

L'électeur qui remplit le cercle de la case placée en tête d'une liste ou qui y inscrit une croix (+ ou x), adhère à cette liste en totalité et attribue ainsi un suffrage à chacun des candidats de cette liste.Tout cercle rempli même incomplètement et toute croix, même imparfaite, expriment valablement le vote, à moins que l'intention de rendre le bulletin reconnaissable ne soit manifeste.

L'électeur qui aurait détérioré son bulletin, peut en obtenir un autre par le président du bureau électoral contre remise du bulletin détérioré qui est détruit. Acte en est pris au procès-verbal.

Section 5 – Dépouillement des bulletins

Art. 12. Après la clôture du scrutin, le président du bureau électoral mêle tous les bulletins déposés dans l'urne. Les bulletins sont dépliés par le secrétaire, soumis à l'inspection du bureau et remis au président qui énonce nominativement les suffrages.

Les scrutateurs font le recensement et en tiennent note séparément. Ces notes sont paraphées par le président du bureau électoral et annexées au procès-verbal.

Art. 13. Est nul tout bulletin qui:

a) ne contient l'expression d'aucun suffrage;

b) contient plus de suffrages qu'il y a de membres à élire;

c) porte une marque quelconque;

d) fait connaître le votant.

Section 6 – Attribution des sièges

Art. 14. Le bureau électoral arrête le nombre des bulletins nuls et des bulletins valables et les fait inscrire au procès-verbal. Il en est de même pour les suffrages de liste et les suffrages nominatifs.

Art. 15. Les suffrages donnés à une liste en totalité (suffrages de liste) ou aux candidats individuellement (suffrages nominatifs) comptent à la liste pour le calcul de la répartition proportionnelle des sièges entre les listes.

Le nombre total des suffrages valables des listes est divisé par le nombre des délégués effectifs à élire augmenté de un. Est appelé «nombre électoral» le nombre entier immédiatement supérieur au quotient ainsi obtenu.

Art. 16. Chaque liste reçoit à la répartition autant de sièges que le nombre électoral est contenu de fois dans le nombre des suffrages qu'elle a recueillis.

Lorsque le nombre des délégués élus à la suite de la répartition prévue à l'alinéa 1er reste inférieur à celui des délégués effectifs à élire, on divise le nombre des suffrages de chaque liste par le nombre de sièges qu'elle a déjà obtenus, augmenté de un. Le siège est attribué à la liste qui obtient le quotient le plus élevé. On répète le même procédé s'il reste encore des sièges disponibles.

En cas d'égalité, le siège disponible est attribué à la liste qui a recueilli le plus de suffrages.

Les opérations de calcul sont à faire par un scrutateur et le secrétaire du bureau électoral.

Art. 17. Les sièges sont attribués dans chaque liste aux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages nominatifs. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est élu.

Art. 18. Les noms des délégués effectifs élus sont proclamés par le président du bureau électoral dès que le résultat de l'élection est connu et communiqués par tous moyens appropriés aux électeurs.

Il en est de même des délégués suppléants qui sont proclamés pour chaque liste au même nombre que les délégués effectifs de la liste, dans l'ordre des voix que chacun a obtenues.

Est de même proclamé le nombre de suffrages nominatifs obtenus par chacun des autres candidats dans l'ordre des suffrages obtenus. Ils acquièrent rang de suppléant au fur et à mesure qu'il y a lieu de compléter le nombre de ceux-ci.

Art. 19. Le procès-verbal des opérations qui précèdent est dressé et signé séance tenante et communiqué aux institutions et juridictions de sécurité sociale respectives. Le procès-verbal des opérations qui précèdent est conservé dans les archives des institutions et juridictions de sécurité sociale. Expédition en est transmise au plus tard le lendemain de sa signature au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les bulletins sont tenus à la disposition

du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale jusqu'au surlendemain de l'expiration du délai prévu pour les réclamations dans des contenants scellés par le président. Ils sont détruits dans la suite.

Art. 20. Lorsqu'un délégué est exclu ou déchargé de ses fonctions ou lorsque, pour un motif quelconque, un délégué quitte ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il n'est pas procédé à une élection complémentaire avant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date des dernières élections des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale, mais les suppléants sont appelés aux fonctions de délégués effectifs dans l'ordre correspondant au résultat des élections. Le remplaçant achève le mandat de celui qu'il remplace.

En cas d'empêchement des membres effectifs d'une liste, les délégués suppléants de la même liste, dans l'ordre correspondant au résultat des élections, sont convoqués aux séances de la délégation pour y siéger avec voix délibérative.

Le délégué suppléant appelé à remplacer un délégué effectif devra représenter la même chambre professionnelle que le délégué effectif empêché ou qui a cessé ses fonctions.

Si, pendant la période quinquennale en cours, le nombre de membres suppléants devient inférieur au nombre des membres effectifs, les candidats n'ayant pas obtenu un mandat aux premières élections, mais ayant appartenu à la même liste électorale que les membres à suppléer, remplacent d'office les postes des membres suppléants vacants dans l'ordre du nombre des voix obtenues lors de ces élections.

S'il ne peut être pourvu au remplacement d'un membre suppléant conformément à l'alinéa précédent, un nouveau membre suppléant est désigné par le collège électoral auquel appartient le membre à remplacer sur proposition du groupement auquel appartient le membre à remplacer.

Section 7 – Contestations

Art. 21. Toutes les contestations qui surgissent au sein du bureau électoral au cours du dépouillement des bulletins ou de l'attribution des sièges ou qui ont été soulevées par les témoins, sont tranchées à la majorité des voix, celle du président étant prépondérante en cas de parité.

Ces contestations et décisions sont relatées succinctement au procès-verbal.

La validité de l'élection peut être contestée par les candidats sous peine de forclusion dans les huit jours après la proclamation du résultat.

Les recours motivés sont à adresser par écrit, sous pli recommandé à la poste, au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui décide d'urgence.

Suivant les circonstances, il y a lieu à annulation des élections dans leur ensemble ou à révision de leur résultat.

Chapitre 4 – **Disposition abrogatoire et formule exécutoire**

Art. 22. Le règlement grand-ducal modifié du 13 juillet 1993 ayant pour objet la désignation des délégués des assurés et des employeurs dans les institutions d'assurance maladie, le Centre commun de la sécurité sociale, les caisses de pension, le Fonds de compensation commun au régime général de pension et les juridictions de sécurité sociale ainsi que des délégués des assurés dans l'Association d'assurance accident, section industrielle est abrogé

ANNEXE

	CNS[a)]	CMFEP[b)]	CMFEC[c)]	EMCFL[d)]	Mutualité	AAA[e)]	CNAP[f)]	FDC[g)]	CCSS[h)]	CASS[i)]	CSSS[j)]
Ch. des salariés						eff./7 suppl. (désignés par les deux collèges électoraux)			5 eff./ 5 suppl. (désignés par les deux collèges électoraux)		
collège électoral sans CFL	5 eff./ 5 suppl.						8 eff./ 8 suppl.	4 eff./ 4 suppl.		25 d.assurés	10 d.assurés
collège électoral CFL	1eff./ 1 suppl.			6 eff./ 6 suppl.						3 d.assurés	3 d.assurés
Ch. des fonctionnaires et employés publics						1 eff./1 suppl. (désigné par les deux collèges électoraux)			1 eff./ 1 suppl. (désigné par les deux collèges électoraux)		
collège électoral État	1eff./ 1 suppl.	6 eff./ 6 suppl.								3 d.assurés	3 d.assurés
collège électoral communes	1eff./ 1 suppl.		6 eff./ 6 suppl.							3 d.assurés	3 d.assurés
Ch. de commerce	1 d. non-salarié eff./ 1 suppl. 2 d. employeurs eff./ 2 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)				3 eff./ 3 suppl.	3 d. employeurs eff./3 suppl. pour 2,5 années (4 pour 2,5 années après)	1 d. non-salarié eff./ 1 suppl. 4 d.employeurs eff./ 4 suppl.	2 d. eff./ 2 suppl.	3 d. employeurs eff./ 3 suppl. pour 2,5 années (2 pour 2,5 années après)	11 d.employeurs	4 d.employeurs
Ch. des métiers	1 d. non-salarié eff./ 1 suppl. 3 d. employeurs eff./ 3 suppl. pour 2,5 années (2 pour 2,5 années après)				3 eff./ 3 suppl.	4 d. employeurs eff./4 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)	1 d. non-salarié eff./1 suppl. 1 d.employeurs eff./ 1 suppl.	2 d. eff./ 2 suppl.	2 d. employeurs eff./ 2 suppl. pour 2,5 années (3 pour 2,5 années après)	11 d.employeurs	4 d.employeurs
Ch. d'agriculture	1 d. non-salarié eff./ 1 suppl.				1 eff./ 1 suppl.	1 eff. /1 suppl.	1 d. non-salarié eff./1 suppl.		1 eff./ 1 suppl.	3 d.employeurs	2 d.employeurs

a. Caisse nationale de santé
b. Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
c. Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
d. Entraide médical de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois
e. Association d'assurance accident
f. Caisse nationale d'assurance pension
g. Fonds de compensation
h. Centre commun de la sécurité sociale
i. Conseil arbitral de la sécurité sociale
j. Conseil supérieur de la sécurité sociale

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

Vu les articles 34, alinéas 1 et 3, 38, alinéa 1 et 241, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les compléments et accessoires au sens de l'article 34, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale qui rentrent dans l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie sont l'ensemble des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variation, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. R. 16.12.08

Art. 2. Les rémunérations en nature sont mises en compte suivant la valeur fixée en application de l'article 104, alinéa 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et des mesures d'exécution prises par l'administration fiscale.

Les recettes provenant de l'économie et de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur ne sont pas prises en compte pour l'assiette cotisable en matière de sécurité sociale.

Il en est de même de l'allocation de repas accordée dans le secteur public, ainsi que des formes analogues de rémunération du secteur privé.

Art. 3. Le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale est abrogé.

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

Vu les articles 28, 45, 49, 58, 129, 251, 261, 331, 381, 405 à 409, 415 et 417 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'article 20 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité;

Chapitre I – **Champ d'application**

R. 19.12.08

Art. 1er. Sont à considérer comme institutions de sécurité sociale pour l'application du présent règlement grand-ducal, désignées ci-après par «institutions», les établissements publics visés à l'article 396, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale ainsi que le Fonds national de solidarité.

Chapitre II – **Tenue de la comptabilité**

Art. 2. Chaque institution doit tenir une comptabilité appropriée à la nature et à l'étendue de ses activités, conformément aux règles usuelles de la comptabilité en partie double.

La comptabilité de l'institution doit couvrir l'ensemble de ses opérations, de ses avoirs, de ses créances et droits de toute nature, de ses dettes, obligations et engagements de toute nature.

Les comptes des institutions doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

Plan comptable uniforme

Art. 3. Les institutions appliquent un plan comptable uniforme arrêté par l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les annexes du plan comptable uniforme définissent les procédures générales applicables en matière de comptabilité et précisent pour chaque compte les opérations, droits et obligations à y enregistrer ainsi que les règles de cette comptabilisation.

Les comptes à utiliser par l'institution sont ouverts par l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui peut charger l'institution de l'ouverture de comptes.

Règles générales de comptabilisation

Art. 4. Les écritures courantes sont comptabilisées lorsque l'institution a une connaissance suffisamment fiable de ses droits et obligations et de leurs montants. Cette connaissance est formalisée par une pièce justificative datée qui est à l'origine de l'écriture comptable; chaque écriture porte un indice de référence à sa pièce justificative.

Toutes les opérations sont inscrites sans retard, de manière fidèle, transparente et complète avec l'indication notamment de leur nature et, le cas échéant, de la contrepartie, et par ordre de date, soit dans un livre journal unique, soit dans des journaux spécialisés. La procédure

utilisée pour la comptabilisation doit être approuvée préalablement par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

L'organisation du système de traitement de l'information financière et comptable d'une institution doit en permanence permettre de reconstituer, à partir des pièces justificatives appuyant les données entrées, les éléments des comptes et états, ou, à partir de ces comptes et états, de retrouver ces données et les pièces justificatives.

Art. 5. Aucune inscription se rapportant à un mois donné ne peut être opérée après la troisième semaine du mois subséquent, sauf dérogation à autoriser par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur demande du comptable. Cette disposition ne s'applique pas aux inscriptions de fin d'année qui sont régies par les articles 6 à 8.

Clôture de l'exercice comptable

Art. 6. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement. Les produits et les charges de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance dans les conditions prévues par le plan comptable uniforme.

Aucune inscription se rapportant à un exercice donné ne peut être opérée après le 15 mars de l'exercice subséquent. Toutefois, sur demande dûment motivée de l'institution, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut autoriser celle-ci d'opérer des écritures jusqu'au 15 avril au plus tard à condition que ces écritures concernent des opérations se rattachant à l'exercice qui n'ont pas pu être comptabilisées jusqu'au 15 mars pour des raisons indépendantes de la volonté de l'institution et dont la prise en considération est absolument indispensable pour donner aux comptes annuels une image fidèle de la situation financière.

Sont exclues d'une prolongation du délai de clôture les opérations comptables ayant un effet sur la comptabilité d'une autre institution. R. 30.12.10

Art. 7. L'Inspection générale de la sécurité sociale est informée de la clôture d'exercice par la réception de la balance définitive arrêtée et des comptes annuels définis à l'article 11. R. 19.12.08

La clôture des documents comptables et le respect des règles fixées par le plan comptable uniforme sont constatés sur la balance définitive de l'exercice. R. 30.12.10

Art. 8. A la clôture des comptes, les écritures de fin d'année ont pour objet de compléter les écritures courantes pour rattacher les charges et produits à l'exercice auxquels ils se rapportent. R. 19.12.08

Lors des opérations de fin d'année, les droits et obligations, nés au cours de l'exercice clos, mais pour lesquels l'institution n'a pas reçu ou exploité la pièce justificative, sont rattachés à cet exercice. Leur évaluation peut être fondée sur l'observation des données statistiques des années précédentes.

Le rattachement est conditionné par la naissance au cours d'un exercice d'une opération et la possibilité de mesurer cette opération de manière fiable. Ce rattachement s'opère au moyen des comptes de provisions, de charges à payer et de produits à recevoir, de charges et de produits constatés d'avance suivant les règles fixées par le plan comptable uniforme et après accord préalable de l'Inspection générale de la sécurité sociale pour chaque écriture.

Conservation des documents

Art. 9. Les livres comptables et les pièces comptables doivent être conservés pendant dix ans au moins à partir de la date de clôture de l'exercice auquel ils se rapportent. Toutefois pour les sous-pièces, telles notes d'honoraires et factures, le délai de conservation est égal au délai de prescription ou de renouvellement des prestations augmenté d'une année.

Le délai de dix ans n'est pas applicable dans le cas de biens amortissables pour lesquels les factures d'achat doivent être conservées aussi longtemps que sont opérées les déductions des amortissements.

Art. 10. Les documents et informations visés aux articles 4 et 9, à l'exception du bilan et du compte de résultat, peuvent être conservés sur support informatique, à condition que les reproductions ou les enregistrements correspondent au contenu des documents ou des informations à conserver et qu'ils peuvent être produits pendant la durée de la conservation.

Chapitre III – **Comptes annuels**

Art. 11. Les comptes annuels comprennent le bilan, le compte de résultat ainsi que l'annexe définie à l'article 12. Ces documents forment un tout.

Le bilan est établi sur la base d'un inventaire complet des avoirs et droits ainsi que des dettes, obligations et engagements au 31 décembre.

Toute compensation entre les postes d'actif et de passif, ou entre les postes de charges et de produits est interdite sauf dans les cas prévus dans le plan comptable uniforme.

Art. 12. L'annexe comporte, suivant les modalités inscrites au plan comptable uniforme des institutions de sécurité sociale et les autres instructions de l'Inspection générale de la sécurité sociale: R. 30.12.10

1) les éléments ou circonstances qui affectent de manière significative, par rapport à l'exercice précédent, la formation du résultat, la situation financière ou le patrimoine de l'institution ainsi que les statistiques concernant le fonctionnement de l'assurance;
2) les éléments qui se rattachent à l'exercice sous revue ou à des exercices antérieurs et qui sont susceptibles d'affecter la situation financière de l'institution et dont il n'a pas pu être tenu compte au moment de la clôture des comptes;
3) les changements des méthodes et principes comptables, les modifications de la présentation ainsi que les modes d'évaluation appliqués pour les écritures de fin d'année;
4) la liste des redressements comptables opérés à la demande de l'Inspection générale de la sécurité sociale dans son avis sur les comptes annuels de l'exercice précédent;
5) le relevé des écritures comptables opérées par dérogation aux règles du plan comptable uniforme et les justifications y afférentes;
6) le détail des frais d'administration et de gestion du patrimoine de l'exercice sous forme d'un tableau reproduisant pour chaque crédit le montant approuvé au budget de l'institution, les transferts de crédit, les dépassements de crédits limitatifs, les plus-values et moins-values des autres crédits ainsi que le solde final; le tableau est accompagné des motifs des dépassements de crédits limitatifs et des autorisations ministérielles de dépassement;
7) un organigramme du personnel de l'institution en place au 31 décembre;
8) un état des titres et valeurs détenus et des prêts accordés suivant le modèle et les règles d'évaluation prévus par le plan comptable uniforme;
9) un état du patrimoine immobilier et des amortissements suivant le modèle et les règles d'évaluation prévus par le plan comptable uniforme.

Aux fins de l'application du point 6) de l'alinéa qui précède, les caisses de maladie définies à l'article 48 du Code de la sécurité sociale transmettent à la clôture de l'exercice comptable les motivations des dépassements de crédits limitatifs à la Caisse nationale de santé. Celle-ci établit un tableau séparé pour chacune des quatre institutions ainsi qu'un tableau global pour l'ensemble de ces caisses. R. 19.12.08

Chapitre IV – **Budget**

Etablissement du budget

Art. 13. En vue d'assurer l'établissement uniforme des crédits, le caractère réaliste des prévisions et la transparence de la présentation, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut préciser par des circulaires budgétaires à l'intention des institutions les hypothèses d'évolution des recettes et des dépenses, les modalités de transmission du budget ainsi que le contenu du tableau budgétaire et de l'annexe prévus à l'article 16 à respecter lors de l'établissement du budget.

Art. 14. Les institutions transmettent à l'Inspection générale de la sécurité sociale les évaluations des crédits pour l'exercice subséquent appelant une participation de l'État suivant les instructions et dans les formes inscrites dans la circulaire budgétaire du Ministère des Finances deux semaines avant la date de transmission prévue dans ladite circulaire.

Contenu du budget

Art. 15. Le budget comprend toutes les dépenses et toutes les recettes prévisibles découlant des lois, règlements, conventions et statuts, y compris le cas échéant la dotation ou le prélèvement à la réserve. Il est établi annuellement et porte sur la période du 1er janvier au 31 décembre.

Art. 16. Le budget comprend le tableau des dépenses et recettes et l'annexe explicative.

Le tableau du budget comporte un état comparatif des montants du compte annuel de l'exercice clos, du budget approuvé par le ministre de tutelle et du compte prévisionnel de l'année en cours ainsi que du budget de l'exercice à venir. La structure des postes des dépenses et des recettes du budget est arrêtée par l'Inspection générale de la sécurité sociale et s'aligne sur le plan des comptes applicable pour l'institution concernée.

L'annexe comporte, dans les formes prescrites par l'Inspection générale de la sécurité sociale: R. 30.12.10

1) les modalités d'évaluation des crédits et les justifications des crédits avec les statistiques concernant le fonctionnement de l'assurance, R. 19.12.08
2) le tableau prospectif du personnel avec la distinction entre effectif autorisé et postes occupés,
3) les dépassements de crédits de l'exercice en cours approuvés par le conseil d'administration avec le motif des dépassements,
4) les transferts de crédits de l'exercice en cours,
5) le plan de trésorerie pour les derniers mois de l'exercice en cours et pour l'exercice budgétaire.

Types de crédits

Art. 17. Les crédits suivants sont limitatifs: R. 30.12.10

1) les crédits pour frais d'administration à l'exception des crédits définis comme non limitatifs par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les annexes au plan comptable uniforme;
2) les crédits pour frais de gestion du patrimoine.

Tous les autres crédits sont non limitatifs.

Art. 18. Sont susceptibles de transfert à d'autres crédits uniquement les crédits pour frais de fonctionnement, à l'exception de ceux définis comme non susceptibles de transfert par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les annexes au plan comptable uniforme.

Ne peuvent pas bénéficier d'un transfert les crédits limitatifs pour lesquels le montant arrêté est égal à zéro.

Aucun transfert de crédit ne peut être opéré avant le 1er juillet de l'exercice.

Chaque transfert fait l'objet d'une décision lors de la première réunion du conseil d'administration ou du comité directeur suivant l'opération de transfert.

Ordonnancement, recouvrement et paiement

Art. 19. Les paiements se font sur base d'une ordonnance signée par le président de l'institution ou par un employé dirigeant désigné à cet effet par lui. R. 19.12.08

La fonction d'ordonnateur est incompatible avec celle de comptable. L'Inspection générale de la sécurité sociale est informée sans délai de tout changement des délégations.

Art. 20. Les encaissements et paiements se font au moyen de virements.

Toutefois des comptables extraordinaires désignés par le conseil d'administration peuvent procéder à des paiements en espèces ou par chèque dans les situations prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Ces comptables extraordinaires tiennent les registres et journaux de paiement mis à jour au fur et à mesure de leurs opérations et les soumettent sur demande au service comptable de l'institution compétente.

Dépassement d'un crédit limitatif

Art. 21. Les dépassements de crédits limitatifs approuvés par le conseil d'administration ou le conseil d'administration sont soumis préalablement à l'engagement à l'approbation du ministre de tutelle, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis.

De tels dépassements ne sont autorisés que s'il s'agit de dépenses imprévisibles lors de l'établissement du projet de budget, indispensables et dont le règlement ne peut être différé.

Les dépenses visées par l'alinéa qui précède dont l'engagement ne peut être différé sans compromettre le service de l'institution peuvent être engagées provisoirement par le président après l'approbation du ministre de tutelle, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis. L'engagement fait l'objet d'une décision lors de la première réunion du conseil d'administration ou du conseil d'administration suivant l'approbation ministérielle. R. 30.12.10

Sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le ministre de tutelle peut exiger que l'institution réalise des économies sur d'autres crédits pour compenser le dépassement.

Contrôle budgétaire

Art. 22. Les crédits limitatifs sont soumis à un contrôle budgétaire mensuel. R. 19.12.08

A cet effet les caisses de maladie transmettent à la fin de chaque mois les dépenses ordonnancées et le solde des crédits disponibles à la Caisse nationale de santé. Celle-ci établit une situation mensuelle globale renseignant les dépenses comptabilisées, les dépenses ordonnancées mais non encore comptabilisées et le solde des crédits disponibles. A partir du début du deuxième semestre une copie de ces tableaux est transmise mensuellement à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

A la fin de chaque mois, la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation, l'Association d'assurance accident, le Centre commun de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs, la Caisse pour l'avenir des enfants et le Fonds national de solidarité établissent une situation mensuelle renseignant les dépenses comptabilisées, les dépenses ordonnancées mais non encore comptabilisées et le solde des crédits disponibles. A partir du début du deuxième semestre une copie de ces tableaux est transmise mensuellement à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La situation mensuelle est complétée par un relevé des transferts de crédits opérés par l'institution et des dépassements de crédit autorisés par le ministre de tutelle suivant le modèle arrêté par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Dispositions spécifiques à l'assurance maladie

Art. 23. La programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale porte sur trois années au moins y compris l'exercice budgétaire de l'année à venir. Une période plus longue d'observation est retenue pour étudier l'incidence d'une dépense nouvelle ou d'un changement significatif dans l'application de la législation.

Art. 24. La Caisse nationale de santé et les différentes caisses de maladie soumettent à l'Inspection générale de la sécurité sociale le budget de leurs frais d'administration et, le cas échéant, des frais de gestion de leur patrimoine immobilier accompagnés des pièces justificatives prévues à l'article 16, alinéa 3, sous les points 1) à 4) dans la forme et le délai fixés par l'Inspection générale de la sécurité sociale. R. 30.12.10

L'Inspection générale de la sécurité sociale contrôle les propositions budgétaires quant à leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, leur caractère réaliste et la concordance de la croissance globale des frais d'administration avec les directives de la circulaire budgétaire du ministère des Finances.

L'Inspection générale de la sécurité sociale transmet les budgets des frais d'administration de la Caisse nationale de santé et des différentes caisses de maladie ensemble avec son avis au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les budgets approuvés par le ministre sont transmis à la Caisse nationale de santé qui inscrit d'office les crédits dans le budget global.

Art. 25. L'annexe du budget global de l'assurance maladie-maternité est complétée par les tableaux de financement relatifs à la gestion des prestations en nature, à la gestion des prestations en espèces et à la gestion des prestations de maternité. R. 19.12.08

Dispositions spécifiques aux frais administratifs communs à plusieurs institutions

Art. 26. Les crédits relatifs aux frais administratifs communs au sens de l'article 30 sont établis et gérés par l'institution désignée à cet effet par l'Inspection générale de la sécurité sociale; cette dernière précise la forme des documents et les délais de leur transmission.

L'Inspection générale de la sécurité sociale contrôle les propositions budgétaires quant à leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, leur caractère réaliste et la concordance de la croissance globale des frais d'administration avec les directives de la circulaire budgétaire du Ministère des Finances.

Art. 27. Les montants des crédits relatifs aux frais administratifs communs retenus en application de l'article 26 et ceux relatifs à la participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale à inscrire par les institutions dans leur budget sont communiqués par l'Inspection générale de la sécurité sociale aux institutions concernées qui les inscrivent d'office dans leur budget. R. 30.12.10

Art. 28. (article abrogé)

Budget provisoire

Art. 29. Des dépenses inévitables et habituelles qui relèvent de la mission légale de l'institution peuvent être engagées sur un budget soumis, mais non encore approuvé au début de l'exercice par le ministre de tutelle. R. 19.12.08

Chapitre V – **Répartition des frais administratifs communs**

Art. 30. Les frais administratifs communs incombant à plusieurs institutions et administrations disposant de locaux communs sont répartis au prorata de la surface occupée au 1er janvier de l'année précédente.

La clé de répartition est établie annuellement par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 31. Les frais du Centre commun de la sécurité sociale, y compris ceux visés à l'article 30, sont répartis entre les utilisateurs à l'aide de la clé de répartition ci-après basée sur les cotisations perçues par le Centre commun pour l'utilisateur, les prestations payées par l'utilisateur et les traitements et salaires payés par l'utilisateur: R. 30.12.10

Caisse nationale de santé	39,27 %
Mutualité des employeurs	3,86 %
Association d'assurance accident	5,46 %
Caisse nationale d'assurance pension	37,36 %
Caisse pour l'avenir des enfants	9,50 %
Fonds national de solidarité	2,78 %
Service de santé au travail multisectoriel	0,18 %
Chambre des salariés	0,24 %
Chambre d'agriculture	0,01 %
Inspection générale de la sécurité sociale	1,34 %

Chapitre VI – **Prise en charge des frais d'administration de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois**

Art. 32. La Caisse nationale de santé prend en charge les frais de personnel pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois affectés à l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois. R. 19.12.08

L'effectif du personnel de la caisse de maladie est composé par:

- un personnel d'encadrement de quatre unités au minimum ayant respectivement le diplôme de fin d'études secondaires, secondaires techniques ou y assimilés;
- un personnel administratif de six unités au minimum ayant accompli avec succès cinq années d'études post primaires.

Le nombre total de l'effectif de la caisse ne peut dépasser quatorze unités.

Au cas où la convention collective ou le statut applicable au personnel de l'entreprise prévoit la possibilité d'une carrière ouverte, le passage d'un emploi administratif à un emploi d'encadrement n'est pris en compte aux fins du présent règlement, que si l'intéressé a accompli au moins dix années au service de la caisse de maladie.

Art. 33. La Caisse nationale de santé prend en charge le loyer payé par l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois selon les modalités en vigueur en matière d'évaluation des bâtiments publics.

Chapitre VII – **Dispositions diverses**

Art. 34. Sont abrogés:

- le règlement grand-ducal du 22 décembre 1989 concernant la comptabilité et les comptes annuels des organismes de la sécurité sociale et du Fonds national de solidarité,
- le règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladie-maternité,
- le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale,
- le règlement grand-ducal du 24 novembre 2003 concernant la prise en charge par l'Union des caisses de maladie des frais de fonctionnement des caisses de maladie d'entreprise,
- le règlement grand-ducal du 10 février 1993 concernant l'organisation administrative provisoire de la Caisse pour l'avenir des enfants.

Art. 35. Les pensions en cours au 31 décembre 2008 payées par l'Office des assurances sociales, l'Administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes et l'Administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole au personnel retraité de ces institutions sont à charge de la Caisse nationale d'assurance pension.

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

Vu les articles L. 234-71 du Code du travail, 402, paragraphe 3 et 454, paragraphe 8 du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le congé spécial pour mandat social prévu à l'article L. 234-71 du Code du travail comprend pour chaque réunion ou pour chaque audience des institutions et juridictions y énumérées un nombre maximum de quatre heures de travail. R. 19.12.08

Art. 2. Le congé spécial pour mandat social ne peut être utilisé par les personnes concernées que pour l'exercice des missions qui découlent directement de l'accomplissement de leur mandat.

Art. 3. Le congé pour mandat social est considéré comme temps de travail effectif. Pendant la durée du congé, les dispositions légales en matière de sécurité sociale et de protection de l'emploi restent applicables.

La durée du congé pour mandat social ne peut pas être imputée sur le congé annuel de récréation tel qu'il est fixé par la loi ou par une convention spéciale.

Les bénéficiaires du congé pour mandat social continuent, pendant la durée du congé, à toucher leur rémunération et à jouir des avantages attachés à leur activité professionnelle.

Art. 4. Pour les membres et assesseurs salariés, le remboursement à l'employeur à charge de la chambre professionnelle, de l'institution de sécurité sociale ou de la juridiction concernée du salaire défini à l'article L. 234-71 du Code du travail est effectué une fois par an sur base d'une déclaration à présenter à l'institution ou à la juridiction concernée au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle pour laquelle le remboursement est demandé. Faute de présentation de la déclaration de remboursement à cette date, le droit au remboursement pour l'année en question est déchu.

La déclaration est faite sur une fiche que chaque membre ou assesseur reçoit du président de l'institution ou de la juridiction concernée et qu'il remet à son employeur qui la remplit et qui signe la déclaration et la demande en remboursement.

L'exactitude des indications de la fiche est certifiée par la signature de la personne intéressée.

Art. 5. Les membres et assesseurs non salariés exerçant une occupation professionnelle sont indemnisés pour le temps qu'ils consacrent à l'exercice de leurs mandats.

Le montant de l'indemnité horaire est fixé forfaitairement au double du salaire social minimum pour salariés qualifiés.

Art. 6. Le paiement de l'indemnité à l'intéressé est effectué une fois par an par la chambre professionnelle, l'institution de sécurité sociale ou la juridiction concernée sur base d'une déclaration à présenter à l'institution ou à la juridiction concernée au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle pour laquelle l'indemnisation est demandée. Faute de présentation de la déclaration d'indemnisation à cette date, le droit à l'indemnisation pour l'année en question est déchu.

La déclaration est faite sur une fiche que chaque intéressé reçoit du président de l'institution ou de la juridiction concernée. L'intéressé remplit et signe la déclaration et la demande de paiement.

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

Vu les articles 46, 252 et 381 du Code de la sécurité sociale;

Pondération et calcul des voix

R. 7.1.09

Art. 1er. (1) Le nombre de voix pondéré des délégués représentant les assurés et les employeurs au sein du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé est le suivant:

1) pour chacun des 5 délégués représentant les salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer: 17 voix
2) pour le délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés: 2 voix
3) pour le délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics: 1 voix
4) pour le délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux: 8 voix
5) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce: 2 voix
6) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers: 2 voix
7) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture: 2 voix
8) pour chacun des 5 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers: 18 voix

(2) Le président dispose de 96 voix.

Art. 2. Si le conseil d'administration siège dans la composition prévue à l'article 46, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, le nombre des voix attribuées à chacun des délégués salariés est fixé à 12.

Le nombre de voix attribuées aux autres délégués et au président reste identique à celui fixé à l'article 1er du présent règlement.

Art. 3. Si le conseil d'administration siège dans la composition prévue à l'article 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, les voix des délégués des assurés sont fixées conformément à l'article 1er, alinéas 1) à 7) du présent règlement.

Dans ce cas, le nombre des voix du président est fixé à 102.

Art. 4. (1) Le nombre de voix pondéré des délégués représentant les assurés et les employeurs au sein du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension est le suivant:

1) pour chacun des 8 délégués représentant les salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés: 6 voix
2) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce: 1 voix
3) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers: 1 voix
4) pour le délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture: 1 voix
5) pour chacun des 5 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers: 9 voix

(2) Le président dispose de 48 voix.

Remplacement par un suppléant

Art. 5. Les délégués qui sont empêchés d'assister à la séance en avisent aussitôt que possible le président, qui convoque leurs suppléants.

Le délégué suppléant a le même nombre de voix que le délégué effectif qu'il remplace.

Vote par procuration

Art. 6. Le droit de vote est exprimé personnellement. Cependant, en cas d'empêchement d'un membre effectif du conseil d'administration non remplacé par un suppléant, il peut être fait appel à la procédure du vote par procuration.

Un délégué absent peut se faire représenter par un autre délégué sans que toutefois un même délégué ne puisse représenter plus d'un délégué absent.

Si un délégué doit quitter une séance à laquelle il assistait, il doit mandater un autre délégué pour exprimer son droit de vote.

Le délégué mandaté exerce le nombre de voix du délégué qu'il représente.

Ces dispositions s'appliquent par analogie au délégué suppléant qui remplace un autre délégué effectif ou suppléant.

Dispositions communes

Art. 7. Les dispositions qui précèdent ne préjudicient pas l'application des articles 46, alinéa 5, 252, alinéa 4 et 381, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

Afin de rétablir l'équilibre visé aux articles 46, alinéa 5 ou 252, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, le nombre de voix fixé aux articles 1er, 2 et 4 du présent règlement est multiplié par le nombre de voix dont dispose le président et divisé par le nombre total des voix dont dispose chaque groupe de délégués effectifs ou suppléants présents ou votant par procuration. Sont considérés comme groupes de délégués celui des assurés et celui des non-salariés et des employeurs. Le nombre de voix dont dispose le président en vertu des articles 1er, 2 et 4 du présent règlement reste inchangé.

Pour la composition du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé prévue à l'article 381, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, le nombre de voix du président est égal au nombre total des voix des délégués effectifs ou suppléants présents ou votant par procuration des assurés et des non-salariés.

Disposition abrogatoire

Art. 8. Le règlement grand-ducal du 30 décembre 1992 relatif au fonctionnement des organes de l'Union des caisses de maladie et des caisses de maladie est abrogé.

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

R. 25.1.17

Vu l'article 454, paragraphe 8 et 455, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale; R. 25.1.17

Art. 1.[1)] Dans le cadre des compétences attribuées au Conseil supérieur de la sécurité sociale par les articles 62 à 75 du Code de la sécurité sociale, le secrétaire touche une indemnité de 18,59 euros par séance. R. 25.1.17

Art. 2.[1)] Les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs, les délégués des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale touchent une indemnité de 50 euros par journée d'audience ou de délibération. R. 22.1.09

Art. 3.[1)] Les experts médicaux assistants touchent une indemnité de 39,42 euros pour chaque vacation. Pour chaque heure entière ou commencée au-delà de trois heures, une indemnité s'élevant à un tiers de la vacation est payée.

Art. 4.[1)] Les honoraires des experts commis sont calculés sur base du système de vacation horaire. Pour chaque expertise la fraction de vacation obtenue par addition des vacations est comptée pour une vacation horaire entière. Il est alloué tant pour les expertises que pour le rapport pour chaque vacation d'une heure une indemnité de 8,25 euros au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Art. 5.[1)] Les témoins reçoivent, s'ils le demandent, une indemnité de 14,87 euros pour chaque audition.

Art. 6.[1)] Les frais de voyage sont remboursés jusqu'à concurrence des montants et d'après les modalités prévus par le règlement grand-ducal modifié du 5 août 1993 sur les frais de route et de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'État.

Art. 7.[1)] Le règlement ministériel du 4 décembre 2003 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral de la sécurité sociale, des délégués des assurés et des employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale, des experts et des témoins est abrogé.

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

Vu les articles 396, alinéa 1 et 402, alinéas (1) et (3) [2)] du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Les indemnités revenant aux membres des organes des institutions de sécurité sociale sont fixées respectivement: R. 22.1.09

- à trente euros pour chaque réunion du conseil d'administration ou du conseil d'administration et
- à vingt euros pour chaque réunion de toute autre commission instituée par l'un des organes sus-visés.

Art. 2. Les frais de voyage sont remboursés jusqu'à concurrence des montants et d'après les modalités prévus par le règlement grand-ducal modifié du 5 août 1993 sur les frais de route et de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'État.

Art. 3. Le règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des organismes de sécurité sociale est abrogé.

---

1) Articles renumérotés par R. 25.1.17.

2) Il y a lieu de lire « paragraphes (1) et (3) ».

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

Vu la loi modifiée du 4 avril 1924, portant création de chambres professionnelles à base élective;

Vu l'article 413, alinéa 1, sous 6) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. La perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre des salariés est opérée par voie de retenue sur les rémunérations, pensions et revenus de remplacement conformément à l'article 2. R. 4.11.10

Art. 2. La cotisation annuelle est due pour chaque ressortissant déclaré au Centre Commun de la sécurité sociale du chef de:

- l'exercice à la date du premier mars de chaque année d'une activité professionnelle pour le compte d'autrui soumise à l'assurance maladie obligatoire;
- ou du bénéfice à la date du premier mars de chaque année d'une pension personnelle de la part de la Caisse nationale d'assurance pension du chef de l'exercice en dernier lieu d'une activité professionnelle pour le compte d'autrui;
- ou du bénéfice à la date du premier mars de chaque année d'une pension personnelle de la part de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Section 1: Perception des cotisations dans le cadre d'une activité professionnelle

Art. 3. La retenue est effectuée par l'employeur. Toutefois, si pendant le mois de mars entier de l'année concernée, le ressortissant a droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité, à l'indemnité de chômage complet ou l'indemnité forfaitaire accordée pendant le congé parental à plein temps, la retenue est opérée par l'institution débitrice du revenu de remplacement.

Art. 4. La cotisation est due indépendamment du nombre d'heures de travail prestées par le ressortissant.

Elle est due que le ressortissant bénéficie d'un contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée, qu'il soit rémunéré en espèces ou en nature, qu'il soit engagé définitivement, à l'essai ou en qualité d'apprenti.

Si un ressortissant est occupé simultanément chez plusieurs employeurs, la perception de la cotisation est opérée par celui auprès duquel la durée du travail est la plus longue. En cas d'égalité de la durée du travail, l'affiliation la plus ancienne détermine l'employeur compétent pour la perception de la cotisation.

Art. 5. Au mois de février de chaque année, le Centre commun de la sécurité sociale invite les employeurs à opérer la retenue de la cotisation pour les salariés et apprentis qu'ils occupent.

Dans les trois mois subséquents, le Centre commun de la sécurité sociale fait parvenir à chaque employeur le relevé des salariés et apprentis déclarés au 1er mars. Endéans le mois de la réception dudit relevé, l'employeur doit faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale la déclaration d'entrée ou de sortie rectificative. Passé ce délai, il est personnellement tenu au paiement de la cotisation de chaque ressortissant inscrit sur le relevé.

Le Centre commun de la sécurité sociale demande aux employeurs le paiement de la ou des cotisations en les intégrant dans le compte cotisations au sens de l'article 428 du Code de la sécurité sociale leur adressé dans les trois mois après l'envoi du relevé à l'alinéa qui précède. L'imputation des paiements ainsi que le recouvrement forcé et la prescription des cotisations s'effectuent conformément aux articles 429 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Art. 6. A la demande de l'employeur n'ayant pas versé de rémunération au ressortissant pour la période s'étendant du mois de mars à l'envoi du compte-cotisations, le Centre commun de la sécurité sociale accorde décharge de la cotisation du ressortissant en question.

La cotisation n'est pas perçue si le salarié exerce en outre une activité principale du chef de laquelle il doit être considéré comme ressortissant de la Chambre de commerce, de la Chambre des métiers ou de la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

Section 2: Perception des cotisations dans l'hypothèse du bénéfice d'une pension

Art. 7. La retenue est effectuée par la Caisse nationale d'assurance pension sur l'allocation de fin d'année. Elle n'est pas effectuée si le bénéficiaire de pension n'a pas droit à l'allocation de fin d'année du fait qu'il ne bénéficie plus d'une pension à la date du 1er décembre ou exerce simultanément une activité professionnelle donnant lieu à prélèvement de la cotisation par l'employeur sur la rémunération.

Section 3: Dispositions abrogatoires

Art. 8. Le règlement grand-ducal du 22 mars 2004 déterminant le mode de perception des cotisations mises àcharge des ressortissants de la Chambre de Travail et de la Chambre des Employés Privés est abrogé.

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

Vu la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective et notamment les articles 3 et 31bis;

Vu l'article 413, alinéa 1, sous 6) du Code de la sécurité sociale;

Art. 1er. Le revenu professionnel de l'exploitation agricole servant au calcul de la cotisation annuelle en faveur de la Chambre d'agriculture se détermine sur base des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. R. 17.12.10

Art. 2. La cotisation en faveur de la Chambre d'agriculture est à charge du chef des exploitations agricoles pour lesquelles des cotisations de sécurité sociale ont été calculées le mois de mai de l'exercice en cause, à condition que le chef d'exploitation, assuré au sens de l'article 171, alinéa 1 sous 2) du Code de la sécurité sociale ou bénéficiaire de pension, soit à considérer comme exploitant agricole à titre principal en ce que la part du temps de travail consacré aux activités extérieures à l'exploitation agricole est inférieure à la moitié du temps de travail total de l'exploitant tout en ne dépassant pas 20 heures par semaine.

Art. 3. Sur base d'un taux fixé par la Chambre d'agriculture qui peut aussi déterminer une cotisation minimale, le Centre commun de la sécurité sociale calcule le montant de la cotisation annuelle à charge de l'exploitation agricole et l'intègre dans l'un des comptes cotisations mensuels au sens de l'article 428 du Code de la sécurité sociale adressé au chef d'exploitation. L'imputation des paiements ainsi que le recouvrement forcé et la prescription des cotisations s'effectuent conformément aux articles 429 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Art. 4. Le règlement grand-ducal du 12 octobre 1992 fixant certaines modalités de fixation et de perception des cotisations par la Chambre d'agriculture est abrogé.

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

Règlement d'ordre intérieur adopté par le comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale le 29 septembre 2009 et approuvé par arrêté ministériel du 2 décembre 2009.

Modifications :

2020 - Modification adoptée par le conseil d'administration du Centre commun de la sécurité sociale et approuvé par arrêté ministériel du 4 mai 2020 (Entrée en vigueur : 6 mai 2020)

Règles de fonctionnement du conseil d'administration du Centre commun de la sécurité sociale A. 2.12.09

Art. 1er. Le conseil d'administration fixe ses séances d'avance pour l'année à venir. Le président peut convoquer le comité en séance extraordinaire s'il le juge nécessaire. Il est obligé de convoquer une séance extraordinaire dans le délai de huit jours, si la demande écrite en est faite par deux membres du conseil d'administration avec indication de l'ordre du jour.

La convocation portant indication de l'ordre du jour ainsi que, le cas échéant, les documents destinés à servir de base aux délibérations, sont adressés par voie électronique [1)] aux membres effectifs et suppléants au moins [1)] sept jours avant la séance. A la demande expresse d'un membre, ces documents lui sont transmis en même temps sur papier par voie postale.

---

1) Par A.4.5.20,1er,1°, les termes « par courriel » sont remplacés par les termes « par voie éléctronique » et les termes « au moins » sont ajoutés devant les termes « sept jours avant la séance ».

Les membres effectifs du conseil d'administration qui sont empêchés d'assister à la séance invitent aussitôt leurs suppléants ou leurs délégués à assister à la réunion.

Art. 2. En cas d'empêchement du président, ses fonctions sont exercées par le premier conseiller de direction le plus ancien en rang du Centre commun.

Art. 3. Les fonctionnaires et employés publics du Centre commun peuvent être chargés de faire rapport, de fournir des renseignements ou de remplir les fonctions de secrétaire.

Art. 4. Le conseil d'administration délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents en ce qui concerne les décisions individuelles visées à l'article 6 qui suit et, dans les autres cas, si la majorité de ses membres est présente.

Lorsque le président constate que le conseil d'administration n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la séance après avoir fait délibérer sur les décisions individuelles visées à l'article 6 qui suit. Dans ce cas, il convoque le conseil d'administration avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu à l'alinéa 2 de l'article 1er. Le conseil d'administration siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix valablement exprimées, les abstentions n'étant pas prises en considération.

Les membres du conseil d'administration votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Au cas où leur exécution ne souffre pas de report à la prochaine séance, les décisions individuelles concernant le personnel du Centre commun ainsi que celles vidant les oppositions contre les décisions individuelles en matière d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre prises en vertu de l'article 416 du Code de la sécurité sociale peuvent être communiquées par voie électronique [1)] aux membres effectifs du conseil d'administration.

Si endéans un délai de huit jours suivant cette communication, la majorité des membres effectifs se rallient par courriel aux décisions proposées, elles sont acquises. Il en est dressé procès-verbal. Dans le cas contraire, les décisions sont reportées à la prochaine séance.

Art. 7. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au conseil d'administration qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal y compris celui établi en vertu de l'article 6 est adressé aux membres effectifs et suppléants du conseil d'administration, au Ministre de tutelle ainsi qu'à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

1) Par A.6.5.20,1er,2° les termes « par courriel » sont remplacés par les termes « par voie électronique ».

ASSURANCE PENSION

Arrêté grand-ducal du 24 avril 1954 pris en exécution des articles 48 B et 49 A de la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre, établissant les modalités de fixation et de calcul du traitement, salaire ou revenu devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels et fixant les coefficients d'adaptation du traitement, salaire ou revenu

Vu la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre et notamment les articles 48 et 49 de la dite loi;

Art. 1er. Le salaire, traitement ou revenu moyen, devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels à allouer aux bénéficiaires visés aux art. 48 B et 49 de la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre, sera fixé d'après le salaire, traitement ou revenu que la victime a réellement touché en 1937, 1938 et 1939. A. 24.4.1954

La charge de la preuve du salaire, traitement ou revenu réellement touché pendant la période triennale 1937, 1938 et 1939 incombe à l'impétrant.

Art. 2. Lors du calcul du salaire, traitement ou revenu moyen, il sera tenu compte de tous les éléments qui en forment partie intégrante. Ainsi sont à y comprendre les allocations familiales, les indemnités de foyer et les prestations analogues. Toutefois il ne sera pas tenu compte de ces prestations du moment que, sans l'intervention d'un fait de guerre, elles seraient venues normalement à expiration ou qu'elles continuent à être servies d'un autre chef.

Les revenus accessoires dont la victime a pu bénéficier n'entreront pas en ligne de compte. Sont à considérer comme revenus accessoires ceux dont l'importance est inférieure à 50% du revenu principal.

Art. 3. Il ne sera pas tenu compte d'avancements éventuels que la victime aurait pu avoir en raison de ses aptitudes professionnelles ou du nombre de ses années de service.

Toutefois, si la victime faisait partie d'une catégorie de personnes dont le salaire, traitement ou revenu augmente ou diminue avec le nombre des années de service ou d'exercice de la profession, ces variations seront prises en considération, à charge par les intéressés d'en rapporter la preuve. Cependant ces changements ne peuvent être demandés qu'après un intervalle d'au moins trois années.

En aucun cas la majoration éventuelle prévue à l'alinéa précédent ne pourra dépasser un montant équivalent au salaire, traitement ou revenu moyen, ayant servi de base au calcul des indemnités lorsque la victime n'avait pas atteint l'âge de 25 ans au 31 décembre 1939. Dans les autres cas le plafond de la majoration prévu ci-avant sera réduit à raison de 3% pour chaque année d'âge au delà de la 25me année que la victime atteignait au 31 décembre 1939.

Avant la fixation définitive de l'indemnité il sera fait le cas échéant application de l´article 49 sub p.

Art. 4. Lorsque la victime dont la formation professionnelle était terminée n'a pas exécuté de travail lucratif pendant les années 1937, 1938 et 1939, mais a cependant exercé sa profession pendant la guerre ou aurait pu l'exercer après la libération, si elle n'avait pas succombé à la suite de faits de guerre, le salaire, traitement ou revenu moyen devant servir à l'établissement de la rente sera celui d'une personne ayant le même âge, possédant une formation professionnelle identique à celle de la victime et ayant travaillé pendant les années 1937, 1938 et 1939 dans la même entreprise ou dans une entreprise analogue ou ayant exercé la même profession.

Art. 5. Relativement aux victimes qui pendant les années 1937, 1938 et 1939 n'avaient pas encore terminé leur formation professionnelle ou n'étaient pas encore âgées de 21 ans accomplis, il sera fait application des dispositions ci-après :

a) Quant aux salariés : Jusqu'à l'âge de 21 ans accomplis le salaire social minimum sera pris en considération. A partir de la 22me année le salaire ou traitement moyen de base sera égal au salaire ou traitement moyen qu'une personne, âgée de 21 ans accomplis et ayant la même formation professionnelle que la victime, a touché pendant les années 1937, 1938 et 1939 dans la même entreprise ou dans une entreprise analogue.

b) Quant aux victimes se préparant à l'exercice d'une profession indépendante : A partir de l'âge normal où la formation professionnelle est terminée, le revenu moyen de base sera égal au revenu moyen qu'une personne ayant choisi la même profession que la victime et ayant commencé l'exercice de sa profession au début de l'année 1937, a réalisé pendant les années 1937, 1938 et 1939.

Art. 6. Le salaire, traitement ou revenu moyen sera établi sur la base d'une occupation normale telle qu'elle est d'usage pour les différentes classes de salariés réguliers, notamment sur la base de 300 journées de travail au moins pour les ouvriers ; la preuve que la victime n'est pas à considérer comme salarié régulier reste à charge de l'Office des Dommages de Guerre.

Art. 7. Pour la fixation des indemnités revenant respectivement aux ayants droit de patrons d'une exploitation commerciale, industrielle, artisanale ou agricole et aux patrons de pareilles exploitations, le revenu servant de base au calcul des indemnités sera celui d'un remplaçant ayant les mêmes capacités professionnelles dans la même catégorie d'exploitation. Pour les patrons d'une exploitation artisanale, le revenu calculé de la manière susmentionnée sera remplacé à la demande de l'impétrant, par un revenu égal au salaire usuel payé au patron-artisan par heure de travail et multiplié par 2.400.

Art. 8. Les coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 seront fixées pour les catégories ci-après : R. 15.12.20

- Groupe I Employés privés, artisans indépendants, professions libérales.
- Groupe II Industrie minière, industrie métallurgique lourde.
- Groupe III Ouvriers des autres industries, artisans, salariés, ouvriers agricoles, cultivateurs.

Ces coefficients seront arrêtés à la première décimale. Ils seront publiés par arrêté grand-ducal, chaque année, dans le courant du mois de décembre, pour l'exercice à venir. Les changements de coefficients inférieurs à 5/10 d'une unité resteront sans effet.

Art. 9. Pour l'application de l'article 49 litt. *a*) de la loi du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre, les fonctionnaires et employés de l'État, des communes, des établissements publics ou des chemins de fer sont à classer au groupe I du tableau prévu à l'article précédent.

Art. 10. Les coefficients applicables pour les exercices 1944-1954 inclusivement sont les suivants :

	1944	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Grouppe I	1,5	2,2	3,1	3,4	4.-	4,2	4,4	4,6	4,7	4,7	4,7
Grouppe II	1,5	2,3	3,4	3,7	4,3	4,6	4,8	4,9	5.-	5.-	5.-
Grouppe III	1,5	2,7	3,4	3,7	4.-	4,2	4,4	4,6	4,7	4,7	4,7

Règlement grand-ducal du 3 avril 1990 déterminant les modalités de remboursement des prestations échues avant le 1er janvier 1988 entre le régime contributif [1] et les régimes non contributifs [2]

Vu les articles 20 et 21 de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension et la modification de différentes dispositions en matière de sécurité sociale;

Art. 1er. Les prestations mensuelles visées aux alinéas premiers des articles 20 et 21 de la loi du 22 décembre 1989 ayant pour objet la coordination des régimes de pension et la modification de différentes dispositions en matière de sécurité sociale, échues pour le mois de décembre 1987 sont multipliées par douze et par les facteurs de capitalisation figurant dans le tableau annexé au présent règlement pour en faire partie intégrante. R. 3.4.90

Le montant en capital ainsi déterminé pour le 31 décembre 1987 est augmenté des intérêts composés de quatre pour cent l'an pour chaque année entière écoulée depuis cette date.

Les montants remboursés, le cas échéant, suivant les anciennes dispositions légales et se rapportant à des prestations pour des périodes postérieures au 31 décembre 1987, sont augmentés des intérêts composés de quatre pour cent l'an pour chaque année entière écoulée depuis le 31 décembre de l'année de remboursement et portés en déduction du montant en capital déterminé à l'alinéa précédent.

Art. 2. Le transfert de cotisations prévu au troisième alinéa de l'article 20 de la loi du 22 décembre 1989 précitée peut être étalé sur une période de cinq ans à compter du 1er janvier 1990

---

1) Il y a lieu de lire « régime général ».

2) Il y a lieu de lire « régime spécial transitoire ».

ANNEXE

Facteurs de capitalisation calculés au taux d'intérêt technique de 4 pour cent

A) Valeur en capital d'une rente viagère de 1 franc versée par mensualités prainumerando

Age	Hommes	Femmes	Veuves
20	1.5550	1.7443	14.6504
21	1.7308	2.0050	14.8627
22	1.9213	2.3309	15.0726
23	2.1108	2.7637	15.2792
24	2.3484	3.2577	15.4819
25	2.6099	3.7147	15.6796
26	2.8130	4.1255	15.8715
27	2.9437	4.5187	16.0568
28	3.0288	4.8729	16.2343
29	3.0829	5.1755	16.4030
30	3.1299	5.4499	16.5618
31	3.2152	5.7088	16.7096
32	3.3743	5.9569	16.8453
33	3.6030	6.2397	16.9676
34	3.8766	6.5932	17.0754
35	4.1832	7.0143	17.1683
36	4.5126	7.4935	17.2473
37	4.8448	8.0130	17.3124
38	5.1674	8.5366	17.3623
39	5.5009	9.0459	17.3962
40	5.8837	9.5375	17.4130
41	6.3273	10.0125	17.4109
42	6.8215	10.5013	17.3878
43	7.3389	11.0150	17.3419
44	7.8352	11.5518	17.2723
45	8.2872	12.1096	17.1782
46	8.7077	12.6510	17.0587
47	9.1187	13.1414	16.9131
48	9.5231	13.5749	16.7409
49	9.9201	13.9345	16.5414
50	10.3106	14.2137	16.3140
51	10.6768	14.4458	16.0592
52	10.9941	14.6226	15.7826
53	11.2553	14.6944	15.4935
54	11.4518	14.6563	15.1966
55	11.5630	14.5343	14.8919
56	11.5825	14.3502	14.5796
57	11.5187	14.1261	14.2598
58	11.3825	13.8792	13.9327
59	11.1914	13.6152	13.5943
60	10.9292	13.3009	13.2405
61	10.6176	12.9418	12.8757
62	10.3041	12.5759	12.5049
63	9.9875	12.2037	12.1283
64	9.6676	11.8256	11.7466
65	9.3427	11.4423	11.3603
66	9.0061	11.0543	10.9702
67	8.6609	10.6624	10.5768
68	8.3160	10.2673	10.1810
69	7.9724	9.8698	9.7836
70	7.6313	9.4708	9.3853
71	7.2938	9.0712	8.9872
72	6.9614	8.6720	8.5901
73	6.6353	8.2741	8.1950
74	6.3172	7.8786	7.8030
75	6.0088	7.4865	7.4149
76	5.7120	7.0989	7.0318
77	5.4311	6.7168	6.6547
78	5.1653	6.3413	6.2845
79	4.9100	5.9734	5.9223
80	4.6650	5.6141	5.5689
81	4.4302	5.2644	5.2253
82	4.2052	4.9252	4.8922
83	3.9898	4.5972	4.5703
84	3.7837	4.2812	4.2603
85	3.5865	3.9778	3.9627
86	3.3980	3.6876	3.6781
87	3.2178	3.4110	3.4069
88	3.0455	3.1483	3.1491
89	2.8804	2.8997	2.9051
90	2.7218	2.6652	2.6746
91	2.5689	2.4446	2.4576
92	2.4200	2.2376	2.5636
93	2.2731	2.0434	2.0616
94	2.1244	1.8604	1.8802
95	1.9676	1.6859	1.7064
96	1.7915	1.5143	1.5341
97	1.5753	1.3326	1.3501
98	1.2790	1.1098	1.1222
99	0.8230	0.7621	0.7667
100	0.2708	0.2708	0.2708

B) Explicative à une rente de survie de 1 franc versée par mensualités praenumerando

Age	Rente viagère de veuve	Rente certaine d'orphelin limitée à l'âge de 20 ans
20	0.0363	0.0210
21	0.0584	0.0450
22	0.0878	0.0756
23	0.1258	0.1078
24	0.1770	0.1475
25	0.2418	0.1947
26	0.3138	0.2479
27	0.3878	0.3067
28	0.4632	0.3662
29	0.5389	0.4189
30	0.6165	0.4588
31	0.7042	0.4835
32	0.8114	0.5033
33	0.9437	0.5294
34	1.1001	0.5587
35	1.2758	0.5865
36	1.4656	0.6086
37	1.6610	0.6190
38	1.8533	0.6143
39	2.0466	0.5967
40	2.2541	0.5692
41	2.4811	0.5326
42	2.7252	0.4889
43	2.9753	0.4487
44	3.2149	0.4200
45	3.4335	0.3933
46	3.6286	0.3617
47	3.8021	0.3264
48	3.9516	0.2884
49	4.0727	0.2496
50	4.1660	0.2116
51	4.2321	0.1772
52	4.2693	0.1478
53	4.2811	0.1218
54	4.2694	0.0988
55	4.2317	0.0780
56	4.1751	0.0600
57	4.1125	0.0455
58	4.0508	0.0344
59	3.9927	0.0257
60	3.9580	0.0196
61	3.9396	0.0158
62	3.9112	0.0131
63	3.8729	0.0110
64	3.8262	0.0093
65	3.7734	0.0077
66	3.7187	0.0066
67	3.6594	0.0057
68	3.5888	0.0047
69	3.5055	0.0038
70	3.4110	0.0032
71	3.3086	0.0025
72	3.1984	0.0016
73	3.0821	0.0006
74	2.9614	0.0000
75	2.8364	0.0000
76	2.7077	0.0000
77	2.5738	0.0000
78	2.4355	0.0000
79	2.2921	0.0000
80	2.1397	0.0000
81	1.9769	0.0000
82	1.8079	0.0000
83	1.6395	0.0000
84	1.4734	0.0000
85	1.3113	0.0000
76	1.1539	0.0000
87	1.0017	0.0000
88	0.8569	0.0000
89	0.7209	0.0000
90	0.5949	0.0000
91	0.4781	0.0000
92	0.3700	0.0000
93	0.2714	0.0000
94	0.1834	0.0000
95	0.1080	0.0000
96	0.0485	0.0000
97	0.0117	0.0000
98	0.0000	0.0000
99	0.0000	0.0000
100	0.0000	0.0000

C) Valeur en capital d'une ente certaine d'orphelin de 1 franc versée par mensualités praenumerando

Age	
0	13.6517
1	13.1761
2	12.6814
3	12.1670
4	11.6320
5	11.0757
6	10.4970
7	9.8952
8	9.2694
9	8.6185
10	7.9415
11	7.2375
12	6.5054
13	5.7439
14	4.9520
15	4.1284
16	3.2719
17	2.3811
18	1.4547
19	0.4912
20	0.0000

Règlement grand-ducal du 1er juin 2001 fixant les modalités d'exécution des dispositions de l'article 9. I. a) 7. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État

Vu l'article 9. I. a) 7. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État;

Vu la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension;

Art. 1er. Sont à considérer comme périodes d'assurance au sens du présent règlement, les périodes prévues à l'article 171 du Code de la sécurité sociale se situant avant l'admission au régime spécial transitoire ou pendant un congé postérieur à cette date et non computables à un autre titre auprès de ce régime. R. 1.6.01

Il en est de même des périodes d'assurance pour lesquelles un remboursement de la part assuré des cotisations a été effectué par le régime général, sous la condition que le montant des cotisations remboursées ait été restitué par l'intéressé conformément à l'alinéa 2 de l'article 7 de la loi modifiée du 27 juillet 1978 concernant les droits à pension de la femme divorcée, ou à l'article IV sous 7) de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension ou à l'article 32 de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Art. 2. Pour l'application de l'article 9. I. a) 7. et des dispositions du présent règlement, la bonification de service accordée en application de l'article 26 de la législation sur les traitements des fonctionnaires de l'État est censée se situer immédiatement avant le début des services effectifs mis en compte par le régime spécial transitoire en vertu de dispositions de computation autres que celles de l'article 9. I. a) 7. - Les périodes d'assurance concomitantes de la période bonifiée sont implicitement prises en considération par l'État aux fins visées à l'article 9 alinéa 1er de la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Art. 3. Les mois d'assurance accomplis sous le régime général, visés à l'article 1er, sont considérés pour la computation du temps de service auprès du régime spécial transitoire.

Toutefois, en cas d'occupation salariée après le 31 décembre 1987, leur mise en compte se fait en fonction des heures de travail annuelles prestées et renseignées sur la carrière d'assurance; à cet effet, elles sont mises en rapport avec une durée d'activité à plein temps dans le secteur public. Pour l'application de l'alinéa premier du présent article, la conversion en mois des journées d'assurance justifiées avant le 1er janvier 1988 auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité se fait au moyen du diviseur 22,5, les fractions étant négligées.

La mise en compte prévue aux alinéas qui précèdent ne saurait avoir pour effet de porter l'ensemble du temps de service computable au-delà de douze mois par année de calendrier.

Art. 4. Par dérogation à l'article 1er ci-avant, les périodes visées aux articles 173 et 174 du Code de la sécurité sociale sont mises en compte dans les limites prévues à l'article 9. I. a) 7., à condition qu'elles aient été accomplies avant le 1er septembre 2000 ou qu'une demande afférente ait été introduite auprès du régime de pension général avant cette date, même si les cotisations y relatives ne sont versées qu'après cette date compte tenu des délais y relatifs prévus par ce régime.

Art. 5. Le règlement grand-ducal du 14 novembre 1991 fixant les modalités d'exécution des dispositions de l'article 9. I. a) 7. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État est abrogé.

Dans la mesure où elles sont plus favorables, les décisions de validation prises en exécution des dispositions antérieures restent acquises.

Règlement grand-ducal du 25 juin 2009 déterminant les conditions et modalités relatives 1. à la mise en compte des périodes prévues à l'article 4 et 2. à l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative et l'achat rétroactif de périodes d'assurance prévues aux articles 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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

Vu les articles 4, 5, 5bis et 6 de la loi modifiée 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. 1er. La mise en compte des périodes prévues aux articles 4, 5, 5bis et 6 de la loi modifiée du 3 août 1998 se fait auprès du régime de pension géré par l'organisme compétent au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes de pension. R. 25.6.09

Dans la mesure où le présent règlement se réfère à la loi modifiée du 3 août 1998, il y a lieu de lire la loi modifiée 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. Au sens des dispositions de ce même règlement, les termes de «fonctionnaire» et «de régime de pension spécial compétent» visent respectivement tous les intéressés entrant dans le champ d'application respectif des articles 2, 78 et 83 et les régimes de pension définis aux articles 1er, 77 et 82 de la loi précitée.

De la mise en compte des périodes prévues à l'article 4

Art. 2. Si pour une même période le fonctionnaire peut se prévaloir et du point 4. de l'article 4 de la loi modifiée du 3 août 1998 et d'un ou de plusieurs autres points du même article, les périodes sont mises en compte uniquement au titre des périodes autres que celles prévues au point 4.

Art. 3.

1) Pour la mise en compte des périodes prévues à l'article 4, point 4. de la loi modifiée du 3 août 1998 il est présumé que la mère a élevé l'enfant. Le père de l'enfant peut rapporter la preuve contraire
   a) si la garde de l'enfant lui a été confiée,
   b) si la mère a exercé une occupation professionnelle alors que le père n'exerçait pas une telle occupation,
   c) si le père habitait seul avec l'enfant,
   d) si les deux conjoints exerçaient simultanément une activité professionnelle.

   Dans les cas visés sous d) il est présumé que l'enfant a été élevé par le parent touchant le revenu professionnel le moins élevé, subsidiairement, par le conjoint le plus jeune.

   La preuve ne peut être rapportée que jusqu'à l'échéance d'un risque assuré dans le chef d'un des conjoints.
2) L'infirmité éventuelle de l'enfant doit être telle qu'il ne peut subsister sans l'assistance et les soins du parent concerné et doit être constatée par la Commission des pensions prévue à l'article 68 de la loi modifiée du 3 août 1998, respectivement par l'organe compétent du régime de pension spécial concerné.

Art. 4.

1) Sont prises en considération comme périodes d'études et de formation professionnelle au titre du même article 4, sous point 2. les périodes où l'intéressé
   a) a suivi effectivement, sur place, au Grand-Duché ou à l'étranger, dans un établissement public ou privé d'enseignement secondaire, supérieur ou universitaire, des cours d'enseignement général ou professionnel,
   b) a suivi des cours d'adultes du soir de l'enseignement secondaire ou technique,
   c) a effectué un stage prévu par le programme d'études et prescrit en vue de l'obtention du diplôme clôturant lesdites études.

   Sont assimilées aux études:
   a) les périodes de vacances annuelles à l'inclusion de celles consécutives à l'année scolaire,
   b) les interruptions d'études pour des raisons de santé,
   c) à la fin des études, la période se situant entre la fin de l'année scolaire et le 31 octobre subséquent.
2) L'intéressé doit rapporter la preuve des périodes d'études et de formation, notamment moyennant des diplômes, des certificats d'études, des certificats d'apprentissage, pour la période se situant entre l'âge de dix-huit ans et la fin de ses études ou de sa formation professionnelle.

Assurance continuée, complémentaire et facultative

Art. 5. Le fonctionnaire qui quitte ses fonctions ou qui réduit son activité professionnelle peut continuer ou compléter son assurance conformément à l'article 5 de la loi modifiée du 3 août 1998 dans les conditions y prévues.

La demande pour l'assurance continuée vaut également comme demande au titre de l'assurance complémentaire et inversement.

Art. 6. Les personnes qui remplissent les conditions prévues à l'article 5bis de la loi modifiée du 3 août 1998 peuvent s'assurer facultativement pendant les périodes de mariage, d'éducation d'un enfant mineur ou d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du Code de la sécurité sociale en présentant une demande écrite à introduire auprès du régime de pension spécial compétent.

Art. 7. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative prend effet le premier jour du mois suivant celui de la demande. Cependant, en cas d'assurance continuée ou complémentaire, le fonctionnaire peut demander qu'elle prenne effet au plus tôt le premier et

au plus tard le huitième mois suivant celui de la perte de l'affiliation ou de la réduction de l'activité professionnelle.

Art. 8. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative doit couvrir une période continue comptant quatre mois au moins par année civile.

Compte tenu des dispositions prévisées, l'intéressé est libre de fixer la durée de l'assurance continuée, complémentaire ou facultative ainsi que l'assiette pour les contributions volontaires, sans que cette assiette ne puisse être inférieure au salaire social minimum, ni dépasser

- soit la rémunération définie conformément aux articles 60, 80 ou 85 de la loi modifiée du 3 août 1998 suivant le régime de pension spécial compétent et réalisée avant l'admission à l'assurance continuée, complémentaire ou facultative, revalorisée, le cas échéant, par rapport à l'exercice d'une tâche complète, soit le plafond défini à l'article 49 de la loi précitée pour le cas où celui-ci est plus favorable,
- soit l'indemnité parlementaire prévue à l'article 126.-1. de la loi électorale du 18 février 2003 dont bénéficie l'assuré en sa qualité de membre de la chambre des députés, à condition que ce mandat soit le fondement exclusif d'une assurance obligatoire. Toutefois, il est loisible à l'intéressé de porter l'assiette jusqu'à concurrence du plafond défini à l'article 49 de la loi précitée.

En cas d'assurance complémentaire ou facultative, l'assiette prévisée comprend l'assiette de l'assurance obligatoire.

L'option retenue au moment de la demande vaut pour les années civiles subséquentes, sauf adaptation à opérer au mois de janvier de chaque année.

Art. 9. Les contributions volontaires calculées sur la base de l'assiette prévue à l'article 8 ci-dessus et portées au double de leur valeur en exécution de l'article 61 de la loi modifiée du 3 août 1998 sont réclamées et perçues par le Centre commun de la sécurité sociale pour le compte du régime de pension spécial compétent sous forme d'avances par extraits de compte mensuels, sous réserve d'une régularisation à la clôture de l'exercice.

Art. 10. L'assurance continuée, complémentaire ou facultative n'ouvre droit à des prestations que pour autant qu'elle soit valablement couverte par des contributions volontaires.

Les sommes qui auraient été acceptées contrairement aux dispositions légales ou réglementaires sont remboursées et n'entrent pas en ligne de compte pour la détermination des droits du fonctionnaire.

Art. 11. L'assurance est résiliée sur déclaration écrite de l'intéressé ou en cas de non-paiement des contributions volontaires dans un délai de trois mois à partir de la mise en demeure notifiée par lettre recommandée dans les trois mois de l'extrait de compte.

Elle est annulée avec effet rétroactif au premier jour du mois pour lequel la contribution volontaire n'a pas été payée intégralement.

Achat rétroactif de périodes d'assurance

Art. 12. La demande en vue d'un achat rétroactif de périodes d'assurance visé à l'article 6 de la loi modifiée du 3 août 1998 doit être présentée auprès du régime de pension spécial compétent. Ce régime est chargé de l'instruction du dossier.

Art. 13. La période à couvrir rétroactivement ne peut ni se situer avant l'âge de dix-huit ans ni excéder:

1) les périodes de mariage,
2) les périodes d'éducation d'un enfant mineur,
3) les périodes d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante conformément aux articles 348 et 349 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente d'accident en vertu de l'article 97, alinéa 10 du Code de la sécurité sociale ou d'une majoration du complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 conformément à l'article VIII de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance,
4) les périodes d'affiliation à un régime de pension étranger ou à un régime de pension d'une organisation internationale.

Le régime de pension spécial compétent peut demander à l'intéressé de fournir les pièces justificatives au sujet des périodes ci-dessus.

Les périodes visées aux points 1) à 3) ci-avant peuvent se superposer à des périodes d'assurance obligatoire, mais les mois d'assurance afférents ne sont mis en compte qu'une seule fois conformément à l'article 7 de la loi modifiée du 3 août 1998.

Art. 14.

1) Pour un mois d'assurance à couvrir rétroactivement pendant une période visée aux points 1) à 3) de l'article 13, il est mis en compte, à la demande de l'intéressé, un revenu correspondant, soit au minimum cotisable défini par le salaire social minimum pour un travailleur non qualifié agé de dix-huit ans au moins en vigueur pendant ces périodes, soit à des multiples de 1,5, de 2,0 et de 2,5 de ce minimum. En aucun cas, les revenus portés en compte au titre de l'assurance obligatoire, continuée et facultative et de l'achat rétroactif

R. 22.11.19,1er

ne peuvent dépasser soit la rémunération définie conformément aux articles 60, 80 ou 85 de la loi modifiée du 3 août 1998 suivant le régime de pension spécial compétent, revalorisée, le cas échéant, par rapport à l'exercice d'une tâche complète et réalisée pendant l'année de calendrier en question, soit le maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant la même année si celui-ci est plus favorable.

2) Pour les périodes visées à au point 4) de l'article qui précède, l'intéressé est libre de fixer le revenu à mettre en compte dans sa carrière d'assurance sans pouvoir être inférieur au salaire social minimum ci-avant défini en vigueur pendant l'année de calendrier en question, ni dépasser soit la rémunération, définie conformément aux articles 60, 80 ou 85 de la loi modifiée du 3 août 1998 suivant le régime de pension spécial applicable, dont le fonctionnaire bénéficie au moment de l'entrée en service, revalorisée, le cas échéant, par rapport à l'exercice d'une tâche complète, soit le maximum cotisable en vigueur pour l'année de calendrier en cause auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pour le cas où celui-ci est plus favorable. R 25.6.09

   Toutefois, si le forfait de rachat ou l'équivalent actuariel est transféré par l'organisme étranger ou international directement au régime de pension spécial compétent luxembourgeois, le montant est converti en revenus cotisables. Dans la mesure où le montant transféré est insuffisant par rapport au montant de l'achat déterminé compte tenu des limites prévues à l'alinéa qui précède et des dispositions de l'article 15 qui suit, l'intéressé devra le compléter à ses frais. Si le montant transféré dépasse la valeur maximale de l'achat, l'excédent est versé à l'intéressé.

Art. 15. Le montant à verser pour la couverture rétroactive des périodes d'assurance est calculé sur base et des revenus visés à l'article qui précède et du taux applicable pour la retenue pour pension fixé à l'article 61 de la loi modifiée du 3 août 1998 applicable au moment de la réception de la demande, porté au double de sa valeur. Toutefois, si la période visée à l'article 13 sous 4) comprend des périodes ayant fait l'objet, antérieurement, d'un transfert sur la base de l'article 36 de la prédite loi ou de l'article 213 bis du Code de la sécurité sociale, la contribution pour pension pour la période en cause correspond au montant initialement transféré et le revenu à mettre en compte dans la carrière d'assurance correspond à celui effectivement réalisé.

Le montant nominal de la contribution pour pension ainsi déterminée est augmenté des intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an. Les intérêts courent par année pleine à partir respectivement de l'année qui suit celle à couvrir rétroactivement en ce qui concerne l'alinéa 1er et, en ce qui concerne l'alinéa 2, de l'année qui suit celle de l'application des articles 36 ou 213 bis précités jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la réception de la demande.

Art. 16. Le régime de pension spécial compétent fixe le montant de la contribution pour pension à régler, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Toutefois, à la demande de l'assuré avant l'expiration du délai prévu à l'alinéa qui précède, le régime de pension spécial compétent accorde un paiement par annuités dont le nombre ne peut pas dépasser cinq. Ces annuités, majorées d'intérêts composés au taux de quatre pour cent l'an, sont à payer, sous peine de déchéance, dans le délai de dix jours à partir des échéances fixées.

Aucun versement ne peut être accepté en cas d'invalidité, de décès ou en cas de déchéance conformément aux alinéas qui précèdent. Toutefois, les droits attachés aux paiements déjà effectués restent acquis à l'intéressé en étant imputés en priorité sur les mois entiers les plus anciens; le solde éventuel reste acquis au régime de pension compétent.

Art. 17. En cas de litige relatif à l'achat de périodes d'assurance, la décision susceptible de recours conformément à l'article 75 de la loi modifiée du 3 août 1998 ou aux dispositions y relatives applicables aux autres régimes de pension spéciaux compétents est communiquée au demandeur par lettre recommandée.

Art. 18. Pour l'application des dispositions de la loi modifiée du 3 août 1998, les contributions volontaires et les contributions pour pension sont assimilées à des retenues pour pension prévues à l'article 61 de la susdite loi.

Règlement grand-ducal du 11 janvier 2012 établissant le relevé des renseignements à fournir par les entreprises en matière de régimes complémentaires de pension[1)]

Vu l'article 30, paragraphe (3) de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension;

Art. 1er. Au sens du présent règlement on entend par: R. 11.1.12

- «gestionnaire», toute personne physique disposant de l'agrément pour gérer des régimes complémentaires de pension, soit de l'Inspection générale de la sécurité sociale, soit de l'autorité compétente d'un État membre de l'Union européenne, ou toute personne morale occupant une personne disposant du même agrément,
- «DAP», les données par affilié, par plan et par exercice,
- «DER», les données par entreprise, par régime et par exercice.

Art. 2. A l'effet de l'enregistrement et de la vérification de la conformité juridique d'un régime complémentaire de pension, la demande d'enregistrement auprès de l'autorité compétente prévue à l'article 30 de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension doit être accompagnée des éléments suivants:

a) le règlement de pension,
b) le plan de financement du régime comportant les renseignements prévus à l'article 18, paragraphe (4) de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension,
c) le sommaire ou extrait du Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg sur la création de l'entreprise ou du groupe d'entreprises,
d) l'historique de l'entreprise, dans la mesure où ce dernier intervient dans l'établissement des droits acquis des affiliés,
e) la description du groupe d'entreprises, dans la mesure où il intervient dans la formation des droits,
f) le cas échéant, l'acte constitutif du fonds de pension respectivement le contrat d'assurance relatif au régime complémentaire de pension,
g) le cas échéant, un modèle du formulaire sur lequel chaque affilié doit choisir la politique d'investissement des allocations patronales,
h) au cas où il existe une représentation du personnel, la copie de l'avis de la délégation du personnel ou du comité mixte de l'entreprise,
i) le cas échéant, un relevé indiquant individuellement pour toutes les personnes concernées la valeur actuelle, à la date d'instauration du régime, des droits acquis ou en cours de formation provenant d'un ancien régime de pension ou de l'assimilation de périodes de service antérieures, ainsi que les provisions y relatives,
j) le cas échéant, une pièce justificative du paiement des impôts lors de l'externalisation d'un régime.

Art. 3. Toute entreprise ayant instauré un ou plusieurs régimes complémentaires de pension est tenue à communiquer annuellement les DAP et les DER à l'autorité compétente par l'intermédiaire du ou des gestionnaires de son ou de ses régimes complémentaires de pension et au plus tard pour le 30 juin de l'année subséquente.

En plus des DAP annuelles, des DAP sont à transmettre à l'autorité compétente dans tous les cas où une prestation échoit au cours de l'exercice respectivement où un rachat ou transfert de droits se fait.

Art. 4. Les DAP à communiquer annuellement à l'autorité compétente comportent les données suivantes:

a) les données d'identification,
b) es données relatives à la déductibilité fiscale dans le chef de l'entreprise,
c) les données relatives à la carrière de l'affilié,
d) les données relatives à la situation de l'affilié et au financement de ses droits en fin d'exercice,
e) les données relatives à la contribution annuelle,
f) les données relatives au départ de l'affilié,
g) les données relatives à la première affiliation ou à la réaffiliation d'un salarié ou d'un bénéficiaire,
h) les données relatives à la cessation du paiement d'une prestation,
i) les données relatives au déficit des obligations résultant des périodes antérieures au 1er janvier 2000,

---

1) Annexes 1 et 2, voir Mémorial A 8 du 19 janvier 2012.

j) les données relatives au déficit des obligations résultant des périodes assimilées antérieures,

k) les données relatives à l'imposition forfaitaire rétroactive des obligations résultant des périodes antérieures au 1er janvier 2000,

l) l'assiette pour le calcul de la cotisation au Pensions-Sicherungs-Verein, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSVaG).

Le détail de ces données ainsi que le schéma et le format suivant lesquels elles doivent être transmises à l'autorité compétente sont précisés à l'annexe 1 qui fait partie intégrante du présent règlement.

Art. 5. Les DER à communiquer annuellement à l'autorité compétente comportent les données suivantes:

a) les données d'identification,

b) les données relatives à la situation en fin d'exercice,

c) les données relatives au financement des promesses pour l'exercice concerné.

Le détail de ces données ainsi que le schéma et le format suivant lesquels elles doivent être transmises à l'autorité compétente sont précisés à l'annexe 2 qui fait partie intégrante du présent règlement.

Art. 6. Les dispositions du présent règlement sont applicables à partir de l'exercice 2011.

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2021 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944.

Vu les articles 48 B et 49 a) de la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre ;

Art. 1er.

Les coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 sont fixés pour l'exercice 2020 comme suit :

Groupe I	84
Groupe II	84
Groupe III	84

CHÔMAGE

Règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels

Vu l'article L. 511-11 du Code du travail;

Art. 1er. (1) L'indemnité de compensation prévue au chapitre II de la loi du 26 juillet 1975 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles et à assurer le maintien de l'emploi est due pour chaque heure de travail perdue involontairement et en dehors de tous motifs d'ordre personnel. R. 15.9.75

Sont toutefois à mettre en déduction du nombre des heures de travail perdues, les heures de travail récupérées à l'entreprise au cours du mois considéré ainsi que les heures de travail accessoire effectuées pour le compte d'un autre employeur.

(2) La semaine de travail à mettre en compte pour la fixation du nombre normal des heures de travail du mois considéré et partant du nombre des heures de travail perdues, est la semaine de travail ordinaire de l'entreprise; elle ne peut excéder en aucun cas quarante heures.

Art. 2. [1] Le taux de l'indemnité de compensation est fixé à quatre-vingts pour cent du salaire horaire brut normal du salarié sans qu'il puisse toutefois dépasser le montant de deux cent cinquante pour cent du salaire social minimum horaire revenant à un salarié non qualifié âgé de plus de dix-huit ans.

Par salaire horaire normal au sens du présent règlement il faut entendre et compter séparément: R. 25.6.09,1,2

1) le salaire de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début de la période de chômage partiel;
2) la moyenne des compléments et accessoires de salaire qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance du chômage partiel; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

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

Art. 3. En cas de participation du salarié, pendant les périodes effectives de chômage partiel de source conjoncturelle et pour lien de dépendance économique, à une mesure de formation ou de rééducation professionnelles organisée par l'employeur ou par l'État, le taux prévu à l'article 2 est porté à 90%. R. 25.6.09,1,3

Ce taux est appliqué pour chaque heure de formation effective si le nombre d'heures de formation est inférieur à 16 heures par mois.

Si le nombre d'heures de formation atteint ou dépasse 16 heures par mois, le taux ainsi majoré s'applique pour le mois entier.

Art. 4. En cas de participation du salarié, pendant les périodes effectives de chômage partiel de source structurelle, à une mesure de formation ou de rééducation professionnelles organisée par l'employeur ou par l'État, dans le cadre d'un plan de maintien dans l'emploi homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, le taux prévu à l'article 2 est porté à 90%. R. 25.6.09,1,4

Ce taux est appliqué pour chaque heure de formation effective si le nombre d'heures de formation est inférieur à 16 heures par mois.

Si le nombre d'heures de formation atteint ou dépasse 16 heures par mois, le taux ainsi majoré s'applique pour le mois entier.

---

1) ***R. 27.3.20, 1er :*** *Pendant la durée de l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et confirmée par la loi du 24 mars 2020 portant prorogation de l'état de crise, l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels ne pourra pas avoir pour effet de fixer une indemnité de compensation inférieure au taux du salaire social minimum pour salaires non qualifiés.*
Le cas échéant celui-ci s'y substitue. (JO, Mém. A 204 du 27 mars 2020)
R.modifiée 20.6.20, 1er et 3 : *Par dérogation à l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 15 septembre 1975 portant fixation du taux d'indemnisation des chômeurs partiels, l'indemnité de compensation ne peut pas être inférieure au taux du salaire social minimum pour salariés non-qualifiés.*
Le cas échéant celui-ci s'y substitue.
Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg et s'applique jusqu'au 30 juin 2022.

Règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e) de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet

Vu la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet et notamment ses articles 13 sous e) et 20, paragraphes (1) et (2);[1)]

Art. 1er. Pour l'application des dispositions de l'article 13, sous e) [2)] de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet et pour autant qu'elles régissent l'emploi approprié, sont applicables les dispositions du présent règlement. R. 25.8.83

L'appréciation de l'emploi offert au demandeur d'emploi doit s'effectuer au regard des aides à la mobilité et au réemploi auxquelles il peut prétendre, le cas échéant.

1) Niveau de rémunération

Art. 2. 1. Est réputé approprié, l'emploi offert rémunéré à un niveau au moins égal à celui de l'indemnité de chômage complet à laquelle le demandeur d'emploi peut prétendre en vertu de la loi.

2. Lorsque le demandeur d'emploi classé ou reclassé dans un nouvel emploi est licencié dans les six mois de son placement pour des motifs autres que la faute grave, doit être considéré comme approprié à son égard, l'emploi rémunéré à un niveau égal à celui de l'indemnité de chômage à laquelle il pouvait prétendre avant son placement.

2) Aptitude professionnelle

Art. 3. Lorsque l'Agence pour le développement de l'emploi ne se trouve pas en mesure d'assigner à un demandeur d'emploi qualifié un emploi identique à son emploi antérieur, est réputé approprié l'emploi lui offert dans une profession apparentée à sa profession antérieure, compte tenu de sa formation professionnelle et de son expérience professionnelle.

Au sens des dispositions du présent article, doit être considéré comme demandeur d'emploi qualifié, celui qui est détenteur d'un certificat d'aptitude professionnelle ou celui qui a acquis, par une expérience professionnelle de dix années au moins, une qualification équivalente.

Art. 4. Sans préjudice des dispositions de l'article 2 du présent règlement, est réputé approprié, l'emploi à caractère principalement manuel assigné à un demandeur d'emploi ayant occupé antérieurement un emploi à caractère principalement intellectuel, dans la mesure où le demandeur d'emploi dispose de l'aptitude professionnelle nécessaire et que ses chances de réinsertion ultérieure dans un emploi à caractère principalement intellectuel ne s'en trouvent pas à terme considérablement réduites.

3) Aptitude physique et psychique

Art. 5. L'emploi offert au demandeur d'emploi doit répondre à ses aptitudes physiques et psychiques.

4) Trajet journalier

Art. 6. Doit être considéré comme approprié, l'emploi comportant pour le demandeur d'emploi une durée de déplacement n'excédant pas deux heures et demie par journée de travail. Pour le calcul de cette durée de déplacement, il ne peut être computé qu'un seul voyage aller et qu'un seul voyage retour par journée.

Dans la mesure où il n'existe pas de moyen de transport en commun, public ou organisé par l'employeur, le demandeur d'emploi ne peut refuser d'utiliser son moyen de transport personnel, s'il en dispose, à la condition toutefois que le niveau de sa rémunération, compte tenu, le cas échéant, des aides à la mobilité géographique auxquelles il peut prétendre, lui permet de couvrir les frais exposés pour le transport.

Une durée journalière de déplacement inférieure à deux heures et demie peut, dans certains cas particuliers et exceptionnels, être considérée comme excessive en raison de l'âge ou de l'état physique du salarié, lorsque l'emploi doit être exercé dans un lieu éloigné de sa résidence.

5) Situation familiale

Art. 7. Des considérations d'ordre familial, notamment la charge d'un ou de plusieurs enfants, ne peuvent être prises en considération pour l'appréciation de l'emploi approprié, sauf si elles constituent un empêchement particulièrement grave; dans ce dernier cas, la charge de la preuve incombe au requérant.

---

1) Il y a lieu de lire « article L. 521-3, point 5 et L. 521-9 paragraphes (1) et (2) du Code du travail. »

2) Il y a lieu de lire « article L. 521-3, point 5 du Code du travail. »

6) Régime de travail

Art. 8. 1. Est réputé approprié, l'emploi offert comportant un régime de travail différent de celui sous lequel le demandeur d'emploi a travaillé antérieurement.

Il n'en est pas ainsi toutefois, lorsque le demandeur d'emploi peut invoquer des circonstances particulièrement graves, inhérentes à sa condition physique ou à sa situation familiale, qui puissent justifier le refus de l'emploi proposé.

2. Le demandeur d'emploi assigné dans un emploi à temps plein ou à temps partiel ne peut, sans motif valable et convaincant, refuser un emploi posté, une occupation comportant logement ou comportant régulièrement des prestations de travail pendant les jours de fin de semaine.

3. Le demandeur d'emploi ayant occupé antérieurement à son reclassement professionnel un emploi à temps plein peut refuser d'être reclassé dans un emploi à temps partiel avant l'expiration d'une durée d'inscription de douze mois comme demandeur d'emploi.

Le demandeur d'emploi ayant occupé antérieurement à son reclassement professionnel un emploi volontaire à temps partiel, peut refuser le reclassement professionnel dans un emploi à temps plein, lorsque cet emploi comporte par journée ou par semaine un nombre d'heures sensiblement supérieur à celui du régime sous lequel il a travaillé antérieurement à son reclassement professionnel.

7) Promesse d'embauche

Art. 9. L'emploi assigné par l'Agence pour le développement de l'emploi peut être refusé par le demandeur d'emploi, à condition qu'il présente une preuve écrite qu'il sera embauché par un autre employeur et que cet embauchage prendra effet dans un délai d'un mois à partir de la date de l'assignation de l'Agence pour le développement de l'emploi.

8) Conditions de travail

Art. 10. Ne peut être considéré comme approprié, l'emploi exécuté dans des conditions contraires aux dispositions légales, réglementaires, administratives ou conventionnelles applicables à l'établissement.

9) Dispense du contrôle

Art. 11. Le bénéficiaire de l'indemnité de chômage peut être dispensé, pour une durée maximale de vingt-cinq jours ouvrables par an, de l'observation des dispositions de l'article 20 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds de chômage; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet.[1)]

La dispense prévue à l'alinéa qui précède est accordée à raison d'un douzième par mois entier d'inscription comme demandeur d'emploi.

L'Agence pour le développement de l'emploi tiendra compte pour l'octroi de la dispense des désirs du chômeur, à moins que des considérations inhérentes au marché de l'emploi ou les possibilités de placement dont dispose l'administration ne s'y opposent.

Le droit à l'indemnité de chômage est suspendu pendant la durée de la dispense, laquelle ne peut être imputée pour le calcul de la durée d'indemnisation du chômeur.

10) Dispositions finales

Art. 12. Chaque année le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi fera rapport au Gouvernement et au Comité permanent du Travail et de l'Emploi sur l'application des dispositions du présent règlement.

---

1) Il y a lieu de lire « article L. 521-9 du Code du travail ».

Règlement grand-ducal du 1er juin 1987 portant définition du chômeur particulièrement difficile à placer au sens des dispositions du paragraphe 3. de l'article 22 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet

Vu la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet et notamment son article 22, paragraphe 3.;[1)]

Art. 1er. Est considéré comme chômeur particulièrement difficile à placer au sens des dispositions du paragraphe 3. de l'article 22 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet:[1)] R. 1.6.87

1) le chômeur atteint d'une incapacité de travail de trente pour cent au moins constatée ou, le cas échéant, fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
2) le chômeur âgé de cinquante ans accomplis au moins et atteint d'une incapacité de travail de quinze pour cent au moins constatée ou, le cas échéant, fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
3) le chômeur âgé de cinquante-cinq ans accomplis au moins.

Règlement grand-ducal du 7 juillet 1987 concernant l'organisation et le fonctionnement de la commission spéciale chargée du réexamen des décisions de l'administration de l'emploi en matière d'indemnisation du chômage complet

Vu la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet et notamment son article 35, paragraphe 3;[2)]

Art. 1er. La demande en réexamen des décisions du directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, visées à l'article 35, paragraphe 2. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet,[1)] est à introduire, sous peine de forclusion, avant l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision auprès de la commission spéciale chargée des réexamens en matière de chômage complet, dénommée ci-après la commission. R. 7.7.87

Elle doit être adressée par envoi recommandé à la poste au président de la commission et déposée à l'adresse de l'Agence pour le développement de l'emploi; elle contiendra les nom, prénoms, matricule et adresse du requérant, une référence suffisante à la décision critiquée ainsi que l'énoncé des moyens que le requérant entend faire valoir.

La demande en réexamen n'a pas d'effet suspensif.

Art. 2. Le secrétaire de la commission enregistre la demande en réexamen et adresse à chaque membre titulaire de la commission copie de la demande ensemble avec le dossier administratif.

Art. 3. 1. La commission se réunit aux jour, heure et lieu fixés par le président.

Le président adresse les convocations à chacun des membres titulaires de la commission au moins huit jours avant la date prévue pour la session; il avise en même temps chaque suppléant de cette convocation.

Tout membre titulaire de la commission empêché d'assister à une session doit en aviser son suppléant et lui transmettre le dossier administratif dont il a obtenu communication conformément aux dispositions de l'article 2.

2. Le secrétaire de la commission fait un exposé de l'affaire.

3. Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ou son représentant est entendu en ses observations et explications.

4. Le président peut convoquer des experts ou conseillers techniques.

5. Les séances de la commission ne sont pas publiques.

6. La commission délibère valablement quand la majorité des membres du groupe des employeurs et du groupe des salariés sont présents.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix exprimées.

En cas d'égalité des voix, le président décide.

---

1) Il y a lieu de lire « articles L. 521-11, paragraphe 3 du Code du travail. »

2) Il y a lieu de lire « article L. 527-1, paragraphe 2 du Code du travail. »

Art. 4. 1. Le président peut demander toute mesure d'instruction complémentaire à l'Agence pour le développement de l'emploi.

2. Le président peut exiger la comparution personnelle du requérant qui pourra se faire assister d'un conseil.

Dans ce cas le requérant est invité par lettre recommandée à se présenter devant la commission spéciale. Il y aura un délai d'au moins huit jours entre la remise de la convocation à la poste et la date fixée pour la comparution.

La convocation est valablement faite à l'adresse indiquée dans la demande en réexamen ou au domicile élu dans cette demande.

Le requérant ou son conseil dûment mandaté peut prendre connaissance du dossier administratif à l'Agence pour le développement de l'emploi, sans déplacement des pièces.

S'il ne se présente pas à la date indiquée sur la convocation, il peut être passé outre.

Art. 5. La commission peut suppléer d'office aux moyens qui n'ont pas été invoqués. Elle statue par réformation et au fond.

Art. 6. Les décisions de la commission sont prises sur le champ. Le président peut toutefois reporter les délibérations à une date ultérieure. La décision de la commission dans ces cas sera prise au plus tard dans le mois.

Art. 7. Le secrétaire de la commission dresse procès-verbal de la décision de la commission qu'il signe ensemble avec le président et qu'il notifie au requérant par lettre recommandée.

Art. 8. Les membres de la commission, le secrétaire ainsi que les experts ou conseillers techniques ont droit à une indemnité à fixer par le Gouvernement en Conseil. Ils bénéficient en outre du remboursement de leurs frais de déplacement.

Règlement grand-ducal du 31 juillet 1987 portant relèvement de la limite d'âge prévue pour l'indemnisation des jeunes chômeurs

Vu la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, et notamment son article 30, paragraphe 2, alinéa 2;[1)]

Art. 1er. La limite d'âge visée à l'article 30, paragraphe (2), alinéa 1 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1.création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet[1)] est portée à R. 31.7.87

1° vingt-trois ans accomplis dans l'intérêt du chômeur détenteur d'un certificat d'études portant sur cinq années au moins d'études secondaires ou secondaires techniques ou d'études reconnues équivalentes par le ministre de l'éducation nationale, terminées avec succès, lorsqu'il justifie avoir continué ses études dans un ou plusieurs établissements spécialisés dans le cadre d'une formation ininterrompue à plein temps;

2° vingt-cinq ans accomplis dans l'intérêt du chômeur détenteur du diplôme de fin d'études secondaires ou secondaires techniques ou du diplôme de technicien ou détenteur d'un diplôme ou d'un certificat d'études reconnu équivalent par le ministre de l'éducation nationale, lorsqu'il justifie avoir continué ses études dans un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur, universitaires ou non universitaires, dans le cadre d'une formation ininterrompue à plein temps de moins de quatre années;

3° vingt-huit ans accomplis dans l'intérêt du chômeur visé au point 2. qui précède lorsqu'il justifie l'accomplissement d'une formation ininterrompue à plein temps de quatre ans au moins dans un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur, universitaires ou non universitaires.

---

1) Il y a lieu de lire « article L. 522-1, paragraphe (2), alinéa 2 du Code du travail. »

Règlement ministériel du 25 février 1991 établissant les formulaires-type en matière de préretraite

Vu la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite et notamment les dispositions de ses articles 7 et 25; [1]

Art. 1er. La proposition d'admission à la préretraite présentée par l'employeur sur la base des dispositions de l'article 13 de la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite [2] doit contenir au moins les clauses reprises au formulaire-type intitulé « Proposition d'admission à la préretraite » et figurant à l'annexe 1 au présent règlement.[3] R. 25.2.91

Art. 2. La demande de concours du fonds pour l'emploi à la préretraite-solidarité introduite par l'employeur sollicitant le concours du fonds pour l'emploi au titre des dispositions de l'article 6 de la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite [4] doit contenir au moins les clauses reprises au formulaire-type figurant à l'annexe 2 au présent règlement.[3]

Art. 3. La demande de concours du fonds pour l'emploi à la préretraite-ajustement présentée par l'employeur sollicitant le concours du fonds pour l'emploi au titre des dispositions de l'article 12 de la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite [5] doit contenir au moins les clauses reprises au formulaire-type figurant à l'annexe 3 au présent règlement.[3]

Art. 4. La liquidation du concours du fonds intervient sur la base d'un décompte mensuel établi par l'employeur et contenant au moins les clauses reprises au formulaire de l'annexe 4 au présent règlement [3].

Règlement grand-ducal du 6 mai 2004 relatif aux dotations fiscales du fonds pour l'emploi

Vu l'article 6, alinéas 1 et 2 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet;

Vu la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et notamment son article 137;

Art. 1er. La majoration de l'impôt sur le revenu introduite par l'article 6, alinéa 1 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, est, en ce qui concerne les différentes retenues d'impôt prévues par la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, mise en application dans les conditions et suivant les modalités des articles 2 à 4 ci-après. R. 6.5.04

Art. 2. Les barèmes et les formules de la retenue d'impôt sur les salaires et les pensions sont établis selon les règles des articles 137 et 141 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu par référence au tarif visé aux articles 118 à 121 et 124 de ladite loi, les éléments de ce tarif étant au préalable majorés à concurrence de 7 pour cent [7] et à concurrence de 9 pour cent [7] pour la tranche du revenu imposable ajusté dépassant respectivement 150.000 euros en classes 1 et 1a ou 300.000 euros en classe 2. R. 30.12.10 [6]

Art. 3. Les taux proportionnels constants prévus par le règlement grand-ducal modifié du 9 janvier 1974 relatif à la détermination de la retenue d'impôt sur les salaires et les pensions ainsi que par le règlement grand-ducal modifié du 10 mai 1974 portant exécution de l'article 137, alinéa 3 L.I.R., sont fixés de façon à tenir compte de la majoration de respectivement 7 pour cent [7] ou 9 pour cent [7] pour la tranche du revenu imposable ajusté dépassant respectivement 150.000 euros en classes 1 et 1a ou 300.000 euros en classe 2.

Art. 4. Les taux applicables aux revenus extraordinaires qui rentrent dans les prévisions de l'article 132, alinéa 1er de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu sont majorés, pour la détermination de la retenue d'impôt sur les salaires et les pensions d'après les dispositions des articles 137 et 145 de la loi précitée, à concurrence de 7 pour cent [7] et à concurrence de 9 pour cent [7] pour la tranche du revenu imposable ajusté dépassant respectivement 150.000 euros en classes 1 et 1a ou 300.000 euros en classe 2.

---

1) Il y a lieu de lire « article L. 581-7, et L. 586-1 du Code du travail. »

2) Il y a lieu de lire « article L. 583-1 du Code du travail. »

3) Pour formulaires-types voir Mém. A 14 du 18.3.1991, p. 298.

4) Il y a lieu de lire « article L. 581-6 du Code du travail. »

5) Il y a lieu de lire « article L. 582-3 du Code du travail. »

*6) **R. 30.12.10,4:***
Le présent règlement est applicable à partir de l'année d'imposition 2011.

7) Par R. 21.12.12 le taux de 4 pour cent est remplacé par le taux de 7 pour cent et celui de 6 pour cent par le taux de 9 pour cent.

Règlement grand-ducal du 12 mai 2011 portant application des dispositions relatives aux occupations temporaires indemnisées prévues à l'article L. 523-1 du Code du travail

Vu l'article L.523-1 du Code du travail;

Art. 1er. Sont considérés comme travaux d'utilité publique au titre de l'article L.523-1 du Code du travail les travaux effectués pour compte des promoteurs suivants: R. 12.5.11

a) l'État, les Communes et les Syndicats communaux, les Établissements publics et les Fondations;

b) les entreprises du secteur privé dans le cadre de l'accompagnement temporaire des salariés directement touchés par un Plan de maintien dans l'emploi homologué conformément à l'article L. 513-3 du Code du travail.

Art. 2. Sur demande motivée d'un promoteur prévu à l'article 1er et par décision du Ministre ayant l'emploi dans ses attributions, prise sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, des chômeurs indemnisés peuvent être affectés aux travaux définis à l'article 1er moyennant une occupation temporaire indemnisée.

Art. 3. La demande motivée prévue à l'article 2 doit prévoir la désignation d'un tuteur appelé à assister et encadrer le chômeur indemnisé pendant son occupation temporaire.

Art. 4. La durée de travail hebdomadaire dans le cadre d'une occupation temporaire indemnisée est fixée à quarante heures.

Elle peut être réduite à trente-deux heures pour les occupations prévues au point a) de l'article 1er sur base d'un plan de formation approuvé par le ministre ayant l'emploi dans ses attributions, et à condition que le plan de formation prévoie au moins huit heures de formation par semaine.

Une dispense de travail sera accordée par le tuteur prévu à l'article 3, pour permettre au chômeur indemnisé de se présenter à des emplois qui lui sont proposés par le service compétent de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Art. 5. Pendant la participation à des travaux d'utilité publique moyennant une occupation temporaire indemnisée, le chômeur indemnisé continue à toucher son indemnité de chômage augmentée d'une indemnité complémentaire fixée à 300 euros à l'indice 719,84 et bénéficie de deux jours de congé par mois.

Art. 6. L'indemnité complémentaire prévue à l'article 5 est adaptée aux variations du coût de la vie conformément à l'article 11, paragraphe (1) de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Art. 7. Les frais occasionnés par la nature du travail, notamment en matière d'outils de travail et de moyens de protection relatifs à la sécurité et la santé du salarié, sont à charge du promoteur.

Art. 8. Les chômeurs indemnisés affectés à un travail d'utilité publique au moment de l'entrée en vigueur du présent règlement grand-ducal restent couverts par les dispositions en vigueur au moment de leur affectation et ce jusqu'à l'expiration de la mesure conformément à la décision d'application afférente du Conseil de Gouvernement.

En cas de prolongation de l'affectation celle-ci se fera selon les règles établis par le présent règlement grand-ducal.

REVENU D'INCLUSION SOCIALE

Revis

Revis

Arrêté grand-ducal du 20 août 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité

Vu la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité et notamment les articles 5, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 23, 26 et 37 de cette loi;

I. - Disposition préliminaire

R. 20.8.60

Art. 1er. Dans le texte ci-après le Fonds national de solidarité sera dénommé «le Fonds» et la loi du 30 juillet 1960 concernant la création de ce Fonds sera dénommée «la loi».

Art. 2. à 34. (abrogés)

R. 29.10.86

VIII. - Gestion du Fonds

R. 20.8.60

Art. 35. Le conseil d'administration est composé d'un président et de six membres nommés par le Gouvernement.

Il s'adjoindra un secrétaire.

Art. 36. Le conseil d'administration représente et gère le Fonds dans toutes les affaires qui n'auront pas été déférées à un autre organe par la loi.

Il lui appartient notamment:

a) de présenter au ministre d'État le projet de budget et les arrêtés de compte annuels;

b) de statuer au sujet des prestations légales et des demandes en restitution;

c) d'engager, de nommer et de congédier les employés du Fonds et d'exercer les fonctions d'autorité à leur égard;

d) de statuer sur le placement de la fortune du Fonds;

e) de statuer sur l'acquisition et l'aliénation d'immeubles ainsi que sur la constitution de charges sur ces immeubles;

f) de décider s'il y a lieu ou non d'ester en justice;

le tout dans les limites des dispositions de la loi et des règlements.

Art. 37. Le président fixe les séances du comité qu'il convoquera dans les délais et suivant le mode de convocation à arrêter par le comité.

A la demande écrite, indiquant l'ordre du jour, de deux membres du comité, le président est obligé de convoquer une séance dans les huit jours.

Le président du conseil d'administration ou son représentant ouvre, dirige et clôt les délibérations du comité.

Art. 38. Le conseil d'administration délibère valablement si la majorité des membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

La voix du président est prépondérante en cas de partage.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le membre par lui désigné.

Art. 39. Pour chaque séance du conseil d'administration le secrétaire dressera un procès-verbal des délibérations et des décisions prises. Les procès-verbaux qui indiqueront la date des séances ainsi que les noms des membres présents sont signés par le président et le secrétaire.

Une copie du procès-verbal sera remise aux membres du conseil d'administration. Lors de la prochaine séance les membres du comité pourront formuler leurs objections. En cas de difficultés, les rectifications éventuelles proposées seront mises aux voix.

Art. 40. Le Fonds et le conseil d'administration sont représentés vis-à-vis des tiers par le président.

Les résolutions du conseil d'administration se manifestent au nom du Fonds avec l'addition: «le conseil d'administration».

Art. 41. Conformément à l'article 16 alinéa 4 de la loi, le conseil d'administration peut nommer dans son sein des sous-commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions.

Chaque sous-commission se composera, outre le président du conseil d'administration, de deux membres au moins.

Le président fixera les réunions des sous-commissions suivant les besoins de la tâche à accomplir. Les procès-verbaux des réunions doivent être signés par les membres et le secrétaire et être soumis au conseil d'administration soit pour information, soit pour approbation.

Règlement grand-ducal du 11 août 1970 déterminant les modalités du contrôle de la gestion financière du Fonds national de solidarité par la chambre des comptes

Vu l'article 18 de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité;

Art. 1er. Indépendamment de la vérification interne des services gouvernementaux, la chambre des comptes exercera un contrôle externe sur la gestion financière du Fonds en ce qui concerne la légalité et la régularité matérielle des opérations. R. 11.8.70

Art. 2. Pour les frais d'administration du Fonds, ce contrôle sera exercé selon les règles et les conditions applicables pour les dépenses directes de l'État. Les frais avancés par le Fonds feront périodiquement et au moins une fois l'an l'objet d'une déclaration en remboursement dûment certifiée et arrêtée et de plus appuyée des pièces justificatives.

Art. 3. Pour permettre à la chambre des comptes d'accomplir sa mission de contrôle, le Fonds est obligé de lui soumettre chaque année:

a) copie de son budget dûment approuvé par le ministre compétent;

b) copie de son rapport de gestion, de son compte d'exploitation et de son bilan;

c) le procès-verbal de vérification des agents du contrôle interne et l'acte d'approbation de ce procès-verbal par le ministre compétent.

Art. 4. La chambre des comptes est autorisée à procéder à des inspections sur place dans les bureaux du Fonds. Lors de ces inspections, les responsables du Fonds devront sur la demande des délégués de la chambre des comptes leur présenter tous les livres et documents comptables et toutes autres pièces justificatives jugées nécessaires par ceux-ci pour leur permettre d'accomplir leur mission.

Art. 5. Dans des cas litigieux la chambre des comptes peut demander la communication de pièces et dossiers administratifs qu'elle jugerait nécessaires à la formation de sa décision finale. Elle veillera à exercer cette faculté de façon à ne pas entraver la bonne marche des services du Fonds et notamment à ne pas retarder par là le paiement des prestations du Fonds.

Art. 6. Le résultat du contrôle et des inspections de la chambre des comptes fera chaque année l'objet d'un rapport qui sera communiqué au ministre compétent, lequel donnera aux observations de la chambre des comptes telles suites qu'elles comporteront.

Règlement grand-ducal du 17 janvier 1994 organisant la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires du revenu minimum garanti

Vu l'article 11 paragraphe (2), 4., de la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un service national d'action sociale[1]; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité;

Art. 1er. Aux fins du présent règlement sont désignés par les termes R. 17.1.94

- « service », le Office national d'inclusion sociale;
- « stagiaire », le bénéficiaire du revenu minimum garanti effectuant un stage en entreprise;
- « patron de stage », le chef de l'entreprise où est effectué le stage ou son délégué.

Art. 2. Le stage en entreprise est fixé compte tenu des possibilités offertes par l'entreprise pour améliorer la formation pratique du stagiaire en conformité avec ses études, sa qualification professionnelle ainsi que ses aptitudes physiques et mentales et en vue de ses chances pour retrouver un emploi soit dans l'entreprise où se déroule le stage, soit dans toute autre entreprise.

Art. 3. Le stage peut durer jusqu'à douze mois.

Au sein de la même entreprise, il peut être renouvelé une seule fois pour une durée ne dépassant pas douze mois, à condition toutefois soit que le stagiaire ait des perspectives réalistes d'obtenir un contrat de travail à durée déterminée ou à durée indéterminée, soit que le patron de stage s'oblige d'embaucher par priorité le stagiaire en cas de recrutement de personnel.

L'appréciation de ces perspectives d'embauche est faite conjointement par le patron de stage et le service.

Art. 4. La durée hebdomadaire du travail correspond à quarante heures.

---

1) Par L. 28.78.18,50 le terme « Service national d'action sociale » a été remplacé par le terme « l'Office national d'inclusion sociale ».

Sont considérées comme heures de travail en dehors des heures de présence effective dans l'entreprise:

- les absences du stagiaire, signalées préalablement au patron de stage, en vue de répondre à des offres d'emploi à lui assignées par l'Agence pour le développement de l'emploi ou pour se présenter aux bureaux de placement;
- les absences, dûment motivées par certificat médical dès le premier jour de l'absence, pour des raisons de maladie ou d'accident.

Le stagiaire est soumis au règlement de travail en vigueur dans l'entreprise.

Art. 5. Lorsque le stagiaire est engagé sur la base d'un contrat de travail régi par la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, un stage régi par le présent règlement prend fin d'office, et sans délai de préavis, avec effet au jour précédant la date du début du contrat de travail.

Le stage en entreprise peut prendre fin avant l'expiration du terme pour un ou plusieurs motifs graves dus au fait ou à la faute du stagiaire ou s'il est établi que par le comportement du stagiaire l'atteinte des objectifs visés à l'article 2 du présent règlement s'avère impossible.

La résiliation du stage pour les motifs prévus à l'alinéa précédent doit être effectuée par écrit énonçant avec précision le ou les faits reprochés au stagiaire et les circonstances de nature à leur attribuer un caractère de motifs graves.

La résiliation du stage doit être précédée d'un entretien préalable entre le patron de stage et le stagiaire en présence d'un représentant du service.

La résiliation pour motifs graves doit intervenir dans les huit jours à partir du jour où le patron de stage en a eu connaissance.

Art. 6. Le service procède en collaboration avec les chambres professionnelles à la prospection de possibilités de stage. Il est l'interlocuteur des patrons de stage pour toutes les questions concernant les stages et les stagiaires.

Art. 7. En cas d'affectation d'un stagiaire à un stage en entreprise, le contrat-type[1)] figurant en annexe au présent règlement est à remplir en due forme.

Règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit

Vu la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit;

Chapitre I: Modalités de la fixation des montants variables du complément et présentation des demandes

R. 27.9.04

Art. 1er. Le montant minimum mensuel du coût des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique, tel que fixé à l'article 5 de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit, ci-après appelée «loi», comprend l'hébergement dans une chambre individuelle meublée de douze mètres carrés au minimum, comportant le chauffage central et le raccordement à l'eau chaude et froide, ainsi que la prestation des actes de l'accueil gérontologique énumérés à l'article 11 du chapitre II ci-après.

Art. 2. (1) La demande en obtention du complément visé par la loi est à introduire par écrit sur un formulaire établi par le Fonds national de solidarité, ci-après appelé «Fonds», et est accompagnée notamment des pièces justificatives suivantes:

1° un certificat de résidence du requérant ou une attestation équivalente

2° toute pièce portant déclaration et attestant l'intégralité des ressources du requérant et le cas échéant de son conjoint telles que définies aux articles 6 à 12 de la loi

---

1) Voir Mémorial A 6 du 7.2.1994, p. 104.

3° toute pièce établissant que le conjoint du requérant doit s'acquitter d'un loyer ou d'une dette en rapport avec l'acquisition de son logement avec l'indication du montant du loyer ou de la dette; dans l'hypothèse de l'article 12 alinéa 2 de la loi

4° des pièces justifiant de la qualité d'administrateur légal ou de représentant légal si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes. Si le requérant est un majeur protégé au sens des dispositions légales du Titre XI du Livre 1er du Code civil, la demande sera accompagnée d'une copie du jugement ou d'un extrait du répertoire civil ou d'une attestation équivalente justifiant de la qualité de représentant légal du requérant.

(2) La demande en obtention du complément visé par la loi doit être signée et datée par le requérant ou son représentant. Si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes, la demande sera signée par son représentant légal ou par l'administrateur légal.

(3) La demande en obtention du complément est à adresser au Fonds. La demande est envoyée par simple lettre à la poste; elle peut également être déposée directement auprès du Fonds. Le dépôt est réputé fait au moment de la réception de la demande par le Fonds. La demande est réputée être faite à la date du dépôt, à condition qu'elle soit signée et qu'elle soit accompagnée de toutes les pièces justificatives. Au cas où toutes les pièces ne sont pas jointes, la demande est réputée être faite à la date où la dernière de ces pièces prévues parvient au Fonds.

(4) Le complément visé par la loi est dû à partir du premier mois au cours duquel la demande est réputée être faite.

Art. 3. La qualité des prestations est évaluée en fonction de trois critères:

- dimension et équipement sanitaire du logement
- effectifs du personnel d'encadrement
- les surplus de qualité d'encadrement.

Art. 4. Les surplus de qualité au niveau de la grandeur et de l'équipement sanitaire du logement sont comptabilisés par un maximum de six points de qualité attribués en fonction des critères suivants:

a) pour la surface totale du logement par usager, cellule sanitaire non-comprise, variant respectivement:
   - entre au moins 16 m2 et moins de 23 m2: 1 point
   - entre au moins 23 m2 et moins de 30 m2: 2 points
   - plus de 30 m2: 3 points

b) pour l'équipement sanitaire du logement:
   - WC: 2 points
   - Douche ou baignoire: 1 point

Art. 5. Par personnel d'encadrement le présent règlement désigne tous les collaborateurs affectés directement au service et ayant pour mission:

- soit à assurer la prise en charge directe des usagers
- soit à assurer des missions de direction, d'organisation de contrôle, de formation, d'orientation, de conseil

ou de supervision gérontologique.

Art. 6. Les surplus de qualité au niveau des effectifs du personnel d'encadrement sont comptabilisés par un maximum de huit points de qualité attribués en fonction du nombre de postes à plein temps par unité de cent usagers:

- entre au moins 13 et moins de 16 postes: 1 point
- entre au moins 16 et moins de 18 postes: 3 points
- entre au moins 18 et moins de 21 postes: 5 points
- entre au moins 21 et moins de 24 postes: 6 points
- au moins 24 postes: 8 points

Art. 7. Les surplus de qualité par rapport à la qualité de l'encadrement sont comptabilisés par un maximum de six points attribués en fonction des critères suivants:

- l'établissement d'un projet d'orientation: au plus 2 points
- la définition et la documentation de mesures spécifiques développées au bénéfice des usagers en fin de vie: au plus 2 points
- la définition et la documentation d'initiatives annuelles de formation continue au bénéfice du personnel de service: au plus 1 point
- la définition et la documentation des mesures développées pour garantir aux usagers un droit d'information, de participation et de coopération: au plus 1 point

Art. 8. Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 4 ci-dessus, et dans une phase transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2015, le Fonds peut participer aux prestations fournies à des usagers de centres intégrés et de maisons de soins, qui occupent des logements ayant une surface de moins de douze mètres carrés. R. 22.11.13

Dans ces cas, la réduction de qualité au niveau de la dimension du logement est comptabilisée par un maximum de trois points de qualité négatifs attribués en fonction de la surface totale et des critères suivants: R. 27.09.04

- entre au moins 9 m2 et moins de 10 m2: - 3 points

- entre au moins 10 m2 et moins de 11 m2: - 2 points
- entre au moins 11 m2 et moins de 12 m2: - 1 point

Art. 9. Le montant représentant le prix mensuel de base de l'accueil gérontologique pris en considération par le Fonds est fixé par usager:

- en fonction du seuil minimum
- en fonction du total des points de qualité dont le nombre considéré ne peut être supérieur à vingt; en vertu des dispositions de l'article 8 ci-dessus, les points de qualité négatifs sont comptabilisés négativement.

La valeur de chaque point de qualité équivaut à un montant de 4,52 €.

Toutefois le montant maximal à retenir pour les prestations du Fonds national de solidarité ne peut être supérieur au montant facturé par l'établissement.

Art. 10. Le montant mensuel immunisé sur les ressources du bénéficiaire est fixé à 57 €.

Chapitre II: Actes à prester dans le cadre de l'accueil gérontologique

Art. 11. Les actes suivants, dont le coût est compris de manière forfaitaire dans le prix de base mensuel, sont à prester obligatoirement par le service dans le cadre de l'accueil gérontologique:

a) L'hôtellerie comportant:
   1. au minimum trois repas par jour, dont au moins un repas chaud
   2. la mise à disposition d'au moins deux collations supplémentaires
   3. l'adaptation des repas aux besoins spécifiques des personnes âgées
   4. de l'eau potable à volonté
   5. un service ponctuel des repas au logement pour des raisons de santé ou de dépendance en dehors des prestations prévues par l'assurance dépendance
   6. la mise à disposition d'un logement adapté aux besoins spécifiques de personnes âgées, malades ou handicapées, meublé selon les besoins de l'usager au moins d'un lit de soins et, à la demande de l'usager nécessiteux, d'une table, de trois sièges et d'une armoire
   7. le changement de la literie au moins une fois toutes les deux semaines
   8. la réfection du lit au moins une fois par jour
   9. l'entretien et le nettoyage du logement, y compris les meubles et rideaux
   10. le nettoyage supplémentaire ponctuel et exceptionnel suite à des problèmes de santé ou de dépendance non couverts par l'assurance dépendance
   11. l'équipement, l'entretien et le nettoyage des blocs sanitaires collectifs
   12. la gestion des déchets individuels et collectifs
   13. la mise à disposition de locaux communs équipés conformément aux besoins des usagers et régulièrement entretenus et nettoyés
   14. l'éclairage et le chauffage du logement de l'usager et des locaux communs

b) La sécurité et la santé comportant:
   1. la permanence d'assistance et de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre
   2. 2. les aides et les soins requis pour des raisons de maladie ou de dépendance et non considérés par l'assurance dépendance
   3. l'assistance au moins une fois par semaine lors d'un bain selon les besoins de l'usager ou à sa demande
   4. la mise en place d'un système d'appel-assistance/secours
   5. la constitution au moment de l'admission d'un dossier individuel qui renseigne sur la situation psychosociale et médicale de l'usager et qui est régulièrement tenu à jour
   6. l'organisation régulière d'exercices d'évacuation en coopération avec le corps des sapeurs-pompiers compétent
   7. une documentation quotidienne des aides et des soins dont bénéficie l'usager
   8. le libre choix du médecin par l'usager et l'organisation de visites médicales répondant à ce principe
   9. la mise à disposition au profit des médecins en consultation d'un local d'examen
   10. la gestion des médicaments prescrits par un médecin selon les besoins de l'usager ou à sa demande
   11. la provision des médicaments prescrits par un médecin pour des raisons de maladie ou de dépendance non considérés par les prestations de la sécurité sociale
   12. la mise à disposition d'une salle de kinésithérapie équipée et l'organisation selon les besoins des usagers ou à leur demande de séances de kiné- et de physiothérapie
   13. l'organisation d'une unité d'assistance psycho-sociale et la prestation des services afférents requis selon les besoins de l'usager ou à sa demande

14. la prestation de conseils et d'une assistance en matière
    - de manipulation et d'entretien d'appareillages et de prothèses
    - de soins et de thérapie éventuels au sein ou en dehors du service
15. la gestion d'un stock de matériel d'intervention, de pansements et d'équipements sanitaires
16. la connexion au niveau du logement à un réseau téléphonique et la mise à disposition d'une cabine téléphonique
17. la mise à disposition d'infrastructures et d'équipements conformes aux dispositions légales et réglementaires en matière de salubrité, d'hygiène et d'agrément

c) L'assistance au niveau des gestes de la vie quotidienne comportant:

1. l'établissement d'un contrat d'hébergement avec tout usager, rédigé dans au moins deux des langues administratives
2. l'information et l'assistance de l'usager lors de l'établissement de sa demande en obtention du complément visé par la loi
3. des conseils et une assistance au niveau de l'hygiène du corps, de la tenue vestimentaire, de la mobilité, des problèmes éventuels de continence ou d'insomnie, de la prévention d'esquarres de décubitus ou d'attitudes vicieuses selon les besoins de l'usager ou à sa demande
4. la mise à disposition gratuite des compléments alimentaires pour des raisons de santé ou de dépendance de l'usager
5. la mise à disposition et l'entretien régulier d'une infrastructure appropriée et d'aides techniques destinées à faciliter la mobilité des usagers
6. l'organisation ponctuelle de déplacements collectifs
7. l'assistance au niveau de l'organisation de déplacements individuels selon les besoins de l'usager ou à sa demande
8. l'organisation d'un service de cafétéria accessible aux usagers et aux visiteurs
9. l'organisation de contacts réguliers selon les besoins de l'usager hospitalisé ou à sa demande

d) L'animation socioculturelle, la promotion des compétences individuelles et l'assistance philosophique et religieuse comportant:

1. la mise à disposition dans des locaux communs, d'un appareil de télévision, d'une radio, de jeux de société, de quotidiens et de périodiques
2. l'organisation d'un service gratuit de bibliothèque
3. l'aménagement et l'équipement appropriés des alentours immédiats du service, y compris les travaux de nettoyage et d'entretien afférents
4. l'organisation au sein du service, au moins une fois par semaine, d'activités dirigées de loisirs, accessibles également aux usagers à mobilité réduite
5. l'organisation régulière de manifestations à caractère culturel, sportif ou touristique et de promenades, d'excursions, de visites, de séances de gymnastique, de danses, ou d'initiatives similaires
6. la mise à disposition des usagers d'ateliers équipés en vue d'activités libres à caractère artistique, artisanal ou autre
7. la mise à disposition d'un oratoire ou d'un lieu de méditation

Les prestations énumérées sous a), chiffres 9, 11 et 13 de l'alinéa qui précède doivent obligatoirement faire l'objet d'un plan d'hygiène à établir par les dirigeants du service.

Art. 12. A la demande de l'usager ou pour des raisons d'hygiène attestées par certificat médical, le service est tenu de prester les actes énumérés ci-après contre une participation de l'usager dont le maximum est plafonné à 20,14 € pour l'ensemble des prestations énumérées ci-après:

1. le marquage du linge personnel et des vêtements à l'admission de l'usager ou lors d'acquisitions nouvelles
2. l'entretien et le nettoyage du linge personnel et des vêtements de l'usager
3. l'accompagnement de l'usager lors de visites médicales pour des raisons de maladie ou de dépendance non considérés par les prestations de la sécurité sociale, accompagnement de l'usager lors de visites médicales et de démarches administratives
4. la prise en charge des démarches administratives pour des raisons de maladie et/ou de dépendance non considérées par les prestations de la sécurité sociale, assistance de l'usager au niveau de ses démarches administratives
5. la prise en charge de la gestion financière journalière de l'usager pour des raisons de maladie et/ou de dépendance non considérées par les prestations de la sécurité sociale, assistance de l'usager au niveau de sa gestion journalière

6. l'entretien, le nettoyage et le transfert entre le service et l'hôpital du linge personnel et des vêtements de l'usager hospitalisé

Chapitre III: Prise en compte des créances alimentaires

Art. 13. Si l'aide apportée au requérant par les débiteurs d'aliments, en l'absence d'une décision judiciaire, paraît insuffisante au Fonds, ce dernier invite les débiteurs à en accroître le montant.

En cas de refus de la part des intéressés, le Fonds peut intenter l'action en justice, prévue par l'article 10 alinéa 4 de la loi, après une mise en demeure en due forme.

Chapitre IV: Restitution du complément et inscription de l'hypothèque légale

Art. 14. Si le bénéficiaire d'un complément revient à meilleure fortune dans une mesure telle qu'il peut restituer tout ou partie des arrérages touchés, il est tenu de le faire.

En cas de refus de sa part, une action en restitution ne peut cependant être intentée contre lui par le Fonds que pour les arrérages dépassant 2.500 €.

Art. 15. Conformément aux articles 15 et 20 de la loi, lorsque la succession d'un bénéficiaire du complément échoit en tout ou en partie au conjoint survivant ou à des successeurs en ligne directe, le Fonds ne peut valoir aucune demande en restitution pour une première tranche de l'actif de la succession fixée à vingt-neuf mille sept cent quarante-sept euros.

Si le conjoint survivant ou un successeur en ligne direct mineur a été en tout ou en partie à charge du défunt au moment du décès et s'il justifie qu'il dispose d'un revenu imposable inférieur à deux fois et demie le salaire social minimum de référence, aucune restitution ne peut être demandée pour une part proportionnelle à ses droits dans la succession.

L'avantage qui résulte de cette disposition doit revenir entièrement à ce successeur.

Lorsque le conjoint survivant ou un autre successeur en ligne directe d'un bénéficiaire du complément continue à habiter dans un immeuble ayant appartenu soit au bénéficiaire seul soit conjointement au bénéficiaire du complément et à son conjoint, le Fonds ne peut pas, tant que dure cette situation, faire valoir une demande en restitution sur cet immeuble et sur les meubles meublant le garnissant.

Toutefois, pour garantir les droits à une restitution ultérieure, l'immeuble est grevé d'une hypothèque légale dont l'inscription est requise par le Fonds.

Art. 16. Les limites tracées à l'action en restitution s'appliquent également au donataire et au légataire du bénéficiaire d'un complément.

Art. 17. Si plusieurs immeubles sont disponibles pour l'inscription de l'hypothèque légale, prévue à l'article 17 de la loi, l'inscription est prise sur l'un ou certains d'entre eux du moment que la valeur immobilière ainsi grevée couvre en totalité la créance à garantir. Parmi les immeubles disponibles le Fonds choisit celui ou ceux qui représentent la meilleure garantie pour la créance à couvrir.

Art. 18. La mainlevée des inscriptions, prises en vertu de l'article 17 de la loi, est demandée par le Fonds après l'extinction de la créance à garantir.

Art. 19. Pour l'application de l'article 17 (2) de la loi, l'évaluation du complément est obtenue en multipliant le montant mensuel du complément à verser par le Fonds par douze et par le coefficient correspondant à l'âge du bénéficiaire au moment de l'octroi de la prestation.

L'âge du bénéficiaire est calculé par différence de l'année d'attribution du complément et de l'année de naissance du bénéficiaire du complément visé par l'article 4 de la loi.

Les coefficients de multiplication sont appliqués conformément à l'annexe B [1)] qui fait corps avec le présent règlement.

Chapitre V: Dispositions finales

Art. 20. Les ressources résultant des immeubles appartenant au bénéficiaire du complément, situés à l'étranger, se déterminent par conversion en rente viagère immédiate de leur valeur vénale admise par le Fonds national de solidarité au moyen des multiplicateurs résultant de l'annexe A qui fait corps avec le présent règlement.[2)]

Art. 21. Les montants visés aux articles 9, 10, 12 et 15 correspondent au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, chaque variation de 2,5 points de ce nombre-indice donnant de plein droit lieu à une adaptation proportionnelle de ces montants.

---

1) Par R. 1.10.18,12,1° les mots « au barème annexé C » sont à remplacer par les mots « à l'annexe B ».

2) Par R. 1.10.18,12,2° la fin de phrase « résultant des barèmes annexés A et B qui font corps avec le présent règlement » est à remplacer par « résultant de l'annexe A qui fait corps avec le présent règlement ».

ANNEXE A: [1)]

Multiplicateurs de la fortune pour la conversion en rente viagère immédiate des ressources de la fortune

(L'âge du bénéficiaire est calculé par différence de l'année d'attribution de l'allocation d'inclusion sociale et de l'année de naissance du bénéficiaire)

Âge du bénéficiaire	Multiplicateur	Âge du bénéficiaire	Multiplicateur
0-25	0,04494	63	0,07486
26	0,04519	64	0,07697
27	0,04546	65	0,07924
28	0,04575	66	0,08170
29	0,04605	67	0,08436
30	0,04636	68	0,08724
31	0,04670	69	0,09035
32	0,04705	70	0,09372
33	0,04741	71	0,09737
34	0,04780	72	0,10132
35	0,04821	73	0,10560
36	0,04864	74	0,11024
37	0,04909	75	0,11528
38	0,04957	76	0,12075
39	0,05007	77	0,12670
40	0,05060	78	0,13315
41	0,05115	79	0,14016
42	0,05174	80	0,14778
43	0,05235	81	0,15605
44	0,05299	82	0,16505
45	0,05366	83	0,16505
46	0,05437	84	0,16505
47	0,05511	85	0,16505
48	0,05589	86	0,16505
49	0,05670	87	0,16505
50	0,05756	88	0,16505
51	0,05846	89	0,16505
52	0,05941	90	0,16505
53	0,06041	91	0,16505
54	0,06147	92	0,16505
55	0,06259	93	0,16505
56	0,06378	94	0,16505
57	0,06505	95	0,16505
58	0,06641	96	0,16505
59	0,06786	97	0,16505
60	0,06942	98	0,16505
61	0,07110	99	0,16505
62	0,07291	100	0,16505

1) Par R. 1.10.18,12,3°, les annexes A et B sont remplacées par l'annexe A.

ANNEXE B: [1)]

Évaluation de l'allocation d'inclusion allouée au bénéficiaire en vue de la garantie des demandes en restitution

Âge du bénéficiaire	Coefficient	Âge du bénéficiaire	Coefficient
0-25	22,25419	63	13,35868
26	22,12708	64	12,99290
27	21,99514	65	12,61957
28	21,85817	66	12,23946
29	21,71597	67	11,85343
30	21,56833	68	11,46247
31	21,41503	69	11,06759
32	21,25591	70	10,66984
33	21,09083	71	10,27029
34	20,91966	72	9,86995
35	20,74235	73	9,46981
36	20,55883	74	9,07090
37	20,36909	75	8,67433
38	20,17315	76	8,28127
39	19,97104	77	7,89289
40	19,76284	78	7,51033
41	19,54865	79	7,13470
42	19,32859	80	6,76700
43	19,10281	81	6,40813
44	18,87148	82	6,05887
45	18,63478	83	6,05887
46	18,39285	84	6,05887
47	18,14578	85	6,05887
48	17,89358	86	6,05887
49	17,63626	87	6,05887
50	17,37372	88	6,05887
51	17,10585	89	6,05887
52	16,83245	90	6,05887
53	16,55329	91	6,05887
54	16,26806	92	6,05887
55	15,97641	93	6,05887
56	15,67791	94	6,05887
57	15,37208	95	6,05887
58	15,05838	96	6,05887
59	14,73623	97	6,05887
60	14,40523	98	6,05887
61	14,06522	99	6,05887
62	13,71628	100	6,05887

1) Par R. 1.10.18,12,4°, l'annexe C est remplacée par l'annexe B.

Revis

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées

Vu l'article 5, paragraphe 6 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti;

Vu l'article 25 de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées;

Art. 1er. Les montants du revenu minimum garanti prévus à l'article 5, paragraphes 1er, 2 et 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti sont fixés à: R. 16.12.16

1. cent soixante-seize euros trente-cinq cents pour une personne seule visée à l'article 5, paragraphe 1 a);
2. deux cent soixante-quatre euros cinquante-trois cents pour la communauté domestique visée à l'article 5 paragraphe 1 b);
3. cinquante euros quarante-six cents pour l'adulte supplémentaire visé à l'article 5, paragraphe 2;

seize euros trois cents pour l'enfant visé à l'article 5, paragraphe 3.

Règlement grand-ducal du 1er octobre 2018 fixant les modalités d'application de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale

Vu la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ;

Art. 1er.

Pour l'application du présent règlement, on entend par :

- *Fonds :* le Fonds national de solidarité ;
- *Office :* l'Office national d'inclusion sociale ;
- *loi :* loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ;
- *Revis :* revenu d'inclusion sociale ;
- *requérant :* la personne signataire de la demande en obtention du Revis ainsi que toute personne qui forme avec lui une communauté domestique et pour laquelle le Revis est demandé.

Chapitre 1er - Présentation et instruction des demandes.

Art. 2.

La demande en obtention du Revis peut être déposée directement auprès du Fonds ou lui être envoyée par courrier postal.

Le Fonds porte chaque fois la date du dépôt sur la demande et en avise le requérant.

Le Fonds vérifie si la demande est admissible conformément à l'article 26 de la loi. Si tel n'est pas le cas, il invite immédiatement le requérant à fournir les pièces requises prévues à l'article 3.

Au cas où toutes les pièces ne sont pas jointes, la demande est admissible à la date de réception de la dernière de ces pièces prévues parvenue au Fonds.

Art. 3.

(1) La demande du requérant donne lieu à l'établissement d'un dossier qui comporte selon le cas les pièces justificatives suivantes :

1. une copie de la carte d'identité des demandeurs adultes ;
2. un relevé d'identité bancaire pour le demandeur principal désigné attributaire du Revis ;
3. une copie de l'attestation d'enregistrement si la personne est ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Économique Européen ou de la Confédération suisse ;
4. une preuve attestant du séjour légal au Luxembourg pendant la période de cinq ans prise en considération, conformément au paragraphe 2 de l'article 2 de la loi, pour le ressortissant de pays tiers ;
5. la décision du Ministère des Affaires étrangères de la reconnaissance en tant que bénéficiaire de la protection internationale.

(2) Pour le requérant âgé de moins de vingt-cinq ans, le dossier visé au paragraphe 1er est complété par un avis médical établi par un médecin mandaté par le Fonds attestant qu'il remplit la condition de l'article 2, paragraphe 4, lettre b) de la loi.

Pour le requérant visé par l'article 2, paragraphe 5, lettre b) de la loi, le dossier visé au paragraphe 1er est complété par un avis médical établi par un médecin mandaté par le Fonds attestant qu'il est empêché pour des raisons de santé physique ou psychique de remplir la condition de l'article 2, paragraphe 1er, lettre d) de la loi.

(3) Le dossier est complété par la suite d'un rapport établi par un agent du Fonds suivant une enquête sur la situation de revenu et de fortune du requérant et de toutes les personnes qui forment avec lui une communauté domestique suivant les dispositions des articles 9 et 10 de la loi.

Art. 4.

Les preuves matérielles visées par l'alinéa 1er du paragraphe 1er de l'article 4 de la loi sont, selon le cas :

1. les titres de propriété d'un immeuble d'habitation ;
2. le contrat de bail ;
3. les quittances de loyer ;
4. les pièces bancaires ou comptables prouvant le paiement du loyer ;
5. les pièces prouvant le paiement des factures d'électricité, de gaz, de l'antenne collective ou des taxes communales.

Ces pièces peuvent être présentées à tout moment au Fonds par toute personne qui estime, au moment de la demande en obtention du revenu d'inclusion sociale ou lors d'un contrôle effectué conformément à l'article 28 de la loi, qu'elle a été considérée à tort comme vivant dans le foyer du requérant et disposant avec lui d'un budget commun.

Les pièces énumérées ci-avant doivent porter sur une durée de six mois au moins à compter de la date où la demande en obtention du revenu d'inclusion sociale a été introduite.

Chapitre 2 - Saisine de l'Office national d'inclusion sociale.

Art. 5.

(1) Dès réception de l'avis motivé de l'Agence pour le développement de l'emploi prévu à l'article 13, paragraphe 1er de la loi, l'Office notifie à la personne sa dispense de la condition de l'article 2, paragraphe 1er, lettre d) de la loi.

(2) L'Office convoque la personne à une réunion d'information.

Art. 6.

Si la personne précitée, après y avoir été invitée par lettre recommandée, ne participe pas à la réunion d'information prévue à l'article 5, paragraphe 2, sans pouvoir produire les pièces nécessaires pouvant justifier de motifs réels et sérieux dans un délai de cinq jours ouvrables qui commence à courir à la date d'envoi de la lettre recommandée réclamant ces pièces justificatives, elle n'est pas considérée comme remplissant la condition de l'article 13, paragraphe 1er, alinéa 2 de la loi.

Dans ce cas, l'Office en informe sans délai le Fonds.

Chapitre 3 - Restitution de l'allocation d'inclusion et modalités de l'hypothèque légale.

Art. 7.

La mainlevée des inscriptions, prises en vertu de l'article 34, paragraphe 1er de la loi, est demandée par le Fonds après l'extinction de la créance à garantir.

Chapitre 4 - Dispositions communes.

Art. 8.

L'Observatoire des politiques sociales, ci-après « l'Observatoire » se réunit sur convocation de son président chaque fois qu'il le juge utile et au moins une fois par semestre ou à la demande d'au moins deux membres.

Art. 9.

En cas de besoin, l'Observatoire s'adjoint d'autres experts ou met en place des groupes de travail.

Art. 10.

En fin d'année, l'Observatoire établit un rapport de ses activités qu'il transmet au ministre pour information.

[...]

Règlement du Gouvernement en Conseil du 19 novembre 2021 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2022.

Vu la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité ;

Vu la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ;

Vu le règlement du Gouvernement en conseil du 20 novembre 2020 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2021 ;

Considérant que le Gouvernement entend reconduire pour l'année 2022 l'allocation de vie chère en faveur des ménages à revenu modeste ;

Considérant que le Gouvernement entend augmenter les montants maxima de l'allocation de vie chère en faveur des ménages à revenu modeste d'au moins 200 euros par ménage ;

Sur proposition du Ministre de la Famille et de l'Intégration et après délibération ;

Art. 1er.

Le Fonds national de solidarité accordera pour l'année 2022, sur demande du requérant majeur, une allocation de vie chère.

Art. 2.

(1) Peut prétendre à l'allocation de vie chère, toute personne qui remplit les conditions suivantes :

a) bénéficier d'un droit de séjour, être inscrite au registre principal du registre national des personnes physiques et résider effectivement au lieu où est établi sa résidence habituelle ;

b) avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant une période de référence de 12 mois en continu précédant le mois de l'introduction de la demande en obtention de l'allocation auprès du Fonds national de solidarité ;

c) disposer seule ou ensemble avec les personnes qui vivent avec elle en communauté domestique au moment de l'introduction de la demande, d'un revenu annuel global inférieur aux limites fixées à l'article 3 ci-après.

Sont présumées faire partie d'une communauté domestique, toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun et dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun. Les dispositions de l'article 4 (1) et (4) de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale sont applicables.

Toutes les personnes faisant partie de la communauté domestique à la date du dépôt de cette demande, sont considérées comme demandeurs de l'allocation pour l'année en cours. Le requérant, au nom duquel la demande est déposée, est le demandeur principal.

(2) L'allocation ne peut être demandée qu'une seule fois par année. Cette limitation s'applique également en cas de changement de la composition de ménage ou de la situation de revenu du demandeur.

(3) Ne peut prétendre à l'allocation de vie chère :

a) la personne qui a bénéficié de l'aide financière de l'État pour études supérieures au courant des 12 mois précédant le mois de l'introduction de la demande en obtention de l'allocation auprès du Fonds national de solidarité ;

b) la personne qui est entrée sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg dans les conditions prévues aux articles 5, 6 (1) 3 et 38 (1) d) de la loi modifiée du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration ;

c) la personne qui fait l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté, sauf pendant la période où elle est soumise au régime de la semi-liberté, qu'elle bénéficie d'une suspension de l'exécution d'une peine, d'une libération conditionnelle ou d'un placement sous surveillance électronique.

Art. 3.

Le revenu annuel global visé à l'article 2 (1) c) ci-avant ne doit pas dépasser trois mille cent soixante-huit euros pour une personne seule. Cette limite de revenu est augmentée de :

- mille cinq cent quatre-vingt-quatre euros pour la deuxième personne ;
- neuf cent cinquante euros et quarante cents pour chaque personne supplémentaire dans le ménage.

Ces montants correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Ils sont adaptés annuellement

- à la cote d'application applicable au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'allocation est due suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'État ;
- à toute variation du salaire social minimum.

Art. 4.

Est considéré comme revenu annuel global au sens de l'article 3 ci-dessus, l'ensemble des revenus bruts dont la communauté domestique a disposé pour une période de référence de 12 mois précédant le mois de l'introduction de la demande en obtention de l'allocation auprès du Fonds national de solidarité.

Sont notamment pris en compte pour la détermination des revenus de la communauté domestique :

- le revenu provenant d'un travail régulier ou généralement d'une activité professionnelle quelconque ;
- les revenus de remplacement dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère ;
- les revenus de biens mobiliers et immobiliers ;
- les rentes et pensions ;
- les allocations ou prestations touchées de la part d'un organisme public ou privé, à l'exception des allocations familiales, de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation de naissance ;
- les pensions alimentaires.

Art. 5.

L'allocation de vie chère est fixée à : R.20.5.20

- mille six cent cinquante-deux euros pour une personne seule ;
- deux mille soixante-cinq euros pour une communauté de deux personnes ;
- deux mille quatre cent soixante-dix-huit euros pour une communauté de trois personnes ;
- deux mille huit cent quatre-vingt-onze euros pour une communauté de quatre personnes ;
- trois mille trois cent quatre euros pour une communauté de cinq personnes et plus.

Les personnes qui disposent d'un revenu qui dépasse les limites visées à l'article 3 ont droit à une allocation réduite correspondant à la différence entre les montants de l'allocation fixés à l'alinéa qui précède et la part du montant du revenu annuel adapté à l'indice qui dépasse les limites de revenu visées à l'article 3.

Art. 6.

La présente allocation n'est pas portée en compte pour la détermination du revenu global annuel servant de base au calcul des prestations créées par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

Art. 7.

L'allocation est exempte d'impôts et de cotisations d'assurance sociale.

Art. 8.

(1) Les demandes sont à présenter sur des formulaires mis à la disposition des intéressés par le Fonds national de solidarité, par les communes et par la Ville de Luxembourg. Ainsi, le Fonds national de solidarité communique, à la fin de l'année, les données des ménages bénéficiaires de l'année en cours au Syndicat Intercommunal de Gestion Informatique afin que celui-ci mette à disposition des communes, par outil informatique, un formulaire pré-rempli complété des données communales pour les demandeurs d'une allocation de vie chère de l'année suivante. Les données des ménages bénéficiaires sont communiquées aux communes de résidence aux fins de l'attribution éventuelle d'une allocation de vie chère, suivant les règlements communaux respectifs. En cas de reconduction de la prestation, l'envoi des formulaires pré-remplis aux bénéficiaires actuels est assuré par le Fonds national de solidarité à la fin de l'année. Les demandes complétées sont à signer par tous les demandeurs majeurs d'âge, ou par leur représentant légal. En cas de signature par le représentant légal, une copie du jugement est à joindre.

(2) Les demandes complètes doivent parvenir au Fonds national de solidarité entre le 1er janvier 2022 et le 30 septembre 2022 au plus tard. Le cachet de la poste fait foi.

(3) Est obligatoirement à joindre à la demande un relevé d'identité bancaire du demandeur principal.

(4) Une demande incomplète ne peut être considérée par le Fonds national de solidarité et sera renvoyée par envoi recommandé au demandeur. Les demandes renvoyées doivent parvenir dûment complétées au Fonds national de solidarité endéans un délai de 30 jours. Le cachet de la poste fait foi. Passé ce délai, l'allocation de vie chère est refusée.

(5) Tout renseignement ou document demandé par le Fonds national de solidarité lors du traitement du dossier doit parvenir de manière complète au Fonds national de solidarité endéans un délai de 30 jours. Le cachet de la poste fait foi. Passé ce délai, l'allocation de vie chère est refusée.

(6) Tous les actes dont la production sera la suite du présent règlement seront délivrés gratuitement avec exemption de tous droits et taxes.

Art. 9.

L'allocation est versée au requérant. Elle n'est accordée qu'une fois par année calendrier. L'allocation ne peut être ni cédée, ni mise en gage, ni saisie. Elle peut être retenue jusqu'à concurrence de la moitié pour la compensation des créances que possède le Fonds national de solidarité envers les bénéficiaires.

Art. 10.

Pour l'instruction de la demande, le Fonds national de solidarité a accès aux fichiers relatifs aux bénéficiaires de l'aide financière de l'État pour études supérieures qui sont résidents sur le

territoire du Grand-Duché de Luxembourg ainsi qu'aux fichiers relatifs aux étrangers de la Direction de l'immigration en vue de la vérification du droit de séjour.

Art. 11.

Les articles 17, 17bis, 21 (1), 21 (4), 21 (5), 28, 29 et 30 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité sont applicables sauf adaptation de la terminologie s'il y a lieu. La charge de l'allocation de vie chère incombe au Fonds national de solidarité. Lorsque, pendant la période de référence à la base du calcul de l'allocation de vie chère, un ménage a disposé de ressources qui auraient dû être prises en considération, les sommes payées en trop peuvent être récupérées à charge du demandeur principal. La restitution est obligatoire si le bénéficiaire a provoqué son attribution en alléguant des faits inexacts, ou en dissimulant des faits importants. Le Fonds national de solidarité ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droits soit verbalement, soit par écrit.

Les décisions prises par le président du Fonds national de solidarité concernant l'octroi ou le rejet de l'allocation sont susceptibles d'une opposition dans les 40 jours qui suivent la notification de cette décision devant le comité-directeur du Fonds national de solidarité.

DIVERS

Règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 portant exécution de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées[1)]

Vu l'article 46 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet;[2)]

Vu la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et notamment ses articles 2, 3, 5, 6, 7, 8, 14, 16, 17, 29, 32 et 33;

Titre 1: Fonctionnement de la commission médicale et de la commission d'orientation et de reclassement professionnel des salariés handicapés

R. 7.10.04

Chapitre 1er: **Le fonctionnement de la commission médicale**

Section 1. Généralités

Art. 1er. 1. Le président de la commission médicale est élu à la majorité des voix des membres titulaires de la commission médicale.

Lorsque le poste de président est devenu vacant par suite d'une démission ou d'un décès du membre titulaire, la commission élira un nouveau président parmi ses membres titulaires, qui terminera le mandat de son prédécesseur.

2. La commission médicale établit un règlement d'ordre intérieur qui détermine notamment les modalités de convocation, de délibération et de vote de la commission qui sera approuvé par règlement grand-ducal.

3. La commission médicale se réunit aux jour, heure et lieu fixés par le président dans la convocation écrite. Les tâches administratives de la commission médicale sont exécutées par une cellule administrative au sein du Service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi.

4. Le Président convoque les membres de la commission médicale. Hormis le cas d'urgence, les convocations sont envoyées et accompagnées des dossiers avec les pièces justificatives tels que définis notamment au point 2 du paragraphe 1 de l'article 5 et au point 2 du paragraphe 1 de l'article 10 ci-après et ce au moins huit jours avant la date prévue pour la réunion de la commission.

Tout membre titulaire de la commission empêché d'assister à une session doit en aviser son suppléant et lui transmettre le dossier avec les pièces justificatives, dont il a eu communication ensemble avec la convocation.

5. Les séances de la commission ne sont pas publiques

Art. 2. Les membres de la commission médicale, les experts et le secrétaire de la commission présents à la réunion à la demande de la commission ont droit à une indemnité spéciale qui est fixée comme suit:. R. 28.10.13

	Fonctionnaire/Employé d'État	Salarié/Indépendant
Président	30 € / séance	60 € / heure
Membre	25 € / séance	50 € / heure
Expert	25 € / séance	50 € / heure
Secrétaire	25 € / séance	/

Les membres de la commission médicale, le secrétaire ainsi que les experts présents à la réunion bénéficient en outre du remboursement de leurs frais de route suivant les modalités fixées par le règlement grand-ducal du 5 août 1993 sur les frais de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'État. R. 7.10.04

Art. 3. Les membres de la commission médicale, les membres du secrétariat et les experts sont tenus au secret professionnel.

Art. 4. 1. Le secrétariat instruit les demandes déposées et informe les requérants des pièces manquantes, ainsi que des pièces supplémentaires éventuelles à verser à la demande de la commission médicale.

2. Le secrétariat est en charge des notifications des décisions de la commission, des transferts de dossiers à effectuer en conformité avec la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, ci-après appelée «loi» et de l'article 9 ci-après, ainsi que de la réception et du dépôt des pièces à effectuer pour le compte de la commission médicale.

3. Le secrétariat établit un procès-verbal de chaque réunion. Le procès-verbal est signé par le président et par le secrétaire.

1) *Par R. 28.10.13 le terme « travailleur » a été remplacé par le terme « salarié ».*

2) *Il y a lieu de lire* « article L. 527-1 du Code du travail. »

Section 2. Procédure pour la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé

Art. 5. (1) La demande en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé est à introduire par écrit sur un formulaire établi par la commission médicale et est accompagnée des pièces justificatives suivantes:

1° des pièces renseignant sur la situation professionnelle et les qualifications du requérant

a) si le requérant travaille auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois, sa demande est accompagnée des pièces suivantes:

- une copie du contrat de travail auprès de son employeur actuel dont l'entreprise est légalement établie au Grand-Duché de Luxembourg
- une autorisation de travail valable établie conformément à la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et au règlement grand-ducal du 5 septembre 2008 fixant les conditions et modalités relatives à la délivrance d'une autorisation de séjour en tant que travailleur salarié — R. 28.10.13
- un certificat d'affiliation établi par le Centre commun de la sécurité sociale — R. 7.10.04
- toute pièce renseignant sur la qualification professionnelle du requérant telle notamment des certificats d'étude ou de formation, des diplômes, des indications sur les travaux et les fonctions exercées par le requérant auprès de l'employeur
- une copie de la fiche d'aptitude en cours de validité[1)] établie par le médecin du travail compétent.

b) si le requérant ne travaille pas auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois, sa demande est accompagnée des pièces suivantes: — R. 28.10.13

- un certificat de résidence datant de moins de trois mois délivré par la commune de la résidence du requérant et établissant que le requérant y est domicilié et y réside effectivement
- la preuve d'un droit de séjour pour la durée de plus de trois mois, conformément aux dispositions des articles 6 et 7 de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration, pour les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, pour les ressortissants d'un État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen, pour les ressortissants de la Confédération suisse ainsi que pour les membres de leur famille tels que définis à l'article 12 de la même loi
- un titre de séjour en cours de validité autorisant les ressortissants de pays tiers à exercer une activité salariale et/ou indépendante
- toute pièce renseignant sur la qualification professionnelle du requérant telle notamment des certificats d'étude ou de formation, des diplômes, des indications sur les travaux et les fonctions exercées par le requérant avant le dépôt de sa demande
- un engagement écrit du requérant qu'il est disponible pour un emploi
- un certificat d'affiliation établi par le Centre commun de la sécurité sociale.

2° des pièces renseignant sur la diminution de la capacité de travail et l'état de santé général du requérant — R. 7.10.04

- un rapport médical récent et détaillé établi par le médecin traitant précisant les causes présumées de la diminution alléguée de la capacité de travail du requérant et comportant le cas échéant des précisions quant à son état de santé et quant à l'évolution prévisible de son état de santé. Le rapport médical peut être complété par un rapport d'un psychologue du travail sur demande de la commission médicale
- un bilan médical récent et détaillé établi par le médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi, portant indication de la diminution de la capacité de travail du requérant et se prononçant sur son aptitude à exercer un emploi sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé, au cas où le requérant serait un demandeur d'emploi

3° d'un certificat de nationalité ou une attestation équivalente,

4° des pièces justifiant de la qualité d'administrateur légal ou de représentant légal si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes

- si le requérant est un majeur protégé au sens des dispositions légales du Titre XI du Livre 1er du Code civil, la demande sera accompagnée d'une copie du jugement ou d'un extrait du répertoire civil ou d'une attestation équivalente justifiant de la qualité de représentant légal du requérant

(2) La commission médicale peut se faire communiquer par le requérant ou par un expert toute pièce qu'elle juge utile ou indispensable pour se prononcer sur la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé du requérant.

1) Par R. 28.10.13, le terme « récente » a été remplacé par les termes « en cours de validité ».

Elle peut demander par l'intermédiaire du médecin inspecteur de la division de la santé au travail du ministre ayant la santé dans ses attributions tous les documents médicaux nécessaires au médecin de travail compétent en vue de se prononcer sur les critères médicaux libellés au paragraphe 1 de l'article 1er de la loi.

(3) La demande en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé doit être signée et datée par le requérant ou son représentant. Si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes, la demande sera signée par son représentant légal ou par l'administrateur légal.

Art. 6. 1. Pour la détermination de la qualité de salarié handicapé, il est le cas échéant tenu compte de l'existence d'une diminution du potentiel individuel de travail par rapport à l'activité professionnelle antérieure. Est en outre prise en considération l'importance de la capacité de travail résiduelle par rapport aux possibilités d'une remise au travail dans un délai rapproché ou la rééducabilité de l'intéressé.

2. Les organismes de la sécurité sociale compétents, de même que le Fonds national de solidarité sont tenus de fournir à la commission médicale les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la commission médicale pour se prononcer sur la demande en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé introduite par le requérant.

Art. 7. Le requérant est tenu de prêter son concours aux examens et investigations jugés utiles par la commission.

Faute par lui de se conformer dans les quinze jours à une sommation à cette fin par lettre recommandée à la poste, la commission médicale peut débouter le requérant de sa demande.

Art. 8. Le président de la commission médicale ou son suppléant signe les décisions prises par la commission ensemble avec le secrétaire de la commission, qui dresse procès-verbal de la réunion de la commission médicale et qui veille à la notification de la décision au requérant par lettre recommandée selon les dispositions du paragraphe 3 de l'article 3 de la loi.

Art. 9. Dès que la décision d'attribution de la qualité de salarié handicapé prise par la Commission médicale est devenue définitive, le salarié handicapé est tenu à se faire inscrire au service en charge du développement de l'emploi et de la formation et au service des salariés handicapés de l'Agence pour le développement de l'emploi ou auprès de l'une de ses agences. Le service établit un certificat d'inscription qui est transmis conjointement avec le dossier que la commission médicale transmettra à la commission d'orientation et de reclassement aux fins de prise de décision au sens du paragraphe 1 de l'article 6 de la loi et pour déterminer les mesures à prendre en faveur des salariés handicapés conformément à l'article 8 de la loi. R. 28.10.13 R. 7.10.04

Le dossier transmis à la commission d'orientation et de reclassement comprend toutes les informations et pièces justificatives produites par le requérant et permettant à la commission de prendre ses décisions quant à l'orientation et au reclassement professionnel des salariés handicapés sur le marché du travail et dans un atelier protégé ainsi que de déterminer les mesures à proposer au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en conformité avec l'article 8 de la loi, à savoir notamment:

- la demande en reconnaissance de la qualité de salarié handicapé établie par le requérant ou son représentant avec la décision définitive de la commission médicale portant reconnaissance de la qualité de salarié handicapé,
- le certificat d'inscription établi par le service des salariés handicapés,
- les pièces justificatives libellées au paragraphe 1 de l'article 5 du présent règlement grand-ducal.

Section 3. Procédure en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées

Art. 10. (1) La demande en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées est formée par écrit sur un formulaire délivré par la commission médicale et sera accompagnée des pièces justificatives suivantes:

1° un certificat de naissance ou une attestation équivalente établissant que le requérant est âgé de dix-huit ans au moins au moment de l'introduction de sa demande en obtention du revenu,

2° des pièces renseignant sur la diminution de la capacité de travail et l'état de santé général du requérant

   - un rapport médical récent et détaillé établi par le médecin traitant, précisant les causes présumées de l'incapacité de travail du requérant, établissant que la déficience a été acquise avant l'âge de 65 ans et comportant le cas échéant des précisions quant à son état de santé et quant à l'évolution prévisible de son état de santé
   - un bilan médical récent et détaillé établi par le médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi, portant indication du taux de la diminution de la capacité de travail du requérant et établissant que le requérant présente un état de santé qui est tel que tout effort s'avère contre-indiqué; au cas où le requérant serait un demandeur d'emploi

3° un certificat de nationalité ou une attestation équivalente,

4° des pièces attestant de la qualité de représentant légal si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes,

5° un certificat de résidence datant de moins de trois mois délivré par la commune de résidence du requérant et établissant que le requérant y est domicilié et y réside effectivement. En outre, le requérant doit: R. 28.10.13

- rapporter la preuve d'un droit de séjour de plus de trois mois, conformément aux dispositions des articles 6 et 7 de la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration, s'il est ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse;
- rapporter la preuve qu'il était en séjour régulier au Luxembourg pendant la période de cinq ans, prise en considération, conformément au paragraphe 2, alinéa 2 de l'article 1er de la loi, s'il est ressortissant d'un État autre que ceux visés à l'alinéa ci-avant.

(2) La commission médicale peut se faire communiquer par le requérant ou par un expert toute pièce qu'elle juge utile ou indispensable pour se prononcer sur la diminution de la capacité de travail et sur l'état de santé du requérant. R. 7.10.04

Elle peut demander par l'intermédiaire du médecin inspecteur de la division de la santé au travail du ministre ayant la santé dans ses attributions tous les documents médicaux nécessaires au médecin de travail compétent en vue de se prononcer sur les critères médicaux libellés aux points b) et c) du paragraphe 2 de l'article 1er de la loi.

(3) La demande en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées doit être signée et datée par le requérant ou son représentant. Si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes, la demande sera signée par son représentant légal ou par l'administrateur légal.

Art. 11. (1) Les organismes de la sécurité sociale compétents, de même que le Fonds national de solidarité sont tenus de fournir à la commission médicale les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la commission médicale pour se prononcer sur la demande en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées conformément aux points b) et c) du paragraphe 2 de l'article 1er de la loi.

(2) Le requérant est tenu de prêter son concours aux examens et investigations jugés utiles par la commission. Faute par lui de se conformer dans les quinze jours à une sommation à cette fin par lettre recommandée à la poste, la commission médicale peut débouter le requérant de sa demande.

Art. 12. (1) Le président de la commission médicale ou son suppléant signe les décisions prises par la commission médicale ensemble avec le secrétaire de la commission, qui dresse procès-verbal de la réunion de la commission médicale et qui veille à la notification de la décision au requérant par lettre recommandée dans un délai de deux mois à partir de la date où la demande est réputée être faite.

(2) Après que la décision prise par la commission médicale est devenue définitive, la commission transmet sa décision ensemble avec la demande et les pièces justificatives libellées à l'article 10 ci-avant sans délai au Fonds aux fins d'attribution du revenu pour personnes gravement handicapées.

Art. 13. (1) Dès réception de la décision définitive transmise par la commission médicale, le Fonds examine en outre si les conditions d'âge et de résidence sont remplies et décide de l'octroi ou du refus du revenu pour personnes gravement handicapées. Le Fonds informe la commission médicale de sa décision.

(2) Le requérant du revenu pour personnes gravement handicapées est tenu de déclarer l'intégralité de ses revenus professionnels et de remplacement dont il bénéficie au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère au Fonds.

Les organismes de sécurité sociale compétents sont tenus de transmettre sans délai et dès leur saisine par le Fonds, les données se rapportant aux prestations de tout ordre perçues par le requérant aux fins de permettre au Fonds de déterminer le montant du revenu pour personnes gravement handicapées.

Art. 14. La restitution des sommes avancées par le Fonds au titre du revenu pour personnes gravement handicapées se fait dans les limites et selon les garanties des articles 28, 29, 30 (2) et 32 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale.[1)] R. 1.10.18,13

Chapitre 2: **Le fonctionnement de la commission d'orientation et de reclassement professionnel des salariés handicapés**

Section 1. Généralités

Art. 15. 1. La commission d'orientation et de reclassement professionnel, ci-après désignée par l'abréviation «COR» se réunit aux jour, heure et lieu fixés par le président.

1) *Par R. 1.10.18,13, la partie de phrase « des articles 26, 27, 28 (2), 28 (3) et 30 » est à remplacer par « des articles 28,29,30(2) et 32 de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».*

2. La COR établit un règlement d'ordre intérieur qui détermine notamment les modalités de convocation, de délibération et de vote de la commission qui sera approuvé par règlement grand-ducal.

3. Hormis le cas d'urgence, les convocations sont envoyées et accompagnées des dossiers avec les pièces justificatives tels que définis à l'article 9 ci-avant et ce au moins huit jours avant la date prévue pour la réunion de la commission.

Tout membre titulaire de la commission empêché d'assister à une session doit en aviser son suppléant et lui transmettre le dossier administratif dont il a eu communication ensemble avec la convocation.

4. Les séances de la commission ne sont pas publiques.

Art. 16. Les membres de la COR, les experts et le secrétaire de la commission présents à la réunion à la demande de la commission ont droit à une indemnité spéciale qui est fixée comme suit: R. 28.10.13

	Fonctionnaire/Employé d'État	Salarié / Indépendant
Président	30 € / séance	/
Membre	25 € / séance	50 € / heure
Expert	25 € / séance	50 € / heure
Secrétaire	25 € / séance	/

Les membres de la COR, le secrétaire ainsi que les experts présents à la réunion bénéficient en outre du remboursement de leurs frais de route suivant les modalités fixées par le règlement grand-ducal du 5 août 1993 sur les frais de séjour ainsi que sur les indemnités de déménagement des fonctionnaires et employés de l'État. R. 7.10.04

Art. 17. Les membres de la COR, les membres du secrétariat et les experts sont tenus au secret professionnel.

Art. 18. Les missions du secrétariat de la COR pour la mise en oeuvre des procédures devant la COR sont identiques à celles du secrétariat de la commission médicale.

Section 2. Procédure d'orientation et de reclassement professionnel du salarié handicapé

Art. 19. Après avoir reçu communication du dossier administratif du requérant de la part du secrétaire de la commission médicale conformément à l'article 9 ci-avant, le secrétaire de la COR accuse réception du dossier, qui est marqué de la date d'entrée auprès la COR.

Le Président convoque les membres de la COR. Hormis le cas d'urgence, les convocations sont envoyées et accompagnées des dossiers avec les pièces justificatives tels que définis à l'article 9 ci-avant et ce au moins huit jours avant la date prévue pour la réunion de la commission.

Tout membre titulaire de la commission empêché d'assister à une session doit en aviser son suppléant et lui transmettre le dossier avec les pièces justificatives, dont il a eu communication ensemble avec la convocation.

Art. 20. La COR ayant à se prononcer par une décision motivée sur l'orientation du salarié handicapé sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé, prend sa décision sur base de la capacité de travail du requérant et sur les possibilités réelles d'intégration à l'embauche ou sur l'admission à un poste de travail du marché ordinaire ou dans un atelier protégé.

En vue d'une orientation sur le marché ordinaire ou dans un atelier protégé, la COR pourra notamment tenir compte des éléments suivants:

- des antécédents scolaires et professionnels du salarié handicapé,
- des souhaits exprimés par le requérant ainsi que des capacités d'adaptation intellectuelles et physiques du requérant à l'exercice et à l'apprentissage d'un métier,
- des besoins du salarié handicapé compte tenu de la nature et du degré de son handicap, de ses capacités antérieures et résiduelles de travail, établis par le médecin traitant dans son rapport médical,
- du bilan médical établi par le médecin du travail de l'Agence pour le développement de l'emploi portant indication du taux de la diminution de la capacité de travail du requérant et se prononçant sur son aptitude à exercer un emploi sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé de même que sur l'évaluation de ses capacités de travail résiduelles, ainsi que sa proposition, s'il y a lieu, de mesures d'orientation vers un emploi sur le marché ordinaire ou dans un atelier protégé, R. 28.10.13
- du bilan établi par un psychologue de travail de l'Agence pour le développement de l'emploi, R. 7.10.04
- de l'appréciation d'un ou de plusieurs organismes gestionnaires des ateliers protégés concernant l'employabilité du requérant dans un atelier protégé.

Art. 21. La COR peut se faire communiquer par le salarié handicapé ou par un expert toute pièce qu'elle juge utile ou indispensable pour se prononcer sur l'orientation ou le reclassement professionnel du salarié handicapé. Elle peut s'adjoindre, en cas de besoin, toutes les

personnes dont le concours en raison de leur compétence ou de leur fonction lui paraît utile pour l'exécution de ses missions.

Les organismes de sécurité sociale compétents et le Fonds national de solidarité transmettent sans délai, dès leur saisine par le président de la COR, les données se rapportant aux personnes concernées que la COR a jugées utiles pour sa prise de décision en matière d'orientation et de reclassement professionnel du salarié handicapé.

Art. 22. Le salarié handicapé est tenu de prêter son concours aux examens et investigations jugés utiles par la COR. Faute par lui de se conformer dans les quinze jours à compter de la date d'envoi de la sommation lui adressée à cette fin par lettre recommandée remise à la poste, la commission peut débouter le requérant de sa demande.

Art. 23. Le président de la COR ou son suppléant signe les décisions prises par la commission ensemble avec le secrétaire de la commission, qui dresse procès-verbal de la réunion de la COR et qui veille à la notification de la décision au requérant par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter de la date d'entrée du dossier auprès la commission.

Section 3. Détermination de la forme et du contenu des mesures visées à l'article 8 alinéa 4 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes[1)] handicapés

a) Mesures d'orientation, de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelles

Art. 24. Le Directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi décide de la prise en charge financière totale ou partielle des frais d'orientation, de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelles.

Les frais comprennent notamment les indemnités de réentraînement à l'effort, d'initiation, de remise au travail ainsi que d'autres frais en rapport avec ces mesures comme notamment les frais d'inscription, les frais de transport, les frais de repas, le petit matériel didactique. Le remboursement des frais se fait au candidat sur présentation d'une facture acquittée ou directement à l'institut de formation.

b) Mesures d'intégration et de réintégration professionnelles

Art. 25. 1. L'avis de la commission d'orientation et de reclassement professionnel tel que prévu par les articles 8 et 15 de la loi est fondé notamment sur un ou plusieurs critères établis ci-après, à savoir:

- la perte de rendement du salarié handicapé due à la diminution de sa capacité de travail
- l'évolution prévisible de l'handicap
- les conditions d'adaptation du salarié handicapé au milieu du travail
- la situation sur le marché du travail ordinaire
- le respect du quota obligatoire par l'employeur
- le respect par l'employeur de son obligation de déclarer les postes vacants auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi conformément à l'article 11 (1) de la loi
- les efforts de maintien à l'emploi entrepris par l'employeur en faveur des salariés handicapés
- l'existence d'un lien causal entre le poste de travail et la mesure proposée
- la nature et la durée du travail à prester
- les problèmes de mobilité et d'accessibilité du salarié
- les conclusions découlant d'une étude du poste de travail à occuper par le salarié handicapé et d'un bilan des déficits et de la capacité résiduelle de ce dernier à établir par le médecin du travail compétent.

La participation de l'État au salaire du salarié handicapé guidé vers le marché de travail ordinaire variera entre 40% et 100% du salaire brut, y compris la part patronale des cotisations de sécurité sociale. Pour les salariés handicapés engagés dans un atelier protégé, l'État participe au salaire à raison de 100% du montant, tel que déterminé au 1er paragraphe de l'article 21 de la loi. R. 28.10.13

Au cas où le salarié handicapé aurait acquis à l'issue de sa rééducation professionnelle et de son expérience professionnelle reçue à son nouveau poste de travail, un rendement égal au rendement d'un salarié valide, la participation aux frais de salaire est arrêtée par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, sur avis motivé de la commission d'orientation et de reclassement professionnel. R. 7.10.04

2. Le taux de participation pourra être revu périodiquement par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, sur avis conforme et motivé de la commission d'orientation et de reclassement professionnel, en fonction de l'évolution du handicap et de l'adaptation du salarié handicapé au milieu du travail.

1) Par R. 28.10.13 les termes « aux travailleurs handicapées » ont été remplacés par les termes « aux personnes handicapées ».

Pour la fixation du taux de participation, la commission d'orientation et de reclassement peut demander, en cas de besoin, un avis de la commission médicale portant sur l'état médical des impétrants.

En cas d'aggravation du handicap, une demande en obtention du relèvement du taux de participation pourra être introduite sur base d'une demande émanant de l'employeur, accompagnée d'un avis motivé du médecin du travail compétent.

3. Sur demande de l'employeur occupant régulièrement un nombre de salariés handicapés supérieur aux taux d'emploi obligatoires prévus par les dispositions de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées; le remboursement de la part patronale des charges de sécurité sociale sera accordé par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi, sur avis de la commission d'orientation et de reclassement professionnel. Cette décision est basée notamment sur un rapport du Service des travailleurs de l'Agence pour le développement de l'emploi ayant pour objet d'établir le respect ou non par l'employeur des obligations visées par l'article 10 (2) dernier alinéa de la loi.

Sont éligibles au remboursement de la part patronale des charges de sécurité sociale, les employeurs du secteur privé et les employeurs du secteur public, exception faite de l'État.

c) Prise en charge des frais relatifs à l'aménagement des postes de travail et des accès au travail ainsi que des frais de transport

Art. 26. Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi décide de la prise en charge éventuelle par l'État, sur avis conforme et motivé de la COR, de tout ou partie, notamment:

- de l'aménagement des postes de travail et des accès au travail;
- de l'acquisition d'équipement professionnel et de matériel didactique;
- du remboursement des frais de transport vers le lieu de travail.

Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut charger un représentant du service des salariés handicapés ou d'un autre service concerné, pour assurer le suivi de ces mesures. Cet organisme s'assurera sur place des mesures à prendre et aura le contrôle du déroulement technique en collaboration avec l'employeur et le médecin du travail compétent.

d) Conditions et modalités de prise en charge par l'État des cotisations de sécurité sociale pour les salariés indépendants handicapés

Art. 27. L'État peut accorder la prise en charge des cotisations au titre de l'assurance pension complémentaire prévue à l'article 173, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale aux salariés indépendants qui ont obtenu la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé conformément à l'article 3 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, lorsqu'ils poursuivent leur activité professionnelle sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 28. Dans certains cas de rigueur à caractère social dûment établi, l'État peut prendre à sa charge, en tout ou en partie, les cotisations d'assurance obligatoire.

Art. 29. Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi accordera la prise en charge pour la durée d'une année sur proposition de la COR.

La prise en charge est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 30. Les demandes de prise en charge sont à adresser au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi qui les transmet à la COR pour avis.

Les intéressés sont tenus de signaler à l'Agence pour le développement de l'emploi tout fait de nature à apporter un changement aux conditions d'attribution du bénéfice de la prise en charge par l'État.

Art. 31. Les cotisations prévues à l'article 27 ci-avant sont payées par l'État sur base d'un extrait de compte individuel ou collectif établi par le Centre commun de la sécurité sociale.

Les cotisations prévues à l'article 28 sont remboursées par l'État aux ayants droit contre production des pièces justificatives.

Chapitre 3: **Procédure applicable au salarié handicapé, qui pour des raisons indépendantes de sa volonté n'a pas accès à un emploi salarié**

Art. 32. (1) La demande du salarié handicapé visé par le dernier alinéa du paragraphe 2 de l'article 1er de la loi sera accompagnée des pièces justificatives suivantes:

1° une décision devenue définitive de la commission médicale portant attribution de la qualité de salarié handicapé au requérant,

2° une décision devenue définitive de la commission d'orientation et de reclassement professionnel quant à l'orientation du requérant sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé,

3° une pièce délivrée par la commune de résidence du requérant et établissant la condition d) du paragraphe 2 de l'article 1er de la loi dans le chef du requérant,

4° des pièces récentes établissant l'état des ressources du requérant,

5° une attestation délivrée par le service en charge du développement de l'emploi et de la formation de l'Agence pour le développement de l'emploi établissant que le requérant n'a pas accès à un emploi salarié pour des raisons indépendantes de sa volonté,

6° des pièces justifiant de la qualité d'administrateur légal ou de représentant légal si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes

- si le requérant est un majeur protégé au sens des dispositions légales du Titre XI du Livre 1er du Code civil, la demande sera accompagnée d'une copie du jugement ou d'un extrait du répertoire civil ou d'une attestation équivalente justifiant de la qualité de représentant légal du requérant.

(2) Le Fonds peut se faire communiquer par le requérant ou par un expert toute pièce jugée utile ou indispensable pour se prononcer sur l'attribution du revenu pour personnes gravement handicapées.

(3) La demande en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées faite en application du dernier alinéa du paragraphe 2 de l'article 1er de la loi doit être signée par le requérant. Si le requérant a besoin d'être représenté dans ses actes, la demande sera cosignée par l'administrateur légal ou par son représentant légal.

Titre II: Le fonctionnement de la commission spéciale

Art. 33. 1. Pour les demandes en réexamen des décisions d'orientation de la Commission d'orientation, la Commission spéciale instituée par l'article L.527-1, paragraphe (2) du Code du travail, est complétée, au besoin et suivant les cas par: R. 28.10.13

- un fonctionnaire de l'État représentant les organismes de sécurité sociale; R. 7.10.04
- un représentant des associations de mutilés de guerre ainsi que des prisonniers et déportés politiques;
- deux représentants des associations des personnes présentant un handicap de la vue et/ou de l'ouïe;
- deux représentants des associations des personnes présentant un handicap physique ou mental;
- un représentant d'une association des personnes présentant un handicap psychique;
- un représentant des associations gestionnaires des ateliers protégés visés par l'article 23 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

Il est nommé un membre suppléant pour chacun des membres titulaires susvisés.

2. Les membres complétant la commission spéciale de réexamen sont nommés par le ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions, sur proposition du Conseil supérieur des personnes handicapées.

3. Ils assistent aux délibérations de la commission avec voix consultative.

Art. 34. Pour le fonctionnement de la commission spéciale susvisée, les mêmes règles que celles prévues par le règlement grand-ducal du 7 juillet 1987 concernant l'organisation et le fonctionnement de la commission spéciale chargée du réexamen des décisions de l'Agence pour le développement de l'emploi en matière d'indemnisation de chômage complet sont d'application.

Titre III: La procédure en révision devant la commission médicale ou devant la commission d'orientation et de reclassement professionnel

Art. 35. Les demandes en révision prévues par la loi sont introduites par les requérants et traitées selon les conditions, procédures et les modalités applicables aux demandes faites en application de ladite loi et du présent règlement grand-ducal.

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées[1)]

1) Voir règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 sous Règlements, Revenu d'inclusion sociale du CSS.