

Guide pratique



Brochure pour patients

Rédaction et éditeur

Fondation Cancer
209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
RCS Luxembourg G 25

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

www.cancer.lu

Copyright : Fondation Cancer

Cette brochure est également disponible
en langue allemande.

Edition 2021

*La forme masculine s'applique
par analogie au féminin comme suit.*

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

Grâce à cette brochure, nous espérons répondre précisément aux nombreuses questions d'ordre pratique des patients. Lors de la mise à jour de cette édition, nous nous sommes donnés comme ambition et impératif d'être le plus exhaustif possible afin de vous donner - patients et proches - le cadre optimal pour gérer le parcours, car nous savons fort bien que ce dernier est une longue période de doutes et d'étapes à surmonter.

Confronté à toute une série de questions pratiques et d'organisation dans la vie familiale et professionnelle, le patient peut se sentir perdu, démuni.

C'est pourquoi vous pourrez obtenir via ce guide des informations sur les prestations des caisses de maladie et des services de soins ainsi que sur le droit du travail ou sur les aides financières.

Si toutefois, vous avez des questions sur les différents sujets traités, n'hésitez pas à nous contacter, nous sommes là pour vous.

L'équipe de la Fondation Cancer

Sommaire

I. Soins de santé	8
Les modalités de prise en charge des frais par la CNS	9
Le médecin référent et le Dossier de soins partagé (DSP)	11
• Qui peut être mon médecin référent ?	11
• Qu'est-ce qu'un DSP et quel rôle joue-t-il ?	11
• Comment la sécurité des données est-elle assurée ?	12
• Puis-je révoquer la déclaration médecin référent ?	12
Traitement ambulatoire	13
• Je suis un traitement ambulatoire. Quels sont les frais à ma charge ?	13
Traitement hospitalier	13
• Je suis hospitalisé en 2 ^e classe. Quels sont les frais à ma charge ?	13
• Je suis hospitalisé en 1 ^e classe. Quels sont les frais à ma charge ?	13
Frais de transport	13
• Je dois régulièrement me rendre à l'hôpital pour mon traitement. Les frais de transport sont-ils à ma charge ?	14
Traitement à l'étranger (UE/EEE/Suisse)	16
• Je dois suivre un traitement médical programmé à l'étranger. À quoi dois-je faire attention ? Qui prend en charge les frais ?	16
• Je dois me rendre à l'étranger pour une consultation médicale unique ou un examen médical. Me faut-il un accord préalable et qui prend en charge les frais ?	19
• J'ai besoin d'une aide médicale en urgence. Comment la prise en charge des frais est-elle réglée ?	19
• Les frais de transport lors d'un traitement à l'étranger sont-ils à ma charge ?	19
• Une personne m'accompagnera lors du traitement à l'étranger. Les frais résultant de cet accompagnement sont-ils à ma charge ?	21

Participation personnelle à l'achat d'articles divers et de médicaments	22
• J'ai besoin d'une perruque. Est-elle remboursée par la CNS ?	22
• J'ai besoin d'une prothèse mammaire. Est-elle remboursée par la CNS ?	23
• A la maison j'ai besoin de dispositifs médicaux comme p. ex. des poches de stomie (colo- ou urostomie), des produits pour une alimentation par sonde, des articles d'incontinence (en dehors des protège-slips/protection de lit), etc. La CNS prend-elle en charge ces dispositifs ?	24
• À domicile, je dois m'alimenter par sonde. Les frais sont-ils à ma charge ?	24
• J'ai besoin d'un fauteuil roulant, d'un matelas anti-escarres ou d'autres dispositifs techniques. Où puis-je me les procurer et qui prend en charge les frais ?	25
• Le médecin me prescrit des médicaments. Que dois-je savoir ?	26

II. Aide et soins à domicile 28

• J'ai besoin d'une aide-ménagère et/ou d'une garde pour mes enfants. À qui puis-je m'adresser ?	28
• J'ai besoin d'aide et de soins à domicile. À qui puis-je m'adresser ?	29

III. Réhabilitation 32

• J'ai besoin de séances de kinésithérapie ou de massage. Ces prestations sont-elles remboursées par la CNS ?	32
• Je souhaite faire une cure. Que faut-il savoir ?	34
• Est-ce que je peux faire une cure de réhabilitation oncologique à l'étranger ?	36

IV. Modalités financières particulières 38

• Que faire si le montant d'une facture d'un examen ou d'un traitement est tellement élevé que je ne peux pas la payer ?	38
• J'ai avancé une somme d'argent très élevée pour payer les frais de traitement. Existe-t-il une possibilité d'être remboursé plus rapidement ?	38
• Ma participation personnelle aux coûts des traitements dépasse mes moyens financiers. Existe-t-il un plafond ?	39
• De façon générale, j'ai des difficultés à régler mes factures médicales. Quelles sont des solutions possibles ?	39

V. Maladie et activité professionnelle **42**

- A quoi veiller lorsque je suis malade et que je ne peux pas aller travailler ? 42
- Dois-je informer mon employeur que j'ai un cancer ? 43
- Puis-je être licencié pendant ma période d'incapacité de travail ou à cause de mon cancer ? 43
- Pendant mon congé de maladie – à quoi dois-je veiller concernant les horaires de sortie ? 44
- Ai-je le droit de voyager à l'étranger pendant mon arrêt de maladie ? 44
- Qu'en est-il de la continuation du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie ? 45
- Qu'est-ce qui se passe si je suis en arrêt de maladie prolongée ? Que faut-il savoir de la règle des 78 semaines ? 46
- Est-ce que le CMSS va me convoquer pour un examen médical ? 50
- Comment s'organise la reprise du travail ? 50
- Que devrais-je savoir sur le statut du travailleur handicapé ? 53
- Si je me présente à un entretien d'embauche, dois-je mentionner ma maladie ? 54
- Que dois-je savoir si je suis en congé de maladie de façon prolongée ? 54

VI. Invalidité **56**

- Je ne peux plus exercer une activité professionnelle pour des raisons de santé. Vais-je toucher une pension d'invalidité ? 56
- Puis-je travailler à temps partiel, même si je touche une pension d'invalidité ? 56
- Dans quel cas puis-je demander une aide financière complémentaire à la pension d'invalidité ? 57
- La carte d'invalidité – qu'est-ce que je dois savoir ? 57
- Quelles sont les conditions pour obtenir une carte de priorité (une vignette de stationnement) donnant accès aux emplacements pour personnes handicapées ? 59

VII. Aspects fiscaux	60
• Puis-je déduire fiscalement les frais dus à ma maladie ?	60
• Comment bénéficier des avantages fiscaux ?	60
• Invalidité et fiscalité : ce qui est important à savoir	61
VIII. Protection sociale	62
• J'ai perdu mon emploi. Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'indemnité de chômage ?	62
• Le revenu pour salariés handicapés (RPGH). Que devrais-je savoir ?	64
• Mes revenus mensuels ont diminué – que devrais-je savoir sur le revenu d'inclusion social (REVIS) ?	65
IX. En cas de difficultés avec les instances sociales (CNS, CMSS, CNAP, ADEM...) ou l'employeur	68
• Ce qui est important de savoir	68
• Je me sens lésé par une décision à portée individuelle émanant d'une institution de la sécurité sociale (CMSS, CNS, CNAP, ADEM...). Que dois-je savoir sur les procédures légales et les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale ?	68
• J'ai des difficultés à recevoir mes allocations de chômage. À qui puis-je m'adresser ?	70
• Je suis en litige avec mon employeur. À qui puis-je m'adresser ?	71
X. Assistance juridique	72
• Je dois recourir à un avocat, mais je ne suis pas en mesure de payer ses honoraires. Que puis-je faire ?	72
XI. Adresses utiles	74
XII. Glossaire	77

I. Soins de santé



Si vous résidez et/ou travaillez au Grand-Duché de Luxembourg, vous êtes en principe affilié comme assuré principal ou co-assuré (membre de la famille de l'assuré principal) auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS). Ainsi, vous avez accès aux différents services de la sécurité sociale (assurance maladie, caisse d'assurance pension, prestations familiales, etc.) au Luxembourg et avez droit aux prestations de santé selon la caisse de maladie du secteur public ou privé selon l'employeur de l'assuré principal.

Les personnes bénéficiant de prestations spécifiques (p. ex. l'indemnité pécuniaire de maladie, indemnités de chômage...) ainsi que les étudiants, qui ont une assurance obligatoire ou volontaire auprès du CCSS, peuvent également profiter des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les caisses de maladie suivantes existent au Luxembourg :

- une **caisse de maladie du secteur privé**, la Caisse nationale de santé (**CNS**) ou Gesondheetskeess
- trois **caisses de maladie du secteur public**, à savoir :
 - » la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (**CMFEP**) ;
 - » la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (**CMFEC**) ;
 - » l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (**EM-CFL**).

La caisse de maladie du secteur privé (CNS) participe selon ses statuts aux frais des soins de santé de ses assurés.

Les caisses de maladie des assurés du secteur public (CMFEP, CMFEC et EM-CFL) appliquent les statuts CNS pour leur participation aux frais de soins de santé.

Pour une meilleure lisibilité, nous utiliserons le terme CNS dans les explications et procédures ultérieures. Les assurés des autres caisses de maladie doivent se référer à leur caisse de maladie pour les procédures exactes (p. ex. envoi de demandes, dossiers, etc.).

Les modalités de prise en charge des frais par la CNS

En général, la prise en charge des frais des soins de santé se base sur le **principe du remboursement sur avance des frais**. Par ce principe, vous réglez en avance la facture reçue. Les frais des soins de santé sont alors, selon le type de soins (p. ex. prestations ambulatoires ou stationnaires), remboursés partiellement ou entièrement par la CNS. Le **système du tiers payant** prévoit pour certains types de soins (p. ex. médicaments, frais hospitaliers, kinésithérapie, etc.) que ces frais soient réglés par la CNS aux prestataires des soins directement. Dans ces cas, vous ne prenez en charge qu'une partie des frais (votre participation statutaire personnelle) que la CNS ne couvre pas. (Informations supplémentaires dans le texte ci-après.)

Pour que la CNS prenne en charge les coûts liés aux soins de santé, il faut que ceux-ci :

- viennent de prestataires qui ont signé une convention avec la CNS ;
- sont prévus dans les statuts de la CNS ;
- sont mentionnés dans le Code de la Sécurité Sociale, inscrits dans les nomenclatures ou les listes/fichiers de la CNS.



Conseils

Le remboursement des consultations médicales en dehors d'un traitement hospitalier est de 88 % du tarif officiel. Le coût de la chimiothérapie et de la radiothérapie sont entièrement pris en charge.

Dans le cas où vous êtes affilié à une assurance complémentaire (p. ex. Caisse médico-complémentaire mutualiste (CMCM)), il se peut que vous ayez droit à des remboursements ou prises en charge supplémentaires. Veuillez vérifier ceci avec votre assurance complémentaire.





Informations et contact

Caisse nationale de santé (CNS)

215, route d'Esch
L-1471 Luxembourg
Adresse postale : L-2980 Luxembourg
T 27 57-1
F 27 57-27 58
E cns@secu.lu
www.cns.public.lu
www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/ass-mal-lux.html

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)

32, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg
T 45 16 81
F 45 67 50
E cmfep@secu.lu
www.secu.lu

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)

20, avenue Emile Reuter
L-2420 Luxembourg
Adresse postale : B.P. 328
L-2013 Luxembourg
T 45 05 15
F 45 02 01-222
www.secu.lu

Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EM-CFL)

2B, rue de la Paix
L-2312 Luxembourg
T 49 90 - 3416
F 49 90 - 4501
www.secu.lu



Le médecin référent et le Dossier de soins partagé (DSP)

Le traitement de votre cancer se caractérise par une grande complexité. Un grand nombre d'intervenants différents sont impliqués. Vous allez passer une multitude d'examen et d'interventions. Vous êtes en rapport avec les oncologues, les radiothérapeutes, les anatomopathologistes, d'autres médecins (spécialistes), ainsi que des acteurs de soins et sociaux. Votre parcours de patient demande une coordination étroite quant aux déroulements et aux flux d'informations entre les intervenants et vous.

Vous avez la possibilité de vous faire accompagner par un **médecin référent** dans le cadre de votre maladie. Celui-ci coordonne l'ensemble de votre traitement et joue un rôle principal dans la surveillance de l'évolution de votre santé. Dans le cas de maladies et traitements complexes, plusieurs médecins de spécialités différentes interviennent, ce qui peut être déstabilisant pour certains patients.

Le médecin référent vous soutient, vous conseille et vous oriente tout au long de votre traitement.

Le **Dossier de soins partagé (DSP)** est un outil important de cette coordination. L'objectif est d'assurer le suivi médical optimal en tenant compte de votre état de santé.

Qui peut être mon médecin référent ?

Vous choisissez votre médecin référent. Il doit être médecin généraliste offrant les soins primaires en milieu extrahospitalier. Cela devrait être le médecin qui est le plus facilement accessible pour vous et que vous consultez en priorité. (Sachez que le médecin n'est pas obligé de devenir votre médecin référent – il peut aussi refuser.)

Vous signez conjointement une déclaration médecin référent. Le médecin référent remplit la déclaration avec vous et l'envoie à la CNS. Un numéro de dossier est créé et vous êtes inscrit dans le système médecin référent.

Qu'est-ce qu'un DSP et quel rôle joue-t-il ?

Pour chaque patient un DSP a été créé par l'Agence eSanté. Vous pouvez donc, même sans utilisation du système du médecin référent, activer et utiliser un DSP, puis donner un accès à vos différents médecins pour y enregistrer des informations (<https://www.esante.lu/portal/fr/patients/activation-compte-esante-197-215.html>).

Le DSP est votre dossier médical personnel numérisé qui contient vos données de santé, de maladie et de traitement. Le DSP est sécurisé par un système de mot de passe.

Vous, votre médecin référent, vos médecins spécialisés (auxquels vous avez décidé de donner accès ou non à votre DSP) pouvez échanger des informations et coordonner les soins médicaux.

Lorsque vous utilisez le DSP dans le cadre du système du médecin référent, le médecin référent fait un résumé patient (au plus tard trois mois après la déclaration médecin référent). La CNS y ajoute un résumé de tous les prestations et examens. Ainsi, il est possible d'avoir une vue d'ensemble des données de votre santé et de vos traitements. Le résumé patient est régulièrement actualisé par le médecin référent.

Comment la sécurité des données est-elle assurée ?

Les données sont stockées dans un « Coffre-fort Santé » virtuel localisé au Luxembourg. Les informations sont transmises de manière sécurisée et sont stockées sous forme cryptée. Pour lire, récupérer ou envoyer des informations sur le patient, une identification hautement sécurisée de l'utilisateur (par un mot de passe unique comme pour les accès bancaires) est nécessaire. De plus, le professionnel de santé en question doit être reconnu dans le registre national des professionnels de santé. C'est vous, le patient, qui donnez aux autres utilisateurs le droit d'accès ou non à votre DSP.

Puis-je révoquer la déclaration médecin référent ?

La relation médecin référent-patient est créée pour une durée indéterminée. Cependant, vous pouvez révoquer à tout moment la déclaration à la CNS.

Informations et contact

CNS – Service médecin référent

T 27 57-46 50

F 27 57-46 00

E mr.cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medecin-referent.html

www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/medecin-referent.html

Helpdesk de l'Agence eSanté

T 27 12 50 18 33

E helpdesk@esante.lu

www.esante.lu



Traitement ambulatoire

Je suis un traitement ambulatoire. Quels sont les frais à ma charge ?

Lors d'un traitement ambulatoire, c'est-à-dire dans le cas où vous n'êtes pas hospitalisé, mais vous vous rendez uniquement à l'hôpital pour suivre un traitement, les factures pour les visites médicales et les examens vous sont envoyées à domicile, et vous devez les payer avant d'en demander le remboursement à la CNS.

En général, les traitements dans le cadre d'une radiothérapie ou une chimiothérapie sont facturés directement par l'hôpital à la CNS (système du tiers payant). Si tel n'est pas le cas, vous pouvez demander à votre médecin d'envoyer les factures directement à la CNS.

Traitement hospitalier

Je suis hospitalisé en 2^e classe. Quels sont les frais à ma charge ?

À partir du moment où votre séjour à l'hôpital dure plus de trois jours, on parle de « traitement hospitalier ».

Vous devez payer une partie des frais d'hébergement : 23.10 €/jour (situation 2021). Ceci est valable pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'au maximum de 30 jours par année civile.

En général, les factures de votre séjour hospitalier (visites médicales, examens et soins infirmiers, etc.) seront envoyées directement par l'hôpital à la CNS. Si vous recevez quand même des factures en relation avec votre traitement hospitalier, vous avez les options suivantes :

- vous payez la (les) facture(s) et vous la (les) envoyez à la CNS pour remboursement (100 %).
- si le montant de la facture est supérieur à 100 €, vous pouvez demander au médecin de l'adresser lui-même à la CNS pour paiement.

Je suis hospitalisé en 1^e classe. Quels sont les frais à ma charge ?

Lors d'une hospitalisation en première classe (chambre à un lit), les frais de séjour, de même que les coûts des visites médicales, les traitements ou les interventions chirurgicales sont plus élevés qu'en deuxième classe. La prise en charge de ce surcoût vous incombe.

Si vous avez souscrit à une assurance supplémentaire, renseignez-vous sur les prises en charge.



Frais de transport

Je dois régulièrement me rendre à l'hôpital pour mon traitement. Les frais de transport sont-ils à ma charge ?

Si vous devez vous rendre pour votre traitement à l'hôpital ou à un centre spécialisé à plusieurs reprises (régulièrement) on parle de **thérapie en série**, c.-à-d. vous allez au moins à quatre séances de traitement dans un intervalle de 90 jours. Ce qui est en général le cas pour la chimio- ou la radiothérapie. Dans ce cas

- si vous utilisez votre **propre moyen de transport**, vous pouvez demander une indemnisation des frais de transport auprès de la CNS (0,20 €/kilomètre, route la plus courte entre votre domicile et votre lieu de traitement, situation 2021) Demandez à votre médecin un certificat de présence. Vous devez envoyer ce certificat à la CNS pour demander le remboursement ;
- si vous prenez un **taxi** (Taxi-Ambulance), vous devez respecter les modalités suivantes : la CNS vous rembourse 0,80 €/kilomètre pour l'aller-retour pour la distance la plus courte entre votre domicile et le lieu de traitement (situation 2021). Un montant forfaitaire d'un minimum de 6,40 €/course vous est octroyé (p. ex. un trajet court de 3 km). Au-delà de cette somme le barème du forfait kilométrique de 0,80 € s'applique (voir ci-dessus). Demandez à votre médecin traitant de remplir les formulaires nécessaires et de

les faire parvenir au contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Attendez d'avoir reçu de la CMSS l'autorisation nommée titre de prise en charge. Il vous faut cette autorisation préalable avant votre premier déplacement.



Conseils

- » Vous devez utiliser une compagnie de taxis agréée par la CNS. Vous allez recevoir la liste des compagnies joint à votre titre de prise en charge (vous pouvez consulter la liste sur : www.cns.public.lu/dam-assets/legislations/texte-coordonne/ambulance/Taxi202109nom.pdf ou www.cns.public.lu/dam-assets/legislations/texte-coordonne/ambulance/Taxi202109cp.pdf).
- » Choisissez la compagnie de taxi la plus proche de votre domicile. Seuls les frais pour le trajet le plus court entre votre domicile et le lieu de traitement sont remboursés. La CNS ne rembourse que le prix accordé (voir ci-dessus). Assurez-vous du tarif appliqué par la compagnie de taxis ceci afin d'éviter des frais supplémentaires à votre charge. A négocier avec la compagnie de taxis si vous payez la facture et vous vous faites rembourser par la CNS ou si vous donnez le titre de prise en charge à la compagnie de taxi, qui se fait alors rembourser par la CNS.

- Si vous devez utiliser une **ambulance**, veillez aux points suivants :
 - » un transport en ambulance n'est autorisé que si vous devez vous déplacer en **position allongée ou immobilisée**. Votre médecin doit certifier cette demande.
 - » la CNS rembourse 1,25 €/kilomètre (aller-retour) ainsi qu'un montant forfaitaire d'un minimum de 38 € (p. ex. trajet court) (situation 2021).
 - » les autres points sont les mêmes que ceux pour le transport en taxi (voir ci-dessus).
 - » assurez-vous aussi du tarif appliqué par le prestataire !



Conseils

Au cas où votre traitement doit commencer très rapidement, demandez à votre médecin d'envoyer le formulaire concernant les trajets par fax à la CNS. Ainsi, la CNS a reçu votre demande avant le début de votre thérapie.

Informations et contact

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 57

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/transport-malades/traitement-repetitif/repetitif-luxembourg/taxi.html

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/transport-malades/traitement-repetitif/repetitif-luxembourg/ambulance.html

www.cns.public.lu/fr/formulaires/transport-transfert/prise-charge-transport-serie.html



Traitement à l'étranger (UE /EEE/Suisse)

Pour les traitements à l'étranger, on différencie les soins en urgence et les soins programmés.

Je dois suivre un traitement médical programmé à l'étranger. À quoi dois-je faire attention ? Qui prend en charge les frais ?

Dans le cas d'un traitement **stationnaire** (au moins une nuitée en milieu hospitalier) à l'étranger, il est obligatoire de demander l'accord préalable de la CNS pour que celle-ci prenne en charge les frais de traitement. De même pour un traitement **ambulatoire** planifié, pourvu qu'un équipement hautement spécialisé et coûteux soit nécessaire.

- Il vous faut la demande d'un transfert à l'étranger, formulaire S2, de votre médecin spécialiste.
- Cette demande est à remettre par voie postale, fax ou mail à la CNS, département transfert à l'étranger, et va être transmis ensuite à la CMSS pour accord. (contact cf. ci-dessous)
- L'accord vous sera envoyé par la CMSS. Deux types d'accords différents sont possibles

» Accord sous forme du formulaire S2

→ Accord pour la prise en charge des frais du traitement planifié aux mêmes conditions de prise en charge et aux mêmes taux que les assurés sociaux du pays de traitement.

Normalement, il y a une prise en charge par tiers payant des frais de traitement par une caisse de maladie du pays du séjour.

Il se peut que les frais facturés dépassent les tarifs conventionnés (p. ex. en cas de prestations optionnelles, prise en charge par le chef de clinique, supplément chambre individuelle ou double, etc.). Le cas échéant, vous pouvez vous renseigner auprès de votre assurance complémentaire sur une éventuelle participation.



Conseils

Si la prise en charge pour le traitement s'avère plus onéreuse dans le pays où les soins ont été donnés qu'au Luxembourg (en raison des différents tarifs légaux en vigueur dans les différents pays), un remboursement complémentaire peut être demandé auprès de la CNS.

» Autorisation type directive 2011/24

→ Si le prestataire de soins à l'étranger n'est pas conventionné ou si vous choisissez de vous faire soigner en dehors du système de soins du pays de séjour.

De même s'il s'agit d'une consultation ou d'un examen simple. Dans ce cas, la CNS émet un titre de prise en charge. Vous devez payer intégralement les soins dispensés auprès du prestataire et

serez remboursé par la CNS à hauteur des taux et tarifs luxembourgeois (sans pour autant pouvoir dépasser les frais réels encourus).

Ce qu'il faut vérifier avant votre traitement à l'étranger :

- informez-vous auprès du prestataire à l'étranger si le formulaire S2 est accepté et si les mesures nécessaires pour le transfert à la caisse de maladie du pays sont entamées. Si le prestataire à l'étranger ne se charge pas de cette mission administrative, il serait bien de vous renseigner auprès d'une caisse de maladie du pays si le S2 peut être remis. Dans certains cas, la caisse de maladie vérifie les conditions nécessaires pour une prise en charge des frais des soins médicaux (p. ex. dans le cas de traitements ou examen nécessitant un accord préalable dans le pays de traitement).
- indiquez clairement lors de votre admission à l'hôpital/chez le médecin que vous vous présentez dans le cadre du S2 et que vous êtes à considérer comme un assuré du pays. Veillez à ce que les prestations individuelles optionnelles (p. ex. chambre individuelle, prise en charge par le chef de service, etc.) ne soient réalisées qu'avec votre accord.
- si le prestataire étranger n'accepte pas le S2, vous devez payer les frais et demander un remboursement auprès de la CNS au Luxembourg comme avec l'accord directive 2011/24. Lors d'un traitement stationnaire dans un établissement conventionné, le prestataire devrait gérer la prise en charge lui-même avec la caisse de maladie du pays en question. Si jamais vous recevez une facture, vous pouvez demander vous-même au prestataire de faire le décompte avec la caisse de maladie en question et vous pouvez faire appel au Service international de la CNS, qui va alors essayer d'obtenir un décompte direct avec le prestataire étranger.
- dans le cadre de l'accord directive 2011/24/titre de prise en charge, il vaut mieux vous informer d'avance auprès du prestataire à l'étranger des frais de traitement, puisque les tarifs du pays respectif peuvent être très différents des tarifs au Luxembourg.





Conseils

- Attendez l'accord de la CMSS avant de partir à l'étranger pour les soins médicaux.
- Transfert en dernière minute/en urgence à l'étranger → votre médecin spécialisé a la possibilité d'introduire la demande pour un accord par fax avec la note « urgent » au *Service transfert à l'étranger* de la CNS, pour que celle-ci puisse être traitée au plus vite et être renvoyée à vous ou à votre médecin traitant.

En cas de refus, vous pouvez contester par écrit auprès du Comité directeur de la CNS dans les 40 jours qui suivent.

Je dois me rendre à l'étranger pour une consultation médicale unique ou un examen médical. Me faut-il un accord préalable et qui prend en charge les frais ?

Dans ce cas de figure, vous n'avez pas besoin d'accord préalable. Vous payez vous-même les frais médicaux chez le prestataire et demandez par la suite **un remboursement auprès de la CNS selon les tarifs et taux luxembourgeois**. Indiquez au prestataire à l'étranger de faire une description détaillée de ses prestations au lieu de mettre un code, pour que le tarif luxembourgeois puisse en être déduit. Vérifiez le tarif de votre consultation ou de votre traitement et si des frais supplémentaires pouvaient s'ajouter.

J'ai besoin d'une aide médicale en urgence. Comment la prise en charge des frais est-elle réglée ?

Si vous vous trouvez à l'étranger (p. ex. en vacances), les soins médicaux nécessaires sont pris en charge par la carte européenne d'assurance maladie.

Du moment où vous présentez cette carte ou un document équivalent, **vous avez droit aux mêmes soins de santé que les assurés du pays**.

Les frais de transport lors d'un traitement à l'étranger sont-ils à ma charge ?

La prise en charge des frais de transport à l'étranger nécessite un accord préalable et doit être demandée auprès de la CMSS. Les frais de transport ne sont pris en charge que pour une distance maximale de 400 km (aller simple). Dans des cas exceptionnels, jusqu'à 600 km (aller simple) peuvent être pris en charge.

Prise en charge de la CNS pour (voir section I Prestations de santé/frais de transport)

- transport avec une ambulance : 70 % du prix ;
- transport avec une ambulance-taxi ou transport avec une voiture privée : 0,20 €/km (situation 2021) ;
- en transport public : sur base des frais dépensés.

Précautions

- Votre médecin devra en faire la demande sur le verso de la demande de transfert (S2). Il a la possibilité de cocher et de justifier le moyen de transport (p. ex. ambulance, ambulance-taxi, transfert par avion). La demande est envoyée à la CMSS pour accord.
- Si vous ne devez pas retourner le jour même de l'étranger au Luxembourg, vous devez demander des accords séparés pour le transport de l'aller et celui du retour. Si vous réalisez un aller-retour le jour même pour une chimiothérapie par exemple, ceci n'est pas nécessaire.
- Si vous prenez votre voiture pour les trajets ou si vous vous faites emmener par un tiers en voiture privée ou bien

si vous prenez les transports publics, et si vos soins de santé ont été accordés par la CMSS (S2 accordé), vous pouvez demander un remboursement des frais de route auprès de la CNS.

Vous devez vous faire certifier votre présence auprès du prestataire à l'étranger. Vous envoyez ce certificat au service *remboursement des frais de route dans le cadre S2* de la CNS.

- S'il s'agit d'une simple consultation dans le cas d'une prestation à l'étranger (p. ex. pour un diagnostic ou un contrôle), la CNS ne rembourse que le transport en ambulance en position allongée. Il n'est pas nécessaire de demander un S2. Il suffit que votre médecin traitant établisse une ordonnance à cet effet.





Conseils

En cas de transfert en dernière minute/ en urgence à l'étranger → votre médecin spécialiste a la possibilité d'introduire la demande pour accord par fax avec la note « urgent » au Service transfert à l'étranger de la CNS, pour que celle-ci puisse être traitée au plus vite et être renvoyée à vous ou à votre médecin traitant.

Il est aussi possible d'introduire la demande par courrier ou par mail, mais la demande arrive le plus vite au service compétent de la CNS en étant envoyée par fax.

Une personne m'accompagnera lors du traitement à l'étranger. Les frais résultant de cet accompagnement sont-ils à ma charge ?

Lors d'un traitement à l'étranger, les frais de séjour (logement, repas) de la personne accompagnant le patient sont pris en charge selon les tarifs applicables aux assurés sociaux du pays en question. À défaut d'un tel tarif (à demander à l'hôpital/prestataire ou à la caisse de maladie compétente du pays de traitement), les frais sont pris en charge par la CNS au tarif en vigueur (85,56 €/jour, situation 2021).

Précautions

- Il doit s'agir d'un traitement médical hospitalier ou d'une consultation médicale accordé par la CMSS.
- Le médecin traitant à l'étranger doit justifier par écrit la nécessité d'un tel accompagnement. Vous devez ajouter ce document à votre courrier à la CNS pour le remboursement des frais de séjour.



Conseils

Pour l'accompagnement des enfants mineurs, aucune autorisation n'est requise.

Informations et contact

CNS Service transfert à l'étranger

T 27 57-43 00

F 27 57-43 09

E tae.cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/a-etranger.html

CNS Service remboursement étranger

T 27 57-49 60



Participation personnelle à l'achat de dispositifs médicaux divers et de médicaments

J'ai besoin d'une perruque. Est-elle remboursée par la CNS ?

À l'achat d'une perruque, la CNS vous remboursera un forfait de 350 € (situation 2022). Si vous avez souscrit à une assurance médicale supplémentaire, renseignez-vous auprès de cette dernière de son éventuelle participation financière.

Précautions

- Vous avez besoin d'une ordonnance médicale.
- Envoyez une copie de celle-ci à la CNS. Par retour de courrier vous allez recevoir un titre de prise en charge.
- Pour le remboursement de votre achat, vous envoyez à la CNS l'original de l'ordonnance, le titre de prise en charge et la facture payée.



Conseils

- Étant donné qu'aucun accord préalable par le CMSS n'est nécessaire, vous pouvez acheter votre perruque parallèlement à l'envoi de la copie de l'ordonnance à la CNS. Veuillez procéder comme décrit ci-dessus pour le remboursement.
- Votre ordonnance est valable trois mois. La demande de remboursement peut être soumise jusqu'à une période de deux ans, si vous êtes affilié à la CNS pendant ce laps de temps (tout en respectant la validité de trois mois de cette ordonnance).
- Vous avez droit à une ordonnance pour l'achat d'une perruque une fois par an.
- La Fondation Cancer vous conseille de choisir votre perruque avant de perdre vos cheveux. La couleur des cheveux, leur volume et la coupe peuvent alors être ajustés au mieux à votre coiffure actuelle.
- Renseignez-vous auprès de la Fondation Cancer pour des informations supplémentaires ainsi qu'une liste des points de vente (à lire aussi sur : www.cancer.lu/sites/default/files/inline-files/Liste-revendeurs-turbans-perruques-bonnets_2.pdf).



Informations et contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments/dispositifs-medicaux.html

J'ai besoin d'une prothèse mammaire. Est-elle remboursée par la CNS ?

Après une mastectomie, vous pouvez obtenir une prothèse externe du sein :

- une prothèse provisoire en mousse (en postopératoire immédiat)
- une prothèse externe en silicone
- une prothèse externe en silicone autocollante.

Précautions

- Vous avez besoin d'une ordonnance pour tous les types de prothèses externes ci-dessus en vue d'un remboursement par la CNS.
- La CNS rembourse les montants suivants (situation 2021) :
 - » prothèse provisoire en mousse 20 € (unique)/40 € (la paire)
 - » prothèse externe en silicone 205,75 € (unique)/411,50 € (la paire)
 - » prothèse externe en silicone adhésive 252,85 € (unique)/505,70 € (la paire).



Conseils

- Vous avez droit à une nouvelle prothèse tous les ans ; pour cela aucune prescription médicale n'est requise.
- Vous pouvez également demander de voir en consultation la *Breast Care Nurse* de l'établissement hospitalier où vous êtes en traitement. La *Breast Care Nurse* est une infirmière spécialisée dans les soins pour patientes atteintes d'un cancer du sein.
- Vous pouvez obtenir une liste des magasins qui vendent des prothèses externes auprès de la Fondation Cancer soit en téléphonant, soit sur : www.cancer.lu/sites/default/files/inline-files/Liste-protheses-mammaires.pdf.
- De nombreux magasins vendent des soutiens-gorge et des maillots de bain spéciaux. L'offre est très variée. Cependant, ces articles de linge ne sont pas remboursés par la CNS.

Informations et contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments/dispositifs-medicaux.html



À la maison, j'ai besoin de dispositifs médicaux comme p. ex. des poches de stomie (colou urostomie), des produits pour une alimentation par sonde, des articles d'incontinence (en dehors des protège-slips/protection de lit), etc. La CNS prend-elle en charge ces articles ?

La plupart des dispositifs médicaux ainsi que leur taux de prise en charge sont répertoriés sous différents fichiers dans les statuts de la CNS.

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments/dispositifs-medicaux.html

Précautions

- Vous avez besoin d'une ordonnance médicale.
- Pour être assuré de la prise en charge/ou de la participation par la CNS, votre médecin ne devrait prescrire que des dispositifs (produits/marques) figurant sur les fichiers de la CNS.

Informations et contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments/dispositifs-medicaux.html

À la maison, je dois m'alimenter par sonde. Les frais sont-ils à ma charge ?

La CNS prend en charge, jusqu'à concurrence de 768,75 € par semestre (six mois) (situation 2021) votre alimentation exclusive par sonde (nutrition entérale), si cette alimentation vous est prescrite dans le cadre d'un cancer ORL ou un cancer des organes digestifs supérieurs.

Précautions

- La prise en charge par la CNS nécessite un accord au préalable par la CMSS.
- Votre médecin devra envoyer un rapport médical concernant votre état de santé pour évaluation et approbation par le CMSS. En cas d'accord, vous recevrez un accord par écrit.
- Mieux vaut attendre cet accord avant d'acheter les produits.
- Votre médecin vous donnera une ordonnance médicale (pour une durée maximale de six mois).
- Pour vous faire rembourser, envoyez vos factures avec l'ordonnance y correspondant à la CNS.

Informations et contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments/dispositifs-medicaux.html

J'ai besoin d'un fauteuil roulant, d'un matelas anti-escarres ou d'autres dispositifs techniques. Où puis-je me les procurer et qui prend en charge les frais ?

Les équipements de soins infirmiers tels que les lits hydrauliques, les fauteuils roulants et les matelas anti-escarres peuvent être empruntés sans frais auprès du Service moyens accessoires (SMA).

Les frais de location sont pris en charge par le CNS. Si après six mois, un de ces dispositifs techniques s'avère toujours nécessaire, une demande de prolongation doit être adressée à la CNS avec nouvelle ordonnance médicale.



Précautions

- Vous avez besoin d'une ordonnance médicale.
- Adressez-vous, muni de votre ordonnance, au :

Service Moyens Accessoires

22-22, rue Geespelt

L-3378 Livange

T 40 57 33 1

F 40 95 17

E contact@sma.lu

www.sma.lu

- Le matériel vous sera livré à domicile.



Conseils

Si le médecin traitant constate qu'un dispositif technique est nécessaire en permanence, il est conseillé de demander le formulaire nécessaire pour une demande auprès de l'assurance dépendance (voir chapitre II. Aide et soins à domicile). Si les aides techniques sont octroyées dans le cadre de l'assurance dépendance, c'est cette dernière qui prendra en charge les frais de location.

Pour être assuré d'une prise en charge financière des aides techniques, vous ne devez pas acheter les appareils à vos propres frais, car de telles acquisitions ne sont en général pas remboursées.

Informations et contact

CNS Service autorisations – traitements et fournitures

T 27 57-1

F 26 48 28 71

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments.html

Le médecin me prescrit des médicaments. Que dois-je savoir ?

La CNS prend en charge 40 % à 80 % des frais de médicaments délivrés sur ordonnance. Vous remettez votre ordonnance médicale à la pharmacie et le principe du tiers payant est appliqué. Vous payez votre participation statutaire personnelle (20 % à 60 %) directement lorsque vous recevez les médicaments.

Vous pouvez consulter dans les statuts de la CNS, la liste positive de médicaments (liste des médicaments qui sont pris en charge par la CNS) : www.cns.public.lu/fr/legislations/textes-coordonnes/liste-positive.html

Dans certains cas bien définis, la CNS prend, avec autorisation préalable par la CMSS, les frais de médicaments à 100 %. Ceci est le cas pour p. ex. :

- les biphosphonates (médicaments qui freinent la dégradation osseuse) dans les indications oncologiques ;
- les analgésiques morphiniques majeurs, prescrits chez les patients atteints d'un cancer ;
- les analgésiques prescrits chez les patients bénéficiant d'une ouverture de droit aux soins palliatifs en application de l'article 1^{er} de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Informations et contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/medicaments.html

www.cns.public.lu/fr/assure/remboursement-prise-charge/medicaments.html





II. Aide et soins à domicile

Les services de soins à domicile régis par différents services comme l'Aide Familiale et certaines communes peuvent vous envoyer des personnes qui effectuent les travaux quotidiens pour vous en cas de maladie. Adressez-vous au service de votre choix ou à l'assistant(e) social(e) de votre commune qui pourra vous renseigner sur les prestations et/ou les aides offertes. La Fondation Cancer est à votre service pour répondre à vos questions.

J'ai besoin d'une aide-ménagère et/ou d'une garde pour mes enfants. À qui puis-je m'adresser ?

Le service *Aide familiale* offre une aide familiale pratique.

L'offre s'adresse aux familles/personnes de moins de 65 ans en cas de maladie, handicap ou autres facteurs sociaux et propose à court terme ou à durée limitée une aide-ménagère ainsi qu'une aide de garde pour les enfants.



Conseils

Avec une ordonnance médicale certifiant la nécessité d'une aide pratique à la maison suite à votre maladie ou votre traitement, vous pouvez profiter d'un tarif social adapté à vos revenus.

Si vous n'êtes pas en mesure de payer ces frais, renseignez-vous auprès de l'assistant(e) social(e) de votre commune diverses solutions existent.

Informations et contact

Aide familiale Familljenhaus Zentrum

29, rue de Mamer

L-8081 Bertrange

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339

E seulement sur la page d'accueil :

www.arcus.lu/16/aide-familiale

J'ai besoin d'aide et de soins à domicile. À qui puis-je m'adresser ?

Plusieurs réseaux d'aides et de soins offrent des services à domicile. Certaines de ces prestations, si vous remplissez certaines conditions, sont prises en charge par la CNS, d'autres par l'assurance dépendance.

Précautions

- Pour obtenir l'aide d'une infirmière (pour faire des pansements ou des piqûres) ou d'une aide-soignante pour les gestes de la vie quotidienne (pour vous lever, faire votre toilette ou vous habiller), adressez-vous aux réseaux d'aides et de soins.
- L'idéal est de vérifier avec le service de soins si vous pouvez faire une demande d'assurance dépendance.

Les services de soins à domicile tiendront compte de vos besoins individuels et vous proposeront des services adaptés à vos besoins ; ils discuteront avec vous la prise en charge des frais.



Conseils

- Les soins médicaux prescrits par votre médecin, tels que piqûres et pansements, sont pris en charge par la CNS.
- La prise en charge des frais de soins/d'aide au quotidien par l'assurance dépendance n'est possible que sous certaines conditions :
 - » vous devez avoir besoin de soins au quotidien pendant au moins 3,5 heures par semaine, et ceci pendant au moins six mois. Ceci englobe l'hygiène corporelle, la mobilité ou la nutrition (p. ex. pour vous laver, vous lever, vous habiller et/ou vous aider à manger).
 - » les professionnels de la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) de l'assurance dépendance vont juger de la nécessité de l'aide demandée et établir un plan de soins et d'aide adapté à votre besoin individuel qui vous sera envoyé après l'évaluation.
 - » les frais sont alors pris en charge rétroactivement à partir de la date de la demande par l'assurance-dépendance.





Informations et contact

Cellule d'évaluation et d'orientation CEO

125, route d'Esch
L-2974 Luxembourg

T 247-86 060

F 247-86 061

E secretariat@igss.etat.lu

www.aec.gouvernement.lu/fr.html

[www.sante.public.lu/fr/publications/a/
assurance-dependance-guide-fr-de-pt-en/
index.html](http://www.sante.public.lu/fr/publications/a/assurance-dependance-guide-fr-de-pt-en/index.html)

[www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/de-
pendance.html](http://www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/de-
pendance.html)

Pour toute question liée aux prestations de
l'assurance dépendance, adressez-vous à :

CNS

Demandes prestations assurance dépendance

125, route d'Esch
L-2974 Luxembourg

T 27 57-46 05 / 46 07

F 27 57-46 19

E assurancedependance@secu.lu

- Si vous avez besoin de services de soins (p. ex. une aide pour vous laver ou pour vous habiller) et qui ne sont pas pris en charge par l'assurance dépendance, ces prestations sont à votre charge. Renseignez-vous auprès du service de soins à domicile si vous pouvez profiter d'un tarif social (en fonction de vos revenus).
- Si votre cas ne nécessite que des prestations relevant de l'assurance maladie (injection, pansements) et si vous avez une ordonnance médicale, vous pouvez, à côté des soins à domicile mentionnés plus haut, faire appel aux services d'une infirmière libérale.

Contact

- Pour les différents prestataires de soins à domicile, vous trouvez les adresses sur editus sous : *aide à domicile*.
- Pour les infirmières libérales, vous trouvez des adresses sur editus sous : *infirmières et gardes-malades privées*.



III. Réhabilitation



J'ai besoin de séances de kinésithérapie ou de massage. Ces prestations sont-elles remboursées par la CNS ?

Pour que les frais de traitement puissent être pris en charge par la CNS, il vous faut une prescription médicale standardisée qui informe sur la maladie en question, le nombre et la fréquence des séances de traitement ainsi que des informations concernant le traitement prescrit.

Le nombre de séances de traitement prescrits dépend de votre maladie.

Le nombre de séances maximum pris en charge par la CNS sur ordonnance varie suivant le type de traitement :

- 8 séances au maximum en cas de pathologie courante ;
- 64 séances au maximum en cas d'une pathologie lourde ;
- 32 séances au maximum en cas d'une rééducation post-chirurgicale.

Les pathologies lourdes sont définies à l'annexe G des statuts de la CNS et sont également affichées sur le verso de l'ordonnance médicale standardisée.

www.cns.public.lu/content/dam/cns/legislations/statuts/cns-statuts-actuels.pdf

Le taux de la prise en charge des frais est fixé à 70 % pour les actes liés à une pathologie courante. Les traitements dans le cadre d'une pathologie lourde ou d'une rééducation post-chirurgicale, ainsi que les traitements des enfants de moins de 18 ans sont pris en charge à 100 %.

Exemples spécifiques

- **Vous avez besoin d'un drainage lymphatique suite au traitement d'un cancer du sein.**

Après un traitement chirurgical ou une radiothérapie suite à un cancer du sein, votre médecin peut vous prescrire des séances de drainage lymphatique pour prévenir un gonflement de votre bras. Celles-ci sont pris en charge à 100 % par la CNS.

- **Vous avez besoin de rééducation après le traitement d'un cancer de la prostate.**

Suite au traitement d'un cancer de la prostate, la qualité de vie peut être par une incontinence plus ou moins importante. Des séances de rééducation pelvienne permettent de fortifier le sphincter urétral ou la musculature périnéale et de retrouver le contrôle de la vessie. Votre médecin vous conseillera la kinésithérapie adaptée. En général, une intervention chirurgicale ayant précédé, la CNS prend en charge les frais à 100 %.



Conseils

- Vous ou votre kinésithérapeute devez envoyer votre ordonnance médicale pour autorisation à la CNS. La CNS vous enverra *un titre de prise en charge*.
- Si le kinésithérapeute vient à domicile, la CNS prend en charge un forfait (10,99 €, situation 2021). Votre médecin doit noter sur son ordonnance qu'il est nécessaire d'avoir les séances à domicile.
- Modalités de la prise en charge :
 - » par le système du *tiers payant*
Vous ne payez que la participation statutaire personnelle au kinésithérapeute. Celui-ci enverra une facture à la CNS à la fin du traitement pour recevoir la part prise en charge par la CNS. Votre kinésithérapeute vous remet l'ordonnance médicale avec un mémoire d'honoraires montrant votre participation personnelle et la part de prise en charge de frais de la CNS.
Le système du *tiers payant* ne peut être appliqué que si le kinésithérapeute envoie directement l'ordonnance médicale pour accord à la CNS. Si vous avez demandé vous-même l'accord, vous devez régler la facture du kinésithérapeute et demander un remboursement auprès de la CNS. À noter que les prestations doivent se faire au

Luxembourg.

- » vous prenez en charge la totalité des coûts à l'avance.

Vous recevez par votre kinésithérapeute une facture sur laquelle figure le montant total. Après avoir payé la facture, vous pouvez l'envoyer à la CNS pour le remboursement.

Informations et contact

www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/kinesitherapie.html

Ce que la Fondation Cancer propose : sport de réhabilitation pour patientes atteintes d'un cancer du sein.

Ce groupe est dirigé une fois par semaine par un professeur de sport diplômé, avec une formation supplémentaire en réhabilitation du cancer. Vous pouvez y apprendre des exercices qui aideront à prévenir les œdèmes lymphatiques et à réduire les limitations de mouvement.

Vous trouverez des offres sportifs gratuits ainsi que d'autres cours et groupes de la Fondation Cancer à l'adresse suivante www.cancer.lu/fr/activites-pour-patients

Je souhaite faire une cure. Que faut-il savoir ?

Au Luxembourg les cures suivantes existent (situation 2019) :

Réhabilitation post-oncologique

Depuis avril 2018, le nouveau centre de réhabilitation post-oncologique du Château de Colpach propose un suivi hospitalier des patients atteints de cancer, avec une large gamme de services. Il y a 30 places disponibles.

Au Centre de réhabilitation du Château de Colpach, les patients souffrant des suites de leur maladie ou de leur traitement peuvent bénéficier d'une réhabilitation oncologique en milieu hospitalier. Le séjour de rééducation dure de 21 jours à un maximum de 30 jours. La récupération, l'amélioration des limitations fonctionnelles, l'augmentation de l'autonomie et une augmentation globale de la qualité de vie sont les priorités de cette réhabilitation. Une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmières, ergothérapeutes et physiothérapeutes, service psychosocial...) accompagne les patients avec un programme de cure sur mesure, élaboré après une analyse des besoins.



Précautions

- Votre médecin traitant envoie une demande d'admission par fax au Centre de Réhabilitation de Colpach. Il peut utiliser le formulaire disponible sur le site Web. rehabilitation.lu
- Le médecin du centre examinera la demande et l'approuvera le cas échéant. La CNS couvrira les frais de réhabilitation à part une participation propre d'environ 23,10 € par jour, situation 2021.

Centre de réhabilitation du Château de Colpach

1, Am Schlasspark
L-8527 Colpach-Bas

T 27 55 43 00

F 27 55 43 01

<https://rehabilitation.lu/fr/soins-patients/>



Cure thermique

Vous avez la possibilité de faire une cure thermique au Domaine thermal Mondorf à Mondorf-les-Bains.

Précautions

- Il vous faut une recommandation de votre médecin traitant.
- Prenez un rendez-vous avec un des médecins du Domaine thermal Mondorf.
- Le médecin du Domaine thermal introduit la demande d'autorisation auprès de la CNS.
- Après l'accord de la CNS vous recevez un titre de prise en charge valable un an.
- Vous payez votre séjour (frais d'hôtel) et serez remboursé au forfait journalier par la CNS (forfait pour une cure de 1 139,46€ (situation 2021) dans un hôtel agréé par la CNS.
<https://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/cures.html>.
- La CNS vous rembourse jusqu'à 87,40 % des prestations thermales. Le Domaine thermal Mondorf règle cette partie directement avec la CNS. Le reste qui est à votre charge est à payer sur place, le premier jour de votre séjour (260,15 €) (situation 2021). www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/cures/cures.html.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous au :

Mondorf Domaine Thermal

Avenue des Bains

B.P. 52

L-5601 Mondorf-les-Bains

T 23 666-800

F 23 666-557

E domaine@mondorf.lu

www.mondorf.lu/votre-cure-medicale.html

Est-ce que je peux faire une cure de réhabilitation oncologique à l'étranger ?

En cas d'avis positif du CMSS, vous pouvez faire une cure de réhabilitation oncologique spécifique, à l'étranger.

Précautions :

- Il vous faut une demande d'un transfert à l'étranger S2 par votre médecin spécialiste.
- Le séjour de cure est réglé par l'accord S2.
- Reportez-vous au chapitre I. Soins de santé – Traitement à l'étranger concernant la procédure ultérieure.



Conseils

- Les cures à l'étranger peuvent être faites dans un pays membre de l'UE, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse et dans un pays avec lequel le Grand-Duché du Luxembourg est lié par une convention ou un accord bilatéral en matière de sécurité sociale (Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Maroc, Monténégro, Serbie, Tunisie, Turquie).
- L'établissement offrant la cure doit être agréé par le pays de séjour pour que la CNS prenne en charge les frais. Une prise en charge est faite selon les taux et tarifs applicables dans le pays de séjour.
- Les frais de voyage sont à votre charge et ne sont pas remboursés.



La Fondation Cancer vous propose :

vous pouvez vous informer sur les différentes offres de cures sur le territoire national ou à l'étranger. Si vous vous intéressez à un établissement de cure spécifique à l'étranger, nous pouvons vous informer de ces offres. Les établissements de cures à l'étranger se différencient par indications médicales, offres thérapeutiques et nombre de lits disponibles. Un entretien peut vous aider à déterminer l'établissement de cure qui vous convient le mieux. Contactez-nous.

Informations et contact

www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/cures.html

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/cures.html



IV. Modalités financières particulières

Que faire si le montant d'une facture d'un examen ou d'un traitement est tellement élevé que je ne peux pas la payer ?

Si vous recevez une facture médicale dépassant vos moyens financiers parce que vous vous trouvez temporairement dans une situation économique précaire, la CNS peut, sur demande motivée, régler directement la facture au prestataire.

Précautions

- Il doit s'agir de frais de traitement qui sont remboursés par la CNS.
- Il doit s'agir d'une facture médicale dépassant le montant de 250 €. Elle ne doit pas dater de plus de trois mois. Pour chaque facture médicale, une demande doit être réalisée.



Conseils

- La CNS règle au prestataire le montant qu'elle vous aurait remboursé si vous aviez payé la facture. Dans cette situation particulière, vous allez recevoir de la part de la CNS un décompte sur lequel figurent d'une part le montant qui a été déjà viré par la CNS et d'autre part le montant restant à payer par vos soins au prestataire (participation statutaire personnelle).

J'ai avancé une somme d'argent très élevée pour payer les frais de traitement. Existe-t-il une possibilité d'être remboursé plus rapidement ?

Si vous avez payé vos factures médicales vous-même, vous pouvez bénéficier du remboursement de la CNS par chèque.



Précautions

- La date du paiement de la facture médicale ne doit pas dépasser les quinze jours.
- Les factures, unique ou multiples si vous en avez payé plusieurs au cours de cette période, doivent atteindre au moins 100 €.
- Vous pouvez encaisser le chèque que vous avez reçu d'une des agences de la CNS dans les agences de la POST, sans frais supplémentaires.

Ma participation personnelle aux coûts des traitements dépasse mes moyens financiers. Existe-t-il un plafond ?

Si la participation personnelle aux soins de santé dépasse le seuil de 2,5 % de son revenu annuel cotisable de l'année précédente, vous avez le droit de demander un remboursement complémentaire de la somme excédant le plafond précité.



Conseils

- **Le dernier relevé des remboursements de la CNS vous indique le montant de votre participation.**
- **Si ce montant s'élève à plus de 2,5 % de votre revenu annuel cotisable de l'année précédente, vous pouvez demander un remboursement auprès de la CNS.**
- **Vous pouvez trouver des informations détaillées concernant le remboursement complémentaire sous :**
 - » www.cns.public.lu/fr/publications/depliant/detail-remboursement.html
 - » **formulaire pour un remboursement complémentaire : www.cns.public.lu/fr/formulaires/remboursement/remboursement-complementaire.html**

De façon générale, j'ai des difficultés à régler mes factures médicales. Quelles sont des solutions possibles ?

Vous pouvez demander le tiers payant social (TPS), une prise en charge directe pour personnes à revenu modeste. En cas d'octroi du tiers payant social, l'office social de votre commune vous remet une attestation accompagnée d'un carnet d'étiquettes que vous pouvez utiliser pour un remboursement direct du prestataire par la CNS.



Précautions

- Adressez-vous à l'office social de votre commune. L'office social vérifie votre demande et décide si vous pouvez bénéficier du TPS.
- Lors d'une consultation médicale, vous donnez les étiquettes reçues par l'office social au médecin. Le médecin enverra sa facture, munie de l'étiquette du bénéficiaire directement à la CNS. Si la facture vous est envoyée à votre domicile, collez vous-même une étiquette dessus et envoyez-la à la CNS.



Conseils

Si vous vous trouvez dans une situation économique précaire, il peut être utile de consulter l'office social de votre commune. D'autres possibilités de soutien s'offrent éventuellement à vous.

Informations et contact

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/depenses-sante/tiers-payant-social.html

Ce que la Fondation Cancer vous propose :

- une consultation personnalisée de votre situation ;
- une aide financière est accordée sous réserve de certaines conditions (situation de maladie, revenu...) pour améliorer votre qualité de vie.

Suite à votre cancer, vous êtes éventuellement confronté à de nombreux changements profonds dans votre vie. Des problèmes financiers peuvent faire partie de ces changements qu'il faut essayer de surmonter – par vous-même et/ou par toute votre famille.

Si vous êtes patient ou proche d'une personne atteinte d'un cancer, n'hésitez pas à prendre contact avec le service psychosocial pour vous renseigner, dans un entretien confidentiel, d'une possible aide financière.

Contactez-nous !





V. Maladie et activité professionnelle

À quoi veiller lorsque je suis malade et que je ne peux pas aller travailler ?

Vous êtes assuré auprès de la CNS :

dès le premier jour de votre absence, vous êtes tenu à informer votre employeur de votre incapacité de travail, quelle que soit la durée de votre maladie. Vous devez soumettre un certificat médical d'incapacité de travail à la CNS et à l'employeur au plus tard à la fin de la troisième journée ouvrée. Par conséquent, pensez à envoyer votre certificat médical à temps !

Le formulaire d'incapacité de travail que vous recevez de votre médecin comporte trois volets. Le 1^{er} volet doit être envoyé à la CNS, le 2^e volet est destiné à l'employeur. Ce volet ne précise pas le diagnostic de votre maladie (secret médical). Le 3^e volet du formulaire est pour vous.

Vous avez le statut d'indépendant :

vous devez envoyer la première feuille de votre attestation médicale d'incapacité de travail avant la fin du troisième jour d'incapacité à la CNS. Si vous êtes également affilié à la Mutualité des Employeurs, vous avez la possibilité de recevoir une indemnité financière pour votre incapacité de travail.

» Mutualité des Employeurs (MDE)

125, route d'Esch
L-2975 Luxembourg

T 40 141-1

F 27 57 43 43

E par un formulaire de contact:

www.mde.lu/support/comment-nous-joindre/

www.ccss.public.lu/fr/independants/mutualite-employeurs.html

Vous êtes affilié à une caisse de maladie du secteur public (CMFEP, CMFEC, EM-CFL) :

dès le premier jour de votre absence pour incapacité de travail, vous devez en avertir votre employeur.

Dès le quatrième jour, votre employeur doit être en possession du certificat médical d'incapacité de travail.

Renseignez-vous auprès de votre caisse de maladie **sur les dispositions légales en matière de maladie et travail** propre à votre caisse.

Dois-je informer mon employeur que j'ai un cancer ?

Votre employeur doit être informé du fait que vous ne vous présentez pas au travail pour cause de maladie. Vous devez évidemment remettre votre certificat médical d'incapacité de travail dans les délais prévus à votre employeur et à la CNS mais vous n'êtes pas obligé de révéler à votre employeur la nature de votre maladie. Les résultats médicaux n'ont pas à être fournis. En revanche, si une absence prolongée liée à la maladie est prévisible, il est préférable d'en avertir votre employeur et/ou votre chef de service. N'oubliez pas que votre chef doit pouvoir s'organiser et aura éventuellement besoin de répartir vos tâches ou même embaucher un remplaçant de façon ponctuelle.

La question de parler ou non ouvertement de votre cancer à vos collègues et à vos supérieurs dépend quant à elle de plusieurs facteurs : quelle relation de confiance avez-vous instaurée avec vos collègues de travail et votre employeur ? Avez-vous déjà connu un cas similaire de collègue atteint de cancer au sein de votre entreprise ? Et comment vous sentez-vous à l'heure actuelle ? Êtes-vous vraiment en mesure de parler de votre maladie ou êtes-vous encore sous le choc du diagnostic ?

Puis-je être licencié pendant ma période d'incapacité de travail ou à cause de mon cancer ?

Si vous avez rempli vos obligations d'information (avertissement le 1^{er} jour et remise du certificat au plus tard le 3^e jour, respectivement en dedans des huit jours en cas d'hospitalisation), vous êtes protégé d'un éventuel licenciement dans une limite de 26 semaines.

Après la fin de cette période, votre employeur peut mettre fin à votre contrat de travail en respectant les modalités prévues par la loi. Toutefois, votre employeur doit fournir un motif grave de licenciement.

Sachez qu'il est illégal de licencier un salarié durant la période de protection, que ce soit avec ou sans préavis !

Information

www.guichet.public.lu/entreprises/fr/sante-securite/accident-maladie/incapacite-travail/certificat-medical/index.html

www.itm.public.lu/fr/questions-reponses/droit-travail/maladie.html



Conseils

Si vous perdez votre contrat de travail à la fin de la période de protection, vous pouvez contacter le CMSS pour discuter de la possibilité d'un reclassement professionnel externe (voir section « reprise du travail ») et le cas échéant de lancer la procédure.

Pendant mon congé de maladie – à quoi dois-je veiller concernant les horaires de sortie ?

Durant la période d'incapacité de travail, aucune sortie n'est permise les cinq premiers jours de l'incapacité de travail malgré toute indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail, sauf évidemment pour les visites médicales ou les traitements médicaux.

Vous pouvez vous rendre à un restaurant pour la prise d'un repas dès le 1^{er} jour d'incapacité de travail, mais sous réserve d'avoir informé au préalable la CNS (par téléphone, fax ou mail).

Si les sorties sont autorisées sur votre certificat médical, vous ne pouvez quitter la maison qu'entre 10 h et 12 h et 14 h et 18 h et ceci à partir du sixième jour.

- » Vous ne pouvez pas fréquenter un café ou un restaurant, sauf pour prendre un repas.
- » Vous ne devez pas participer à des compétitions sportives, ni exercer d'activités incompatibles avec votre état de santé.



Conseils

À partir du 43^e jour de votre arrêt de maladie, vous pouvez demander une prolongation de vos horaires de sorties (pour une visite au théâtre, au cinéma ou similaire) sans avis médical. Vous envoyez votre demande par fax ou par courrier électronique à la CNS et vous allez recevoir normalement une confirmation dans les meilleurs délais.

Informations et contact

CNS Service Enquêtes et contrôles administratifs

T 27 57 43 31/32/34

E controle_adm.cns@secu.lu

Ai-je le droit de voyager à l'étranger pendant mon arrêt de maladie ?

Le CMSS peut autoriser, sous condition d'un accord préalable, un séjour à l'étranger pour une période déterminée dans le contexte d'une maladie grave (p. ex. cancer).

Précautions

- Il faut soumettre votre demande (avec indication du lieu et de la durée) accompagnée d'un avis favorable de votre médecin traitant à la CNS.
- Une fois que le CMSS a approuvé la demande, la CNS va vous renvoyer l'accord à la maison.



Conseils

Le CMSS peut vous accorder un séjour à l'étranger pendant votre arrêt de maladie dans les situations suivantes :

- **en cas d'autres maladies graves (p. ex. insuffisance cardiaque grave, un accident vasculaire cérébral, etc.) ;**
- **pendant la durée de vos soins palliatifs ;**
- **en cas de procédure de mise en invalidité ;**
- **en cas de décès de votre partenaire, vos parents, un parent ou un membre de la famille de premier degré ;**
- **naissance à l'étranger de votre enfant.**

Informations et contact

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E cns@secu.lu

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-professionnelle/arret-de-travail/maladie/partir-pendant-arret-maladie.html

Qu'en est-il de la continuation du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie ?

Depuis le 1^{er} janvier 2019, une nouvelle disposition législative sur la durée de l'indemnité pécuniaire de maladie est entrée en vigueur. La période précédente de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines a été portée à 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines.

Qui paie ?

Votre employeur continuera à vous verser votre salaire jusqu'à la fin du mois civil au cours duquel survient votre 77^e jour calendaire d'incapacité de travail. Les jours d'incapacité de travail des 18 derniers mois sont comptés et l'employeur paie jusqu'à la fin du mois où se trouve le 77^e jour d'incapacité de travail.

Par la suite, la CNS prend le relais sous forme de paiement d'une indemnité pécuniaire de maladie. Le moment de la prise en charge de la CNS dépend si vous étiez malade en continu ou de façon intermittente. Par exemple, en cas de maladie continue, la CNS reprend après trois mois d'arrêt de maladie.

Quelle est la durée du versement ?

Vous avez le droit de recevoir un soutien financier pour arrêt de maladie (continuation du salaire/indemnité pécuniaire de maladie) pendant 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines (2 ans).

Après chaque arrêt de maladie, le CNS recalcule la somme totale des jours de maladie rétrospectivement sur une période de 2 ans. Le montant de l'indemnité pécuniaire correspond approximativement au montant de votre salaire de base.

Information

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-professionnelle/arret-de-travail/maladie/duree-indemnite-pecuniaire.html





Conseils

- Si vous travaillez entre deux arrêts de maladie, les semaines d'incapacité de travail seront additionnées ! La règle de 78 semaines est calculée de façon continue et ne prend pas fin avec l'année calendaire.
- Dans le calcul de vos arrêts de maladie, tous les arrêts (que vous soyez malade à cause d'une grippe, d'une fracture de la jambe ou d'un cancer) seront pris en compte.
- Si vos périodes d'incapacités de travail dépassent le total des 78 semaines, peu importe qu'elles fussent consécutives ou discontinues (au cours de la période de référence de 104 semaines), vous ne percevrez alors plus d'indemnité pécuniaire de maladie et vous devrez par conséquent recourir à d'autres régimes sociaux.
- Votre contrat de travail prend fin automatiquement. Dans l'idéal, les mesures d'orientation vers un régime social adapté devraient être entamées avant atteinte de la limite des 78 semaines.

Information

www.guichet.public.lu/entreprises/fr/sante-securite/accident-maladie/incapacite-travail/continuation-salaire/index.html

Qu'est-ce qui se passe si je suis en arrêt de maladie prolongée ? Que faut-il savoir de la règle des 78 semaines ?

On peut se représenter la période de référence de 104 semaines (24 mois) comme une sorte de fenêtre temporelle. Lorsque la CNS reçoit un certificat d'incapacité de travail, elle examine la « fenêtre » de la personne concernée et additionne le nombre de jours de maladie au cours de la période écoulée de 104 semaines. Tous les certificats d'incapacité de travail de la personne comptent, toutes pathologies confondues (infection grippale, fracture, cancer, etc.). En comptabilisant ses jours d'arrêt(s) maladie, la personne concernée peut elle-même estimer le nombre de jours ou semaines restants.

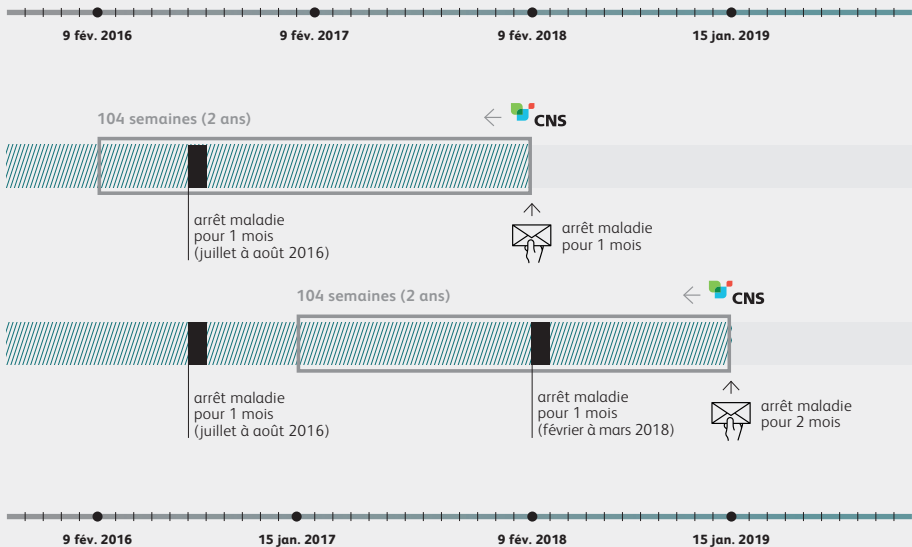
Sur la fiche mensuelle du détail du calcul de l'indemnité pécuniaire pour maladie, vous trouverez une note sur le restant des jours avant d'atteindre les 576 jours ou (78 semaines) d'incapacité de travail.



Principe et cas concrets pour mieux comprendre

Si un certificat d'incapacité de travail est déposé le 9 février 2018, le certificat concernant la période de juillet à août 2016 entre dans la fenêtre temporelle des 104 semaines. Si on considère la fenêtre temporelle lors du dépôt d'un nouveau certificat d'incapacité de travail le 15 janvier 2019, le certificat allant de juillet à août 2016 se retrouve donc en dehors de cette période de calcul.

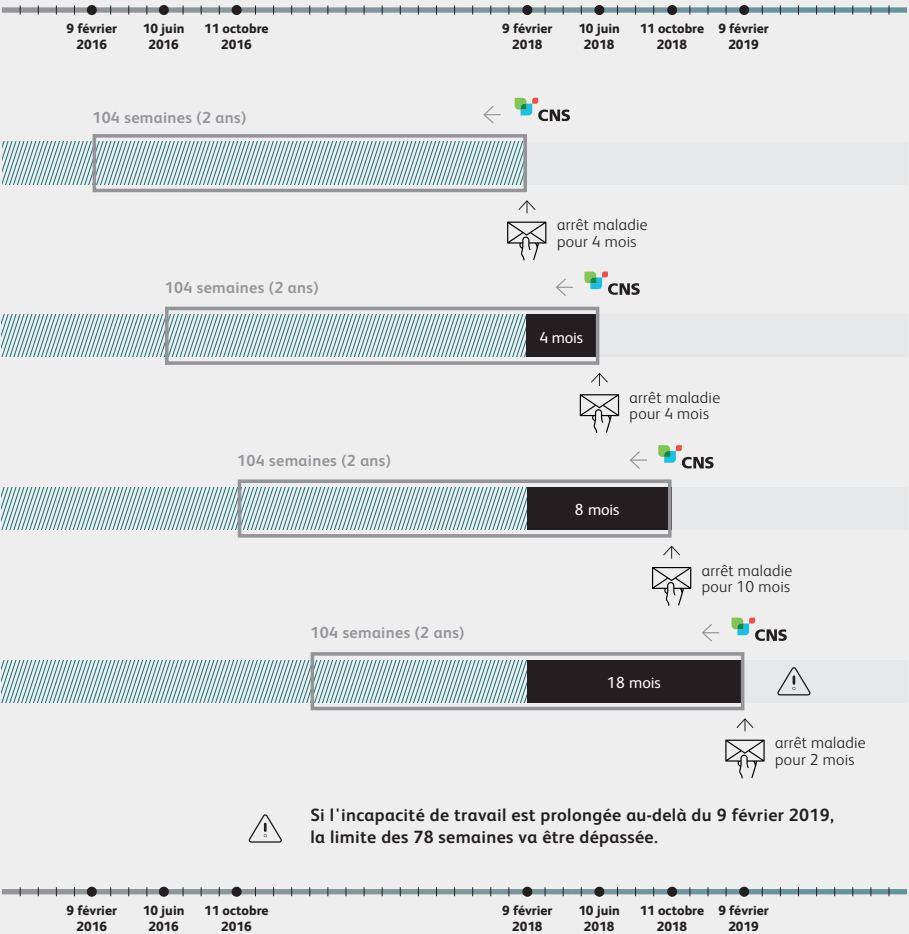
N. B. Tous les schémas et calculs illustrent le principe fondamental et n'entendent pas représenter dans le détail les complexes modèles de décompte de la CNS pour les situations individuelles.



Cas 1

Le patient n'était jamais en incapacité de travail au cours des deux années précédant le diagnostic de son cancer en 2018. Début février, il dépose un certificat d'incapacité de travail pour quatre mois.

Ce patient présente plusieurs certificats d'arrêt de travail successifs et atteint quasiment la limite des 78 semaines en un an et demi. Si l'incapacité de travail est prolongée au-delà du 9 février 2019, la limite des 78 semaines va être dépassée.



semaines
calendaires

arrêt maladie

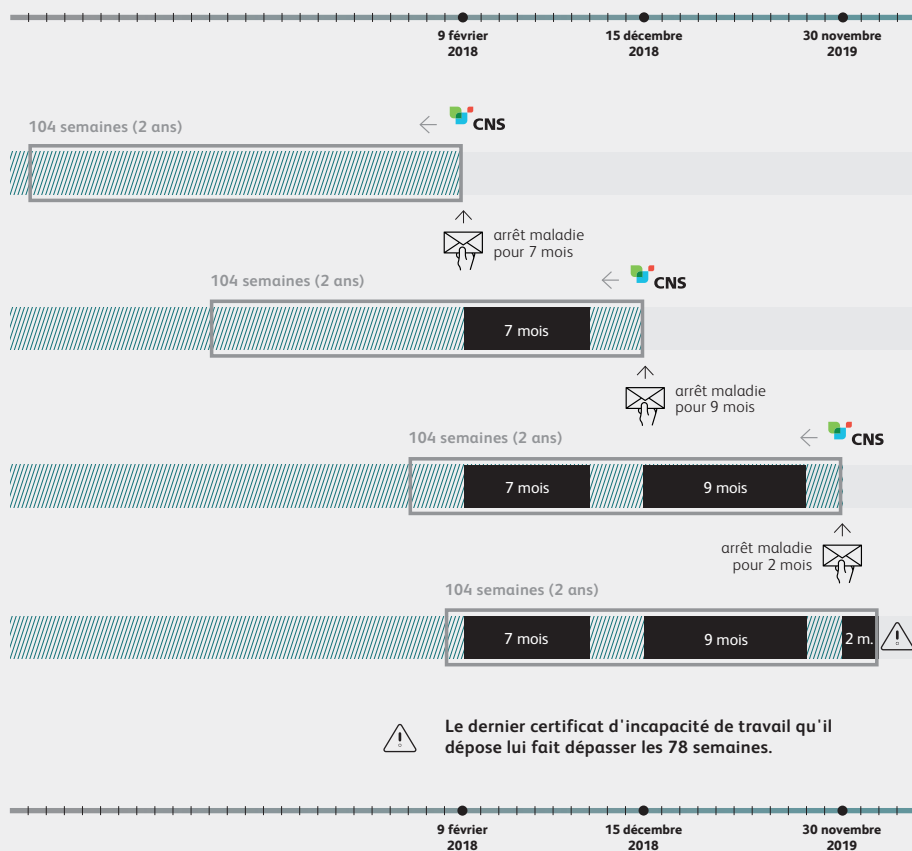
Période de référence
(104 semaines)

Cas 2

Le patient n'était jamais en incapacité de travail au cours des deux années précédant la survenue de son cancer. Il dépose un premier certificat d'incapacité de travail début février 2018 pour une durée de sept mois. Il reprend son activité professionnelle, mais est

contraint de s'arrêter à plusieurs reprises. Ce patient atteint la limite de 78 semaines en l'espace de deux ans.

Le dernier certificat d'incapacité de travail qu'il dépose lui fait dépasser les 78 semaines.



Le service compétent de la CNS recommande aux patients de toujours se renseigner sur le total de leurs jours de congé de maladie par rapport à la règle des 52 semaines. Certains patients ont en outre déjà justifié de journées d'absence pour maladie avant le diagnostic de cancer : ces jours doivent être intégrés au calcul des 52 semaines en fonction de la situation personnelle et du calendrier.

Est-ce que le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) va me convoquer pour un examen médical ?

Si vous êtes en arrêt de maladie prolongé, vous êtes généralement convoqué par le CMSS à un examen médical de contrôle (après 6-10 semaines).



Conseils

Il peut être utile d'amener à ce rendez-vous un rapport détaillé de votre médecin traitant.

Comment s'organise la reprise du travail ?

Différentes possibilités peuvent se présenter :

- vous avez bien récupéré de sorte que vous pouvez **reprendre votre travail comme avant votre maladie**.
- vous ne vous sentez pas encore assez en forme et souhaiteriez reprendre votre travail de manière progressive. Est-ce possible ?

Dans ce cas, la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT) pourrait être envisageable pour vous. Cette mesure remplace l'ancien mi-temps thérapeutique. Depuis le 1er janvier 2019, une nouvelle loi prévoit des options de retour au travail plus individualisées, adaptées à l'état de santé des personnes et plus souples que par le passé. Ce retour au travail progressif se fait si on peut supposer que le retour au travail progressif contribue à une amélioration de la santé. Afin de pouvoir profiter de cette mesure, les conditions suivantes doivent être remplies :

1. le médecin traitant doit remplir le formulaire standard ' Demande de reprise progressive du travail pour des raisons thérapeutiques' (disponible sur le site de la CNS).
2. vous devez être dans l'impossibilité de travailler au moment de la demande. De plus, vous ne devez pas avoir été en mesure de travailler pendant au moins un mois au cours des trois mois précédant la demande.
3. votre employeur doit être d'accord. Vous envoyez la demande dûment remplie à votre employeur, qui confirme son consentement en la signant.
4. vous soumettez ensuite la demande à la CNS et le CMSS se prononcera sur la demande.
5. vous recevrez la décision par écrit à votre domicile.

La reprise progressive du travail ne peut commencer qu'une fois que le CMSS l'a approuvée.



Bon à savoir

Pendant la reprise progressive du travail, vous êtes en congé de maladie. Vous devez présenter un certificat médical d'incapacité de travail pour cette période.

Au cours de cette mesure, vous recevrez des prestations de maladie et celles-ci seront incluses dans le calcul de la règle des 78 semaines.

Informations à ce sujet

www.cns.public.lu/fr/assure/vie-professionnelle/arret-de-travail/maladie/reprise-progressive-travail-raisons-therapeutiques.html

- vous allez reprendre votre travail. Cependant, votre poste de travail sera adapté à vos capacités – c'est ce qu'on appelle **retour au travail avec aménagement de poste**. Vous pouvez par exemple être libéré du travail de nuit si vous faites les trois-huit.
En effet, l'employeur est tenu d'avertir le médecin du travail de la reprise de son employé après une absence de plus de six semaines. Le médecin peut vous soumettre à un examen médical ayant pour but d'apprécier votre aptitude à reprendre votre ancien emploi. Cet examen de reprise de travail doit être fait avant ou au plus tard le jour de la reprise de travail. Vous pouvez vous-même demander cet examen de reprise de travail auprès du médecin de travail.
En fonction de son évaluation, le médecin du travail peut proposer un aménagement du lieu de travail. Et si votre employeur accepte cet aménagement, vous pouvez reprendre votre poste de travail aménagé.

Au cours d'une évaluation ultérieure dont la date est fixée par le médecin du travail, d'autres mesures peuvent être prises en fonction de votre état de santé et votre capacité de travail.

- il s'avère que vous ne pouvez plus remplir les missions de votre dernier lieu de travail pour des raisons de santé. Quelles sont les alternatives possibles pour vous ?

Dans ce cas, la procédure du **reclassement professionnel (interne/externe)**

est mise en route par le CMSS.

Le CMSS évalue votre situation afin de vous guider vers le système de prise en charge le plus adapté. Si l'incapacité de travail pour le dernier poste y est avérée, le CMSS saisit la « commission mixte » et le médecin du travail en charge du dossier.

- » Si le médecin de travail détermine que vous êtes en mesure de poursuivre votre dernière activité professionnelle, la « commission mixte » rejette un reclassement.
- » Si le médecin de travail détermine que vous n'êtes plus en mesure d'occuper votre dernier poste, la « commission mixte » décide d'un reclassement professionnel interne ou externe.
- » La décision de la « commission mixte » vous sera communiquée par lettre recommandée dans les 15 jours ouvrables. Vous pouvez faire appel de cette décision dans un délai de 40 jours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale (section IX).





Conseils

Dès la saisine de la « commission mixte » vous bénéficiez, sauf en cas de faute grave, d'une protection spéciale contre le licenciement. Cette protection prend fin à l'expiration du 12^e mois suivant la notification à l'employeur de la décision de procéder obligatoirement au reclassement professionnel interne.

Le reclassement interne (au sein de votre entreprise) se fait chez votre employeur actuel. Le médecin du travail s'exprime sur :

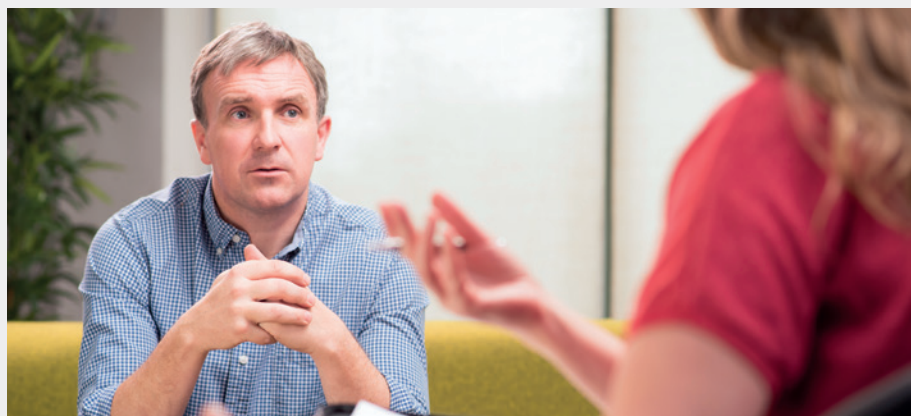
- vos capacités de travail ;
- une réduction possible des heures de travail ou des performances ;
- adapter le poste à l'employé ;
- le caractère temporaire ou permanent de l'incapacité de travail ;
- les intervalles de temps auxquels l'employé doit se présenter pour une réévaluation.



Le reclassement externe (en dehors de votre entreprise) a lieu sur le marché du travail.

Dans ce cas de figure, vous êtes inscrit, en tant que demandeur d'emploi, auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et vous pouvez demander une allocation de chômage. Si vous n'avez pas trouvé un nouvel emploi après l'expiration du délai prévu pour le paiement de l'allocation de chômage (y compris le renouvellement), vous pouvez, sous certaines conditions (le médecin du travail vous atteste une capacité d'exercer votre ancienne profession pour au moins dix ans ou vous avez exercé au moins dix ans une profession) demander une rémunération transitoire professionnelle, à condition que vous restez inscrit comme demandeur d'emploi.

Si le nouveau travail entraîne une perte de salaire, vous avez droit à un paiement de compensation jusqu'au moment où votre salaire actuel ne présente aucune perte de salaire par rapport à votre salaire avant la maladie et la réinsertion hors travail.



Contact pour la réinsertion professionnelle :

ADEM

Service handicap et reclassement professionnel

19, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

T 247-88 888

E info.tcr@adem.public.lu

www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/salaries-capacite-travail-reduite/index.html

- il se trouve que je ne suis **plus apte au travail**.
Lire la suite sous le chapitre VI. Invalidité.



Que devrais-je savoir sur le statut du travailleur handicapé ?

À la suite d'un handicap physique, mental, sensoriel ou psychologique et/ou en raison de difficultés psychosociales, une capacité réduite à travailler peut être la conséquence. Les notions de capacité de travail réduite et invalidité sont souvent utilisés de façon synonyme dans le cadre de maladie et travail.

Pour acquérir le statut de travailleur handicapé, vous devez présenter une diminution de votre capacité de travail d'au moins 30 % et vous devez avoir un état médical stable. Vous ne devez pas avoir entamé une procédure d'invalidité.

Si vous avez reçu le statut de travailleur handicapé, vous pouvez bénéficier de mesures de soutien, telles

- formation et réorientation professionnelles,
- adaptation de votre lieu de travail,
- six jours de congé supplémentaires.

Contact :

ADEM

• Service handicap et reclassement professionnel

19, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg-Hamm

T 247-88 888

E info.tcr@adem.public.lu

www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/salaries-capacite-travail-reduite/

• Commission d'orientation et de reclassement professionnel

1, boulevard Porte de France

L-4360 Esch/Alzette

T 247-88 888 / 26 19 08 22

E info.sth@adem.public.lu

www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/handicap/index.html



Si je me présente à un entretien d'embauche, dois-je mentionner ma maladie ?

Les maladies sont par principe quelque chose de très personnel et concernent la sphère privée voire intime. Par conséquent, si vous avez surmonté un cancer et que vous êtes convié à un entretien d'embauche, vous n'avez pas à parler de cette maladie. N'oubliez pas cependant que, lorsque vous signez un contrat de travail, vous devez vous soumettre à un contrôle médical d'embauche effectué par la médecine du travail. Ce contrôle permet au médecin de déterminer si vous possédez les capacités requises pour le poste et si le contrat de travail est valide.

Que dois-je savoir si je suis en congé de maladie de façon prolongée ?

Si vous êtes en congé de maladie de façon prolongée et que vous n'allez vraisemblablement plus pouvoir reprendre votre travail, vous avez intérêt à trouver le plus tôt possible la couverture sociale adaptée et à effectuer les démarches. Voici les principaux organismes et personnes concernés : le CMSS, la CNS, le médecin du travail compétent, votre employeur et vous-même. En cas d'incapacité de travail prolongée, vous êtes convoqué à un examen de contrôle médical par le CMSS en général au bout de six semaines.

Sachez que le scénario qui s'applique à votre cas n'est souvent pas décidé lors du premier examen médical (après six semaines consécutives de congé de maladie) effectué par le CMSS et qu'il dépend de l'évolution de votre maladie et de votre guérison. L'important est que les mesures visant à vous assurer une couverture sociale adaptée soient entreprises avant l'atteinte du total de 78 semaines.

De votre côté

Restez vigilant sur le nombre de jours accumulés dans le cadre des 78 semaines. Si vous notez que vos incapacités de travail vous rapprochent de plus en plus de la limite des 78 semaines (qu'elles soient consécutives ou discontinues) et qu'après le premier examen de contrôle, vous n'avez pas reçu de convocation à une nouvelle expertise de la part du CMSS, vous pouvez vous-même prendre rendez-vous auprès de la médecine du travail compétente. Le médecin peut analyser votre situation concernant l'adéquation de votre vie professionnelle avec votre maladie et mettre en place des mesures le cas échéant.



Informations et contact sur tous les aspects du sujet :

www.cns.lu

www.sante.public.lu

www.sante.public.lu/fr/prevention/travail/medecin-travail/index.html

www.adem.lu

www.guichet.public.lu/citoyens/fr/travail-emploi/index.html

www.guichet.public.lu/citoyens/fr/sante-social/indemnite-espece-maladie-accident/index.html

www.guichet.public.lu/fr/entreprises/sante-securite/accident-maladie/incapacite-travail/certificat-medical.html

www.itm.public.lu/fr/questions-reponses/droit-travail/maladie.html

Les différents services de médecine de travail, p. ex. :

www.stm.lu

www.fhlux.lu

www.sti.lu

N'hésitez pas de contacter la Fondation Cancer si vous avez des questions !



VI. Invalidité

Je ne peux plus exercer une activité professionnelle pour des raisons de santé. Vais-je toucher une pension d'invalidité ?

Dans ce cas de figure, votre invalidité sera déterminée. Après avoir soumis votre demande à la Caisse nationale d'assurance pension CNAP, vous serez évalué pour savoir si vous allez recevoir une pension d'invalidité temporaire ou définitive. Le montant de la pension d'invalidité est calculé en fonction de votre salaire et du nombre d'années de travail.

Conditions d'obtention de la pension d'invalidité :

- vous devez avoir été assuré pendant au moins 12 mois pendant les trois années précédant la date du début d'invalidité ;
- vous ne devez pas avoir atteint l'âge habituel de la retraite (65 ans).

Puis-je travailler à temps partiel, même si je touche une pension d'invalidité ?

Si vous reprenez un travail rémunéré, vous êtes obligé d'en informer immédiatement l'organisme de pension compétent, étant donné qu'en cas de concours d'une pension d'invalidité avec des salaires et traitements, la pension d'invalidité peut être réduite.

Précautions

- Le revenu annuel de ces activités professionnelles ne doit pas dépasser un tiers du salaire minimum social annuel.
- Si vous reprenez une activité indépendante assujettie à l'assurance obligatoire, la pension d'invalidité est retirée.

Informations et contact

www.cnap.lu/fileadmin/file/cnap/publications/Publications_CNAP/Depliant/Depliant_Invalidite.pdf#pageMode=bookmarks
(résumé)

www.cnap.lu/fileadmin/file/cnap/publications/Publications_CNAP/Brochures/F_Brochure_Pension_Invalidite.pdf#pageMode=bookmarks
(brochure détaillée)

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

1, boulevard Prince Henri

L-1724 Luxembourg

T 22 41 41 1

F 22 41 41-64 43

E juste par le site internet :

www.cnap.lu/contact/

www.cnap.lu

Dans quel cas puis-je demander une aide financière complémentaire à la pension d'invalidité ?

Si votre pension d'invalidité est inférieure au seuil du minimum social (équivalent au montant du revenu d'inclusion social REVIS 1 583,59 € brut pour une personne adulte, situation 2021) et si vous remplissez les conditions préalables, vous pouvez demander une aide financière complémentaire sous forme du REVIS /allocation d'inclusion.

Vous pouvez postuler directement auprès du Fonds national de solidarité (FNS). Une consultation avec les services sociaux de votre commune pourrait être utile pour évaluer si cela était valable pour votre situation et pour vous aider dans votre demande.

Informations et contact

Voir sous VIII. Protection sociale/couverture sociale

La carte d'invalidité – qu'est-ce que je dois savoir ?

Si vous avez un handicap d'au moins 30 %, vous pouvez postuler pour une carte d'invalidité.

La carte d'invalidité (catégorie A, B, C) est valable en tant que ticket et permet l'utilisation gratuite de tous les transports publics au Luxembourg (AVL, RGTR, TICE et CFL).

Elles sont de trois catégories :

- carte d'invalidité catégorie A : pour les personnes dont le degré d'invalidité physique se situe entre 30 et 49 % ;
- carte d'invalidité catégorie B : pour les personnes dont le degré d'invalidité physique est supérieur à 50 %. Elles bénéficient d'un droit de priorité de passage ou de service, ainsi que d'une place assise en toutes circonstances ;
- carte d'invalidité catégorie C : pour les personnes dont l'état physique ou mental est tel qu'elles ne peuvent se déplacer sans l'assistance d'une tierce personne. Avec la carte C, tous les droits de la carte B sont transférés à la personne accompagnateur.

Les cartes d'invalidités B et C permettent une exemption totale de la taxe sur les véhicules automoteurs.



Conseils

Vous pouvez soumettre les demandes au moyen d'un formulaire en double exemplaire avec deux photos d'identité récentes au Ministère de l'Intérieur ou à l'administration communale de votre lieu de résidence.

Formulaire :

www.guichet.public.lu/dam-assets/catalogue-formulaires/mobilite-pers-handicapees/carte-priorite-invalidite/carte-priorite-invalidite-FR.pdf

Ministère de l'Intérieur

19, rue Beaumont

L-1219 Luxembourg

T 24 78 46 00

F 22 11 25

www.mint.gouvernement.lu/fr/support/contact.html

Informations et contact

<https://guichet.public.lu/fr/citoyens/transports-mobilite/transports-commun/cartes-transports/carte-invalidite.html>

www.info-handicap.lu/



Quelles sont les conditions pour obtenir une carte de priorité (une vignette de stationnement) donnant accès aux emplacements pour handicapés ?

Afin d'obtenir une carte de stationnement pour personnes handicapées, vous devez remplir les conditions suivantes :

- votre handicap existe depuis au moins six mois et vous ne pouvez pas marcher seul sur plus de 100 m, avec ou sans pause ;
- vous avez besoin de béquilles ou d'un fauteuil roulant pour vous déplacer ;
- ou vous êtes non-voyant.

Précautions

- Vous avez besoin d'une photo d'identité et d'un formulaire spécifique que vous pouvez demander ou télécharger auprès du Ministère du Développement durable et des Infrastructures.
- **Ministère de l'Environnement, du Climat et du Développement durable**
Département des transports
4, place de l'Europe
L-1499 Luxembourg
- **Formulaire :**
www.transports.public.lu/dam-assets/formulaires-dcsr/Demande-carte-de-stationnement.pdf
- Votre médecin traitant doit certifier votre invalidité au dos du formulaire.
- Vous envoyez le formulaire rempli avec la photo d'identité à l'adresse ci-dessus.

Informations et contact

www.guichet.public.lu/fr/citoyens/transports-mobilite/transports-individuels/stationnement/carte-stationnement-handicapes.html

VII. Aspects fiscaux



Puis-je déduire fiscalement les frais dus à ma maladie ?

Les frais non remboursés dus à votre maladie (participation indiquée sur le relevé établi par votre caisse de maladie, participation facturée par l'hôpital) ou les frais inhérents à une aide-ménagère et/ou à la garde des enfants, sont considérés comme des charges extraordinaires. Ces charges sont fiscalement déductibles.

Comment bénéficier des avantages fiscaux ?

Dans le cadre de votre déclaration fiscale, vous pouvez indiquer ces dépenses sous la rubrique charges extraordinaires.

- Les charges extraordinaires donnent lieu à un abattement par rapport au revenu imposable. Cet abattement est calculé en fonction de votre situation financière et familiale (revenus, nombre d'enfants à charge).
- L'abattement forfaitaire constitue une deuxième possibilité parfois plus avantageuse. Il ne peut être demandé que pour des frais dus à une aide-ménagère, aux prestations d'aide et de soins (état de

dépendance) ou à la garde des enfants, à condition que la personne qui vous fournit ce service, soit déclarée au Centre commun de la sécurité sociale ou assujettie à un service reconnu par l'État.

Au cas où vous présenteriez la demande pour les deux types d'abattement, le bureau d'imposition vous accordera l'abattement le plus favorable, les deux abattements n'étant en aucun cas cumulables.

Informations et contact

www.guichet.public.lu/citoyens/fr/impots-taxes/activite-salariee-resident/allegement-fiscal/beneficier-abattements/index.html

Administration des contributions

T selon le service :

www.impotsdirects.public.lu/fr/support/contact.html

F selon le service :

www.impotsdirects.public.lu/fr/support/contact.html

www.impotsdirects.public.lu/fr.html



Invalidité et fiscalité : ce qui est important à savoir

Vous bénéficiez de trois avantages fiscaux :

1. si vous êtes salarié et que votre incapacité de travail est d'au moins 25 %, le montant que vous pourrez déduire pour frais d'obtention sera augmenté.

Précautions

- Il vous faut un certificat médical attestant le degré de votre invalidité.
- Ce certificat doit être joint à votre déclaration d'impôts.

2. vous pouvez obtenir (peu importe si vous êtes travailleur indépendant ou non) un abattement forfaitaire pour charges extraordinaires. Le montant de cet abattement dépend du degré d'invalidité constaté.

Précautions

- Il vous faut un certificat médical attestant le degré et la nature de votre invalidité.
- Ce certificat doit être joint à votre déclaration d'impôts.

Vous pouvez (indépendamment que vous êtes employeur ou non) également demander un abattement pour charges extraordinaires qui tient compte de vos frais réels. Il remplacera l'abattement forfaitaire et le montant accordé dépendra de votre situation familiale et financière.

3. si vous êtes propriétaire de la carte d'invalidité B ou C vous pouvez obtenir une exonération totale de la taxe sur les véhicules automoteurs.

Précautions

- Vous avez besoin de faire une demande à l'aide d'un formulaire de demande d'exonération de la taxe sur les véhicules routiers (voir ci-dessous) auprès de l'Administration des Douanes et Accises (service taxe automobile) et joindre une copie de la carte d'invalidité.

Informations et contact

- **Administration des contributions**

T selon le service :

www.impotsdirects.public.lu/fr/support/contact.html

F selon le service :

www.impotsdirects.public.lu/fr/support/contact.html

www.impotsdirects.public.lu/fr.html

www.guichet.public.lu/fr/citoyens/impots-taxes/detention-vehicule/proprietaire-vehicule/paiement-taxe-vehicule-automoteur.html

- **Administration des douanes et accises (Direction)**

22, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

T 28 18 28 18 (central) / 27 48 84 88
(taxe annuelle automoteur)

E douanes@do.etat.lu

www.douanes.public.lu/fr.html

VIII. Protection sociale

J'ai perdu mon emploi. Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'indemnité de chômage ?

Si vous êtes sans emploi, vous pouvez introduire une demande d'indemnité de chômage dès que vous êtes de nouveau apte au travail et que vous ne touchez plus d'indemnités de maladie.

Conditions préalables pour bénéficier de l'indemnité de chômage :

- vous avez perdu votre emploi indépendamment de votre volonté (chômeur involontaire) ;
- vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM ;
- vous êtes âgé de 16 ans au moins et de 64 ans au plus ;
- vous ne touchez pas de pension d'invalidité, de pension de vieillesse ou de rente plénière d'accident ;
- vous devez être apte au travail, être disponible à travailler et être prêt à accepter tout travail approprié ;

- vous avez travaillé comme salarié pendant 26 semaines (à raison de 16 heures par semaine minimum) au minimum au cours des 12 mois qui précèdent votre inscription comme demandeur d'emploi ;
- être domicilié au Luxembourg.

Montant de l'indemnité de chômage

L'indemnité de chômage s'élève à 80 % de votre dernier salaire brut. Si vous avez un ou plusieurs enfants à charge, le taux sera valorisé à 85 %. L'indemnité de chômage ne pourra pas dépasser le montant équivalent à 2,5 fois le salaire social minimum. Ce plafond sera dégressif et réduit au fur et à mesure que l'indemnisation se poursuivra.

Durée de l'indemnisation

La durée de la prestation de l'indemnité de chômage dépend de la durée de travail effectuée au cours de la période de référence de 12 mois du demandeur d'emploi. Cette indemnisation peut durer 12 mois au maximum.

Exemple : si au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi le chômeur a effectué sept mois et 21 jours de travail, il sera indemnisé durant huit mois.





Conseils

Selon le cas, il est toutefois possible d'obtenir une prolongation par le biais d'une demande auprès de l'ADEM :

- si vous êtes âgé de plus de 50 ans et que vous avez cotisé à la caisse de pension pendant 20, 25 ou 30 ans, la durée du versement de l'indemnité de chômage peut être prolongée selon, tout en sachant que la durée ne peut pas dépasser les 24 mois.
- Plus de détails : www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/demander-indemnites-chomage/residents/salaries/index.html

Informations et contact

ADEM

10, rue Bender

L-1229 Luxembourg

T 24 78 88 88

F 406 141

E info@adem.etat.lu

www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/demander-indemnites-chomage/



Le revenu pour salariés handicapés (RPGH). Que devrais-je savoir ?

Une personne peut demander l'obtention du RPGH lorsqu'elle est atteinte d'un handicap important, a le statut du travailleur handicapé (voir chapitre V.) et ne parvient pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à ses besoins particuliers ou se voit dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité du fait de la gravité de ses déficiences.

Cette personne sera payée sous forme de

- **salaire**, si elle suit une activité professionnelle chez un employeur ou si elle travaille dans un atelier protégé.
- **revenu**, si la personne ne parvient pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à ses besoins particuliers. De même pour les personnes se voyant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle même dans un atelier protégé.

Vous avez p. ex. le statut de salarié handicapé et vous êtes disponible sur le marché du travail, mais vous ne trouvez pas d'emploi pour des raisons indépendantes de votre volonté. Vous êtes domicilié au Luxembourg, vous avez plus de 18 ans et moins de 65 ans. Dans ces conditions, et à partir du moment où vous ne touchez plus ou pas d'indemnité de chômage, vous pouvez vous inscrire à l'ADEM en tant que salarié handicapé à la recherche d'un emploi.

Afin de disposer de ressources financières pendant votre période de recherche d'emploi, vous pouvez postuler pour RPGH.

Le montant brut du RPGH s'élève à 1 425 € (situation 2019) et est versé par le Fonds national de solidarité (FNS).

Si vous trouvez un emploi, vous devez rembourser le RPGH obtenu.

Remboursement du RPGH :

- lorsque le FNS a versé un trop perçu ;
- lorsque vous avez fourni des informations inexactes ;
- en cas de décès, le FNS peut le réclamer à votre succession :
 - » avec un abattement de 240 000 € (au total et non pas par héritier) s'il y a des héritiers en ligne directe ;
 - » avec abattement de 1 700 € (au total et non pas par héritier) lorsque d'autres héritiers existent (p. ex. cousin, nièce, etc.).

Dans le cas où l'héritier est le conjoint survivant ou si les enfants continuent à habiter dans une maison ou un appartement ayant été en possession commune, le FNS ne peut pas saisir le bien.



Informations et contact

ADEM

10, rue Bender

L-1229 Luxembourg

T 24 78 88 88

F 406 141

E info@adem.etat.lu

www.adem.public.lu/fr/demandeurs-demploi/handicap/revenu-sh/index.html

www.guichet.public.lu/citoyens/fr/travail-emploi/salarie-handicape/inscription-travailleur-handicape-adem/revenu-personne-gravement-handicapee/index.html

Fonds national de solidarité FNS

8-10, rue de la Fonderie

L-1531 Luxembourg

Adresse postale : B.P. 2411

L-1024 Luxembourg

T 49 10 81 1

F 26 12 34 64

E fns@secu.lu

www.fns.lu

www.fns.lu/prestations/revenu-pour-personnes-gravement-handicapees-rpgh/

Mes revenus mensuels ont diminué – que devrai-je savoir sur le revenu d'insertion social (REVIS) ?

Le REVIS remplace l'ancien revenu minimum garanti (RMG) et vise à aider les ménages à faible revenu. Il s'adresse à des personnes dont le revenu mensuel n'atteint pas un certain seuil, considéré comme minimum vital (pour le premier adulte d'un ménage, ceci correspond à 1 425 € brut, situation

2019). Le REVIS est calculé en fonction de la composition de ménage du demandeur.

Le REVIS est composé d'une allocation d'activation et d'une allocation d'inclusion. Le REVIS est sous la responsabilité de la FNS. Dans le cadre de l'allocation d'activation, des mesures d'insertion professionnelle sont prises en considération. L'Office national d'inclusion sociale (ONIS) vous invite à une réunion d'information. Si nécessaire, un plan d'activation sera élaboré et une coopération avec l'ADEM sera initiée.

Conditions préalables à l'obtention du REVIS :

- vous devez être en possession d'un permis de séjour pour le Luxembourg, y être domicilié et y résider effectivement (les résidents qui ne sont pas des ressortissants de l'UE ou de l'Espace économique européen doivent avoir vécu au Luxembourg pendant au moins cinq ans au cours des 20 dernières années à l'exception des apatrides et des réfugiés.);
- en principe, vous devez avoir au moins 25 ans, sauf si :
 - » vous élevez un enfant pour lequel vous bénéficiez des allocations familiales ;
 - » vous êtes majeur et soignez une personne atteinte d'une infirmité grave et qui a besoin de l'aide constante d'une tierce personne ;
 - » suite à une maladie ou un handicap, votre revenu global est inférieur à la limite du revenu minimum garanti fixé par la loi.

- Chercher un emploi et être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM). (Exceptions : www.guichet.public.lu/fr/citoyens/travail-emploi/activite-professionnelle/mesures-insertion-professionnelle/revenu-inclusion-sociale-revis.html)
- vous devez être prêt à accepter toutes les possibilités offertes par la législation luxembourgeoise ou étrangère (par exemple, droit à une pension) afin d'améliorer votre situation.

Pour avoir droit à l'**allocation d'activation du REVIS**, le requérant doit en principe remplir les conditions pour bénéficier de l'allocation complémentaire suivante :

- être âgé de moins de 65 ans, sauf si à cet âge le requérant ne remplit pas les conditions de stage pour l'obtention d'une pension de vieillesse ;
- être disponible pour et apte à suivre les activités d'insertion professionnelle prévues par l' Office national d'inclusion sociale (ONIS) ;
- signer un contrat d'insertion ;
- participer à une activité d'insertion professionnelle ;
- rester disponible pour le marché de l'emploi et être prêt à accepter tout emploi proposé par l'ADEM ;
- ne pas être chômeur indemnisé, ni participer, en tant que demandeur d'emploi, aux mesures en faveur de l'emploi organisées par l'ADEM.

Pour demander le REVIS, vous pouvez vous adresser à l'office social de votre commune ou le FNS.

Information et contact

www.guichet.public.lu/fr/citoyens/sante-social/action-sociale/aide-financiere/revenu-inclusion-sociale-revis.html

Restitution du **REVIS-allocation d'activation** :

- lorsque de fausses déclarations ont été faites ;
- en cas de retour à meilleure fortune (p. ex. suite à un héritage, une vente immobilière, un gain à une loterie, etc.) ;
- lorsque vous faites un cadeau à quelqu'un, un remboursement sera demandé auprès du donataire ;
- en cas de décès, les mêmes règles de succession comme avec le RPGH s'appliquent (voir question précédente).



Fonds national de solidarité (FNS)

8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxembourg
Adresse postale : B.P. 2411
L-1024 Luxembourg
T 49 10 811
F 26 12 34 64
E fns@secu.lu
www.fns.lu

Office national d'inclusion sociale (ONIS)

12-14, avenue Emile Reuter
L-2420 Luxembourg
T 247-83 636
F 40 47 06
www.onis.gouvernement.lu/fr.html

**Conseils**

Une consultation avec l'assistante sociale de votre commune peut vous aider à analyser votre situation personnelle et à vous offrir éventuellement d'autres possibilités d'aide sociale.

Informations et contact

www.fns.lu
www.guichet.public.lu/fr/citoyens/sante-social/action-sociale/aide-financiere/revenu-inclusion-sociale-revis.html
www.onis.gouvernement.lu/fr.html



IX. En cas de difficultés avec les instances sociales (CNS, CMSS, CNAP, ADEM...) ou l'employeur

Ce qui est important de savoir

Si vous estimez que vos droits en tant que patient n'ont pas été respectés, il importe avant tout de rechercher le dialogue avec la personne ou l'institution en question. Si un arrangement à l'amiable s'avère impossible, vous pouvez contester une décision ou intenter un recours/déposer une plainte.

Vous trouverez des conseils et du soutien auprès des services suivants :

- **Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé**

73, rue Adolphe Fischer (4^e étage)

L-1520 Luxembourg

T 24 77 55 15

E info@mediateursante.lu

www.mediateursante.lu

- **Patiente Vertriebung**

1B, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

T 49 14 57 1

E info@patientevertriebung.lu

www.patientevertriebung.lu

D'autres informations et contact sous :

www.sante.public.lu/fr/droits/droit-patients/droit-pour-tous/index.html

www.sante.public.lu/fr/droits/droit-patients/droits-patient/index.html

Je me sens lésé par une décision à portée individuelle émanant d'une institution de la sécurité sociale (CMSS, CNS, CNAP, ADEM, etc.). Que dois-je savoir sur les procédures légales et les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale ?

Différents voies de recours juridiques s'offrent aux plaignants. Les différentes adresses sont listées dans la section XII. Adresses utiles.

Vous trouverez des informations détaillées sur la procédure à suivre sous : www.guichet.public.lu/fr/citoyens/citoyennete/voies-recours-reglement-litiges/contestation-decision-administrative/juridiction-recours-securite-sociale.html

- Si vous êtes en désaccord avec une décision du CMSS, de la CNS, de l'ADEM, etc., vous devez d'abord soumettre une opposition écrite, par courrier recommandé, dans le délai indiqué sur l'avis. Pour cela vous n'avez pas besoin de consulter un avocat. Dans cette lettre, vous demandez à l'institution concernée de réviser la décision prise.

- En cas de problème avec les tarifs/mémoire d'honoraires dans le domaine de la santé, veuillez contacter la Commission de surveillance de la sécurité sociale.

» **Commission de surveillance de la sécurité sociale**

Ministère de la sécurité sociale
Commission de surveillance
26, rue Sainte Zithe
L-2763 Luxembourg
T 24 78 63 85

- Ensuite, vous pouvez déposer une plainte officielle auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale (CASS). L'intervention d'un avocat n'est pas nécessaire. Le CASS statue sur toutes les plaintes jusqu'à une valeur du litige inférieure à 1 250 €.

» **Conseil arbitral de la sécurité sociale (CASS)**

16, boulevard de la Foire
L-1528 Luxembourg
T 45 32 86
F 44 32 66

- Vous pouvez faire appel contre un jugement du CASS auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale (CSSS) au cas où la valeur du litige est supérieure à 1 250 €. Vous n'avez pas à faire intervenir un avocat.

» **Conseil supérieur de la sécurité sociale (CSSS)**

14, avenue de la Gare
L-1610 Luxembourg
T 26 26 05 1
F 26 26 05 38

- En dernière instance, vous pouvez faire appel contre les jugements des conseils susmentionnés auprès de la Cour de cassation. Cette procédure nécessite la présence d'un avocat.





Conseils

Vous pouvez aussi vous adresser auprès de l'Ombudsman.

» **Ombudsman Luxembourg**

36, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 Luxembourg

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

www.ombudsman.lu

Informations et contact

[www.guichet.public.lu/fr/citoyens/
citoyennete/voies-recours-reglement-litiges/
contestation-decision-administrative/
juridiction-recours-securite-sociale.html](http://www.guichet.public.lu/fr/citoyens/citoyennete/voies-recours-reglement-litiges/contestation-decision-administrative/juridiction-recours-securite-sociale.html)

[www.sante.public.lu/fr/politique-sante/
acteurs/index.html](http://www.sante.public.lu/fr/politique-sante/acteurs/index.html)

[www.aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-
dependance/procedure/voies-de-recours.
html](http://www.aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/procedure/voies-de-recours.html)

J'ai des difficultés à recevoir mes allocations de chômage. A qui puis-je m'adresser ?

En cas de problème concernant votre allocation de chômage (par exemple, refus de la demande), vous pouvez demander un réexamen de votre dossier par la Commission spéciale de réexamen de l'ADEM avant l'expiration d'un délai de 40 jours.

» **Commission spéciale de réexamen
ADEM**

19, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg-Hamm

T 247-88 888

www.adem.public.lu



Je suis en litige avec mon employeur. A qui puis-je m'adresser ?

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de votre employeur, vous pouvez demander de l'aide au délégué du personnel ou à votre syndicat. Vous pouvez aussi obtenir aide et soutien auprès de l'Inspection du Travail et des Mines (ITM).

L'ITM a pour mission de surveiller l'application du droit du travail (conditions de travail réglementaires, mesures de sécurité, etc.) et d'éviter ou d'arbitrer les conflits de travail. Elle peut poursuivre l'employeur en justice avec des peines allant de l'avertissement à la fermeture de l'entreprise et à la transmission du dossier au procureur pour des poursuites pénales.

En cas de questions ou pour une demande de rendez-vous :

» **Inspection du Travail et des Mines**

3, rue des Primeurs

L-2361 Strassen

T 247-76100

E via le formulaire de contact :

www.itm.lu

Si votre problème ne relève pas de la compétence de l'ITM, cette dernière vous orientera vers l'Office national de conciliation.



X. Assistance juridique



Je dois recourir à un avocat, mais je ne suis pas en mesure de payer ses honoraires. Que puis-je faire ?

Si vous avez besoin d'un avocat pour vous défendre, mais que vous ne pouvez pas payer ses honoraires, vous pouvez demander l'assistance judiciaire qui est gratuite.

Précautions

Le formulaire pour votre demande d'assistance juridique gratuite peut être obtenu auprès du Service central d'assistance sociale (SCAS). Vous envoyez ensuite cette demande à l'arrondissement judiciaire territorialement compétent (Luxembourg ou Diekirch). Vous avez également la possibilité d'obtenir le formulaire directement auprès des bureaux des deux arrondissements judiciaires.

Service central d'assistance sociale (SCAS)

Bâtiment Plaza Liberty – Entrée A

12–18, rue Joseph Junck

L-1839 Luxembourg

T 47 58 21-627 / 628

F 22 39 54

E sur le site web :

www.justice.public.lu/fr/support/contact/index.php

www.justice.public.lu/fr/aides-informations/assistance-sociale.html

Avec son **Service d'accueil et d'information juridique**, le SCAS offre des informations et des conseils sur des questions juridiques et peut, le cas échéant, vous adresser à d'autres interlocuteurs. Les bureaux sont situés à Luxembourg, Diekirch et Esch-sur-Alzette (ce dernier étant non opérationnel au moment de la rédaction de cette brochure, situation 2017).



Service d'accueil et d'information juridique – Luxembourg

Cité judiciaire

Bâtiment BC

L-2080 Luxembourg

T 47 59 81 - 600

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h
et de 13 h à 16 h 30, sans rendez-vous

Le lundi matin : sur rendez-vous.

Service d'accueil et d'information juridique – Diekirch

Justice de paix

Place Joseph Bech

L-9211 Diekirch

T 80 23 15

Tous les mercredis, de 9 h à 11 h 30
et de 14 h 30 à 17 h sans rendez-vous

E-mail pour les deux adresses via le formulaire
de contact sur la page d'accueil du site web :
[www.justice.public.lu/fr/support/contact/
index.php](http://www.justice.public.lu/fr/support/contact/index.php)

Il est fortement conseillé de se rapporter à la
page des actualités pour vérifier si le service
est ouvert avant de s'y rendre.

[www.justice.public.lu/fr/aides-informations/
accueil-info-juridique.html](http://www.justice.public.lu/fr/aides-informations/accueil-info-juridique.html)

Les barreaux d'assistance judiciaire**Arrondissement judiciaire de Luxembourg**

Bâtonnier de l'Ordre des Avocats

de Luxembourg

B.P. 361

L-2013 Luxembourg

Contact : bureau assistance judiciaire

45, allée Scheffer

L-2520 Luxembourg

T 46 72 72-1

Permanences :

les lundis et jeudis de 9h30 à 11h30

[www.barreau.lu/le-barreau/assistance-judi-
ciaire](http://www.barreau.lu/le-barreau/assistance-judiciaire)

Arrondissement judiciaire de Diekirch

Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Diekirch

B.P. 68

L-9201 Diekirch

Contact : bureau assistance judiciaire

Me Lony THILLEN : 80 80 67-1

Me Charles STEICHEN : 80 94 96-1

www.avocats-diekirch.lu/fr/accueil

E-mail pour les deux bureaux :
info@barreau.lu



XI. Adresses utiles



Recommandation concernant les heures ouvrables

Avant d'aller directement à une institution, clarifiez par téléphone votre demande et, le cas échéant, fixez un rendez-vous.

Fondation Cancer

209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
T 45 30 33 1
F 45 30 33 33
Lun. - ven. 8 h - 17 h
E fondation@cancer.lu
www.cancer.lu

Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

L-1471 Luxembourg
B.P. 1342
L-1013 Luxembourg
T 26 19 13 1
F 40 78 62
Lun. - ven. 8 h - 11 h 45 et 14 h - 17 h
www.mss.public.lu/acteurs/cmss/

Caisse nationale de santé (CNS)

125, route d'Esch
L-1471 Luxembourg
Adresse postale : L-2980 Luxembourg
T 27 57 1
Agence de Hollerich : Lun. - ven. 8 h - 16 h
Pour les autres agences :
www.cns.public.lu/fr/caisse-nationale-sante/agences-services/nos-agences.html
F 27 57 27 58
E cns@secu.lu
www.cns.lu

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)

20, avenue Emile Reuter
L-2420 Luxembourg
Adresse postale : L-2013 Luxembourg
T 45 05 15
F 45 02 01 222
Lun. - ven. 8 h - 12 h
www.secu.lu

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)

32, avenue Marie-Thérèse

L-2091 Luxembourg

Adresse postale : L-2091 Luxembourg

T 45 16 81

F 45 67 50

Lun. - ven. 8 h 30 - 11 h 30 et 14 h - 16 h

E cmfep@secu.lu

www.secu.lu

Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL)

2B, rue de la Paix

L-2312 Luxembourg

T 49 90-34 16

F 49 90-45 01

Lun. - ven. 8 h 30 - 11 h 30 et 14 h - 16 h

www.secu.lu

Assurance dépendance/**Administration d'évaluation et de contrôle (AEC)**

125, route d'Esch

L- 2974 Luxembourg

T 247-86 060

F 247-86 061

E secretariat@ad.etat.lu

www.aec.gouvernement.lu/fr.html

En cas de questions sur l'Assurance dépendance, contact CNS

T 27 57-1

E cns@secu.lu

Lun. - ven. 9 h - 11 h et 14 h - 16 h

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

1, boulevard Prince Henri

L-1724 Luxembourg

T 22 41 41 1

Lun. - ven. 8 h - 12 h et 14 h - 16 h

E via formulaire de contact :

www.cnap.lu/contact/

www.cnap.lu

Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)

10, rue Bender

L-1229 Luxembourg

T 24 78 88 88

Lun. - ven. 8 h 30 - 11 h et 14 h - 17 h

E info@adem.etat.lu

www.adem.public.lu

Inspection du Travail et des Mines (ITM)

3, rue des Primeurs

L-2361 Strassen

1, boulevard Porte de France

L-4360 Esch/Alzette

2, rue Clairefontaine

L-9220 Diekirch

20, route de Winseler

L-9577 Wiltz

(pour toutes les adresses)

T 247-76 100

Lun. - ven. 8 h 30 - 12 h et 13 h 30 - 16 h 30

E via formulaire de contact :

www.itm.lu

Fonds national de solidarité (FNS)

8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxembourg
Adresse postale : B. P. 2411
L-1024 Luxembourg
T 49 10 81 1
F 26 12 34 64
Lun. - ven. 8 h 30 - 11 h 30
E fns@secu.lu
www.fns.lu

Service central d'assistance sociale (SCAS)

Bâtiment Plaza Liberty – Entrée A
12-18, rue Joseph Junck
L-1839 Luxembourg
T 47 58 21-1
F 22 39 54
Lun. - ven. 8 h - 12 h et 13 h - 18 h
E via le formulaire de contact :
www.justice.public.lu/fr/support/contact.html
www.justice.public.lu/fr/aides-informations/assistance-sociale.html

Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

73, rue Adolphe Fischer
L-1520 Luxembourg
T 24 77 55 15
Lun., mar., jeu. et ven. 9 h - 13 h,
mer. 13 h - 17 h
E info@mediateursante.lu
www.mediateursante.lu

Patiente Vertriebung

1B, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
T 49 14 57 1
Mar., mer., jeu. 9 h - 12 h et 14 h - 17 h
consultations à la Patiente Vertriebung ou à domicile seulement sur rendez-vous
E info@patientevertriebung.lu
www.patientevertriebung.lu

Ombudsman Luxemburg

36, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg
T 26 27 01 01
Lun. - ven. 8 h - 12 h et 13 h 30 - 16 h
E info@ombudsman.lu
www.ombudsman.lu

XII. Glossaire

ADEM

Agence pour le développement de l'emploi

AEC

Administration d'évaluation et de contrôle
(Assurance dépendance)

CASS

Conseil arbitral de la sécurité sociale

CCSS

Centre commun de la sécurité sociale

CEO

Cellule d'évaluation et d'orientation

CMCM

Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste

CMFEC

Caisse de maladie des fonctionnaires
et employés communaux

CMFEP

Caisse de maladie des fonctionnaires
et employés public

CMSS

Contrôle médical de la sécurité sociale

CNAP

Caisse nationale d'assurance pension

CNS

Caisse nationale de santé

CSSS

Conseil supérieur de la sécurité sociale

DSP

Dossier de soins partagé

EM-CFL

Entraide médicale de la société nationale
des chemins de fer luxembourgeoise

UE/EEE

Union européenne / Espace économique
européen

FNS

Fonds national de solidarité

ITM

Inspection du travail et des mines

MDE

Mutualité des employeurs

ONIS

Office national d'inclusion sociale

REVIS

Revenu d'inclusion sociale

RPGH

Revenu pour personnes gravement handi-
capées (et revenu pour salariés handicapés
sans poste de travail)

SCAS

Service central d'assistance sociale

SMA

Service moyens accessoires

TPS

Tiers payant social

La Fondation Cancer, pour vous, avec vous, grâce à vous.

Fondée en 1994 au Luxembourg, la Fondation Cancer œuvre inlassablement depuis plus de 25 ans dans le domaine de la lutte contre le cancer. A côté de l'information axée sur la prévention, le dépistage et la vie avec un cancer, une de ses missions consiste à aider les patients et leurs proches. Financer des projets de recherche sur le cancer constitue le troisième volet des missions de la Fondation Cancer qui organise chaque année le grand évènement de solidarité Relais pour la Vie. Toutes ces missions sont possibles grâce à la générosité de nos donateurs.

Vous pouvez nous joindre sur les canaux suivants :

www.cancer.lu



T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg



Cette brochure vous a été remise gracieusement grâce à la générosité des donateurs de la Fondation Cancer. Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :

CCPL LU92 1111 0002 8288 0000



La Fondation Cancer est membre fondateur de l'asbl 'Don en Confiance Luxembourg'.



La Fondation Cancer,
pour vous, avec vous,
grâce à vous.



209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
T 45 30 331
E fondation@cancer.lu
www.cancer.lu