

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

cancer.lu

Copyright: Fondation Cancer

Photos: Istockphoto | Shutterstock

Cette brochure est également disponible
en langue allemande, anglaise et portugaise.

Scannez moi - Version digitale



Edition 2026

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

Sur la version web de cette brochure, chaque mention soulignée est un lien cliquable qui vous donne accès soit à davantage d'informations, soit directement à la source.

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

Bienvenue dans le Guide pratique. Cette brochure a été créée avec un seul objectif : vous offrir des réponses concrètes à vos questions pratiques pendant votre parcours contre le cancer.

Nous comprenons que cette période peut être déconcertante, remplie de défis organisationnels tant sur le plan familial que professionnel. C'est pourquoi nous avons rassemblé des informations utiles sur les prestations des caisses de maladie, les services de soins, le droit du travail et les aides financières.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions. Nous sommes là pour vous accompagner à chaque étape.

L'équipe de la Fondation Cancer

Sommaire

I.	Soins de santé	6
	Les services d'oncologie des hôpitaux luxembourgeois	7
	Le médecin référent	8
	Le Dossier de soins partagé (DSP)	9
	Aide et soins à domicile	10
	Traitement à l'étranger	13
	Réhabilitation oncologique	18
	Soins palliatifs	22
	Congés extraordinaires	24
II.	Frais liés au cancer	26
	Les modalités de prise en charge des frais par la CNS	26
	Les frais médicaux et hospitaliers	27
	Participation personnelle à l'achat de dispositifs médicaux divers et de médicaments	31
	Les frais de transport vers les services d'oncologie	36
	Aspects fiscaux	39
	Aides financières	40

III. Cancer et activité professionnelle	41
Incapacité de travail	41
Règle des 78 semaines	46
Reprise du travail	50
Comment gérer le cancer au travail ?	54
Le chômage	57
Invalidité et besoins spécifiques	59
IV. Litiges et assurance	62
En cas de litiges	62
Aspects juridiques : avis et assistance	64
Assurance solde restant dû Droit à l'oubli	66
V. Adresses utiles	68



I. Soins de santé

Si vous résidez et/ou travaillez au Grand-Duché du Luxembourg, vous êtes en principe affilié comme assuré principal ou coassuré (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 2009, les caisses de maladie suivantes existent au Luxembourg :

- une **caisse de maladie du secteur privé**, la *Caisse nationale de santé (CNS)* ou *Gesondheetskess*
- 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.

Note : 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.).

Informations et contact

voir sous V. Adresses utiles p. 68



Les services d'oncologie des hôpitaux luxembourgeois

Tous les hôpitaux au Luxembourg ont un service d'oncologie. Ci-dessous vous trouverez la liste des médecins de ces services qui s'occupent des patients atteints de cancer.

Centre Hospitalier Emile Mayrisch Esch/Alzette

Centre Hospitalier Luxembourg Luxembourg-Ville

La Clinique du Sein a obtenu la certification *OnkoZert* de la société allemande d'oncologie (*Deutsche Krebsgesellschaft – DKG*) en tant que Centre d'excellence pour le cancer du sein.

Hôpitaux Robert Schuman Luxembourg-Ville (Zitha & Kirchberg)

Le *Prostatakarzinomzentrum* des HRS, a obtenu la certification *OnkoZert* de la société allemande d'oncologie (*Deutsche Krebsgesellschaft – DKG*) en tant que Centre d'excellence pour le cancer de la prostate.

Centre Hospitalier du Nord Ettelbruck

Centre François Baclesse Esch/Alzette (=Centre National de Radiothérapie)

Il est évident que d'autres médecins spécialisés interviennent dans la prise en charge de votre cancer, en fonction du type de votre cancer : les chirurgiens, les gynécologues, les urologues, les gastroentérologues, etc.



Bon à savoir

Pour participer en tant que patient à des essais cliniques en cours, vous pouvez vous référer au tableau publié par le *Comité National d'Ethique de Recherche* (CNER). Notez que les études qui figurent sur ce tableau n'englobent pas que le cancer.

Informations et contact

CNER

T 247-65650 / 247-65651 / 247-55518

E contact@cner.lu



Le médecin référent

Le traitement de votre cancer se caractérise par une grande complexité. Vous allez passer une multitude d'examens 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.

Qui peut être mon médecin référent ?

C'est vous qui 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.

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 par un [formulaire de contact](#)



Le Dossier de soins partagé (DSP)

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

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.

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.

Informations et contact

Helpdesk de l'Agence eSanté

T 27 12 50 18 33

E helpdesk@esante.lu



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.

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

Aide familiale classique

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.

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.

Contact

Aide familiale Familljenhaus Zentrum

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339



Aide familiale réservée au parent de jeunes enfants

Vous pouvez aussi vous adresser à la Fondation Cancer qui, ensemble avec *Europa Donna* et *Arcus* offre un service d'aide familiale **gratuit**. Tout patient en cours de traitement oncologique, parent d'un enfant de 0 à 13 ans, et résident au Luxembourg, peut bénéficier de ce service.

L'aide peut s'étendre sur un maximum de trois mois consécutifs et pour une durée maximale de 10 heures par semaine, du lundi au samedi entre 6h et 22h, les jours fériés étant exclus.

Les professionnels mandatés assisteront les familles en accompagnant les enfants dans la vie quotidienne ainsi que dans les déplacements scolaires et extra-scolaires; ils apporteront aussi une surveillance dans l'encadrement des devoirs à domicile et ils pourront également assister la famille dans l'entretien du foyer et la préparation des repas.



Pour bénéficier de ce service cofinancé par *Europa Donna Luxembourg* et la Fondation Cancer, les personnes concernées pourront s'adresser, à fondation@cancer.lu ou au T 45 30 331.

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.

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.



Bon à savoir

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 durant 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.

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.

Informations et contact

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance (AEC)

T 247-86 060

F 247-86 061

E secretariat@ad.etat.lu

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

CNS/Demandes prestations assurance dépendance

T 27 57-46 05 / 46 07

F 27 57-46 19

E par un [formulaire de contact](#)

Prestataires de soins à domicile

Pour les différents prestataires de soins à domicile, vous trouvez les adresses sur *Editus* sous : [aide à domicile](#).

Infirmières libérales

Pour les infirmières libérales, vous trouvez des adresses sur *Editus* sous : [infirmières et gardes-malades privées](#).



Traitement à l'étranger

Pour les traitements à l'étranger, on distingue les pays membres de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen EEE (Islande, Liechtenstein, Norvège), la Suisse et les pays hors UE, EEE et Suisse. Pour ces derniers, on fait aussi une différence entre les pays liés par une convention bilatérale au Luxembourg et les pays tiers non conventionnés. Pour cette rubrique, on ne se réfère qu'aux pays de l'UE, de l'EEE et de la Suisse.

Pour le traitement 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 généraliste ou spécialiste.
- Cette demande est à remettre par voie postale, fax ou mail à la CNS, service

transfert à l'étranger, et va être transmis ensuite à la CMSS pour accord.

- 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.

» Accord 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).



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.

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 ne 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.**
- **En cas de transfert de 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 Conseil d'administration 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), les frais peuvent être pris en charge.

Prise en charge de la CNS pour :

- transport avec une ambulance : 70 % du prix ;
- transport avec une ambulance-taxi ou transport avec une voiture privée : 0,21 €/km (situation 2023) ;
- 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 (92,14 €/jour, situation 2023).



Précautions

- Il doit s'agir d'un traitement médical hospitalier ou d'une consultation médicale accordés 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.

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 par un [formulaire de contact](#)

CNS Service remboursement internationaux

T 27 57-49 60

E par un [formulaire de contact](#)



Réhabilitation oncologique

Le cancer et ses traitements entraînent souvent des effets secondaires d'ordre physique et psychique. La réhabilitation oncologique permet d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées. Elle facilite le retour à la vie de tous les jours et le cas échéant la reprise de l'activité professionnelle.

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 prescrites 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.

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 prises 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 atteinte 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 %.





Bon à savoir

- 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 (12,88 €, situation septembre 2023). 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.

Ce que la Fondation Cancer propose :

La Fondation Cancer propose des cours d'activités physiques pour les patients atteints de cancer : cours de gymnastique, cours de l'éveil musculaire et de yoga entres autres.

Sous le lien suivant, vous trouverez les offres sportives gratuites ainsi que d'autres [cours et groupes de la Fondation Cancer](#).

Vous trouverez d'autres [offres](#) aussi auprès de l'ALGSO l'Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs Oncologiques a.s.b.l.

Je souhaite suivre un programme de réhabilitation/ une cure. Que faut-il savoir ?

Au Luxembourg, il existe des programmes de réadaptation oncologique ambulatoire ou stationnaire. Ces services, pluridisciplinaires, comportent différentes mesures telles que physiothérapie, thérapie par le sport, conseils nutritionnels, psycho-oncologie et conseil social.

Réhabilitation post-oncologique

Le Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC) héberge le Service National de Réhabilitation Post-Oncologique (SNRPO) et propose un suivi hospitalier des patients atteints de cancer, avec une large gamme de services. Il y a 20 places disponibles.

Au CRCC, les patients souffrant des suites de leur maladie ou de leur traitement peuvent bénéficier d'une réhabilitation post-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.



Bon à savoir

Votre médecin traitant envoie une demande d'admission au *Centre de Réhabilitation de Colpach*. Il peut utiliser le [formulaire](#) disponible sur le site.

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 25,50 € par jour, situation 2023.



Contact

Centre de réhabilitation du Château de Colpach

T 27 55 43 00

E crcc@croix-rouge.lu

Cure thermale

Vous avez la possibilité de faire une cure
thermale 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 dans un hôtel agréé par la CNS.
- 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.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous au :

Contact

Mondorf Domaine Thermal

T 23 666-800

F 23 666 -557

E domaine@mondorf.lu

Puis-je faire un séjour de réhabilitation oncologique à l'étranger ?

Une réadaptation oncologique à l'étranger ne peut être envisagée que si des soins spécifiques requis ne permettent pas le suivi au Luxembourg.

Il vous faut un avis positif du CMSS. Sachez cependant que les autorisations sont rares.



Soins palliatifs

Lorsqu'un patient se trouve dans une situation médicale sans issue à la suite de son cancer, des soins palliatifs peuvent être apportés à la personne en fin de vie pour soulager ses douleurs et maintenir une certaine qualité de vie.

Pour bénéficier des soins palliatifs, il faut consulter au préalable votre médecin traitant afin qu'il introduise une déclaration auprès du Contrôle médical de la Sécurité Sociale. Cette déclaration se fera par le biais d'un formulaire spécial précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs.

Le Contrôle médical prendra ensuite une décision sur la recevabilité médicale de la déclaration après avoir consulté les médecins signataires. Après cette validation, le droit aux soins palliatifs est ouvert pendant une période de **35 jours**. Cette période peut toujours être renouvelable pour une ou plusieurs périodes supplémentaires de 35 jours; et ce, uniquement sur initiative dûment motivée du médecin traitant.

La CNS établira alors un titre de prise en charge qui sera envoyé au médecin traitant et aux prestataires intervenant auprès de la personne soignée. Le médecin devra joindre ce titre de prise en charge au carnet de soins.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés à l'**hôpital**, dans un établissement conventionné selon les lois sur l'assurance maladie et l'assurance dépendance ou à **domicile**. Les réseaux de soins ainsi que les hôpitaux ont des **équipes mobiles** de soins palliatifs.

Les offres de soins palliatifs au Luxembourg

Unités de soins stationnaires :

Centre Hospitalier de Luxembourg

(Unité de soins avec dix lits et équipe mobile)

CHL Eich

E pallia.sec@chl.lu

T 44 11 79 03

Centre Hospitalier du Nord

(Unité de soins avec six lits & équipe mobile interne et externe)

CHdN

E chdn@chdn.lu

T 81 66 51 530

Centre Hospitalier Emile Mayrisch

(Unité de soins avec huit lits)

CHEM Bâtiment Mineur, niveau 3

T 57 11 33 001



Haus Omega

(Centre de soins palliatifs avec 15 lits)

E info@hausomega.lu

T 26 00 37 1

Hôpitaux Robert Schuman

(Unité de soins avec huit lits)

ZithaKlinik

T 28 88 40 23

Soins à domicile:**HELP – Doheem Versuergt**

Equipe Soins Palliatifs

E info@help.lu

T 27 55 35 70

Päiperléck S.à.r.l.

Nuets Päiperléck

E info@paiperleck.lu

T 24 25 14

Stëftung Hëllef Doheem

E info@shd.lu

T 40 20 80



Congés extraordinaires

Les employés ont droits à deux types de congés exceptionnels : le **congé d'aidant** et le **congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie** afin de prendre soin d'un proche.

Congé d'aidant

Un congé extraordinaire d'aidant qui peut être accordé pour une durée maximale de **cinq jours** sur une période référence de 12 mois, si un membre de la famille ou une personne vivant dans le même ménage nécessite des soins personnels ou une aide personnelle pour **raison médicale grave** attestée par un médecin.

Vous devez en informer votre employeur dès le 1^{er} jour et au plus tard le 3^e jour de votre absence, vous êtes obligé de remettre à votre employeur un certificat médical et un document qui prouve votre lien de famille avec la personne en besoin ou la concordance de vos lieux de résidence respectifs.

Informations et contact

Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire

Service congés extraordinaires

T 2478-6130

Congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie peut être demandé par toute personne qui travaille, lorsque l'un de ses proches souffre d'une **maladie grave en phase terminale**. La durée du congé d'accompagnement ne peut pas dépasser **cinq jours ouvrables** (ou 40 heures) par proche et par an. Il prend fin à la date du décès du proche.

Le demandeur doit en informer son employeur dès le 1^{er} jour.

Il doit également remplir un formulaire de demande du congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie qu'il va envoyer, ensemble avec l'attestation pour l'octroi d'un congé d'accompagnement établi par le médecin du patient à la CNS.

La CNS va alors envoyer, en guise d'octroi de ce congé, **un carnet d'accompagnement qui comprend entre autres un Justificatif d'absence pour congé d'accompagnement** à remettre à l'employeur.

Informations et contact

CNS - Indemnités pécuniaires

T 27 57 - 1





II. Frais liés au cancer



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.

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.

Le remboursement des consultations médicales en dehors d'un traitement hospitalier est de 88 % du tarif officiel. Le coût de la chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée 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*), il se peut que vous ayez droit à des remboursements ou prises en charge supplémentaires. Veuillez vérifier ceci avec votre assurance complémentaire.



Les frais hospitaliers et de traitement

Dès l'annonce du cancer viennent inévitablement les questions relatives aux frais liés à votre maladie. Dans cette rubrique, vous trouverez les réponses aux questions les plus fréquemment posées concernant les frais médicaux et hospitaliers.

Je suis hospitalisé en chambre standard. 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 : 25,50 €/jour en chambre standard (situation septembre 2023). 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, 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 chambre individuelle. Quels sont les frais à ma charge ?

Lors d'une hospitalisation en chambre individuelle (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 chambre standard. La prise en charge de ce surcoût vous incombe. Le supplément pour une chambre seule varie en fonction du type de chambre. Et les actes et services médicaux sont majorés de 66 % par rapport au tarif en chambre standard. Si vous avez souscrit à une assurance supplémentaire, renseignez-vous sur les prises en charge.

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 de votre cancer (p. ex. chimiothérapie, radiothérapie, etc.) 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.



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.

Pour cela :

- 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 faite.

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 figure 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.

Pour cela :

- La date du paiement de la facture médicale ne doit pas dépasser les quinze jours.
- Les factures, uniques 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 votre 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.**
- **Voici un exemple concret :**
Si en 2022, votre brut annuel était de 36 000 €, le seuil pour l'année 2023 :
 $2,5\% \text{ de } 36\,000 \text{ €} = 900 \text{ €}$. Donc, avec un brut annuel de 36 000 €, le seuil

est atteint si le montant cumulé est supérieur à 900 €. Ainsi, vous pouvez introduire une demande si votre participation cumulée pendant une année civile (1.1 au 31.12) dépasse 900 €.
Si vous avez payé au courant de l'année 2023 des participations pour un montant total de 1050 € à la date de votre déclaration, vous pouvez demander un remboursement complémentaire de 150 € (1050 - 900 = 150 €).

Vous devez remplir un formulaire en ligne [Formulaire pour un remboursement complémentaire](#), sachez aussi qu'il y a des délais à respecter.

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



Bon à savoir

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.

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.



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

La plupart des dispositifs médicaux ainsi que leur taux de prise en charge sont répertoriés sous différents fichiers dans les statuts de la CNS (fichier B1-B7).

Le **fichier B1** reprend les dispositifs médicaux, de « petite » envergure comme p. ex. divers **pansements spéciaux**, **produits pour l'incontinence urinaire**, glucomètres et accessoires.

Le **fichier B2** réunit les fournitures de plus « grande » envergure, qui sont cédées uniquement par **location** (avec contrat de location).

Le **fichier B3** regroupe tous les dispositifs, embouts et accessoires de **correction auditive**.

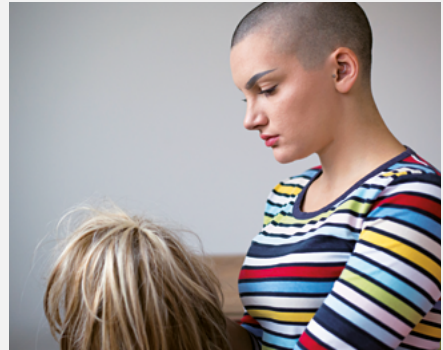
Le **fichier B4** comprend les dispositifs médicaux pour **personnes laryngectomisées** et pour personnes **trachéotomisées** ou pour personnes présentant une autre **pathologie respiratoire**.

Le **fichier B5** regroupe les produits **d'alimentation médicale**.

Le **fichier B6** précise les prestations de **voyage et de transports pris en charge** par la CNS.

Le **fichier B7** reprend les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale est limitée aux établissements hospitaliers pour des traitements effectués en dehors du secteur hospitalier.

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 septembre 2023). Si vous avez souscrit à une assurance médicale supplémentaire, renseignez-vous auprès de cette dernière de son éventuelle participation financière.

Vous avez droit chaque année à une ordonnance pour l'achat d'une perruque.

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.

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).

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.

Sur simple demande, vous recevez une liste des points de vente de perruques auprès de la Fondation Cancer.

Contact

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Service autorisations - médicaments

T 2757-4599 - F 407850

E par un [formulaire de contact](#)

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

Après une mastectomie, vous pouvez opter pour différents types de prothèses externes du sein :

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

Sachez que :

- 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 2023) :
 - » 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) ;
- si vous avez souscrit à une assurance médicale supplémentaire, renseignez-vous auprès de cette dernière sur son éventuelle participation financière.

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.

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.

Où se procurer une prothèse mammaire externe ?

Sous simple demande, vous recevez une liste des fournisseurs de prothèses mammaires externes auprès de la Fondation Cancer.

Contact

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Service autorisations - médicaments

T 2757-4599

E par un [formulaire de contact](#)

Des prothèses mammaires tricotées (*Knockers*)

Les *Knockers* sont une alternative aux prothèses médicales en silicone pour les femmes ayant subi une mastectomie. Ces prothèses mammaires sont tricotées et rembourrées en coton dans la taille naturelle du bonnet. Les *Knockers* sont fournis par *Knitted Knockers*.

J'ai besoin de dispositifs médicaux comme p. ex. des poches de stomie, des articles d'incontinence. 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 à télécharger :

- Le [fichier B1](#) reprend les dispositifs médicaux, de « petite » envergure comme p. ex. divers pansements spéciaux, produits pour l'incontinence urinaire, glucomètres et accessoires.

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.

Contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E par un [formulaire de contact](#)



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 mars 2023) 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.

Le fichier B5 regroupe les produits d'alimentation médicale.

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.
- Il vaut mieux 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.

Contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E par un formulaire de contact

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 la CNS. Le matériel vous sera livré à domicile.

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

Service Moyens Accessoires

T 40 57 33 1

F 40 95 17

Msg 621 340 257

Si, après six mois, un de ces dispositifs techniques s'avère toujours nécessaire, une demande de prolongation doit être adressée à la CNS avec une nouvelle ordonnance médicale.

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 page sous [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.

Contact

CNS Service autorisations – traitements et fournitures

T 27 57-1

F 26 48 28 71

E par un [formulaire de contact](#)

Que dois-je savoir sur le remboursement des médicaments ?

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](#))

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.

Contact

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E par un [formulaire de contact](#)



Les frais de transport vers les services d'oncologie

Si vous devez vous rendre à l'hôpital pour votre traitement médical répétitif (thérapie en série), comme c'est le cas pour la chimio- ou la radiothérapie, la CNS peut prendre en charge des transports en série :

- en taxi (Luxembourg et étranger) ;
- en ambulance (Luxembourg et étranger) ;
- en voiture privée/propres moyens de transport (Luxembourg et étranger) ;
- en fonction de votre état de santé.

Ceci est vrai aussi si vous allez au *Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation* au moins à quatre séances de traitement dans un intervalle de 90 jours.

Pour le Luxembourg

Si vous utilisez votre propre moyen de transport

Si vous utilisez votre propre moyen de transport, vous pouvez demander une indemnisation des frais de transport auprès de la CNS. Elle vous octroie un remboursement (0,20 €/kilomètre, situation 2023) pour le trajet le plus court entre votre domicile et votre lieu de traitement. Vous devez remplir un formulaire et l'envoyer accompagné d'un certificat de présence avec les dates de traitement, rempli par votre médecin à la CNS.

Si vous prenez un taxi (Taxi-Ambulance)

Si vous prenez un taxi (Taxi-Ambulance), vous devez respecter les modalités suivantes :



- Demandez à votre médecin traitant de remplir le formulaire Demande de prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport en série et de le faire parvenir, dans le cadre d'une chimio- ou la radiothérapie, à la CNS. Les transports en série en taxi vers le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ne sont pris en charge que pour un maximum de 20 journées de traitement.
- Attendez d'avoir reçu de la CNS, l'autorisation nommée titre de prise en charge. Il vous faut cette autorisation préalable avant votre premier déplacement.
- Vous devez utiliser une compagnie de taxis agréée par la CNS. Vous allez recevoir la liste des compagnies jointe à votre titre de prise en charge.
Choisissez la compagnie de taxi la plus proche de votre domicile car seuls les frais pour le trajet le plus court entre votre domicile et le lieu de traitement sont remboursés. Assurez-vous du tarif appliqué par la compagnie de taxis ceci afin d'éviter des frais supplémentaires à votre charge. La CNS ne rembourse que le tarif accordé (voir ci-dessous). Sachez aussi qu'il reste souvent des frais 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 et il ne vous reste qu'à payer frais non couverts par l'assurance maladie.

- La CNS vous rembourse :
 - » un montant forfaitaire d'un minimum de 6,56 €/trajet (p. ex. en cas d'un trajet court de 3 km)
 - » 1,64 €/ kilomètre pour un trajet simple
 - » 0,82 €/ kilomètre pour l'aller-retour

pour le trajet le plus court entre votre domicile et votre lieu de traitement (situation 2023).

Si vous prenez une ambulance

Si vous devez utiliser une ambulance, les conditions de la prise en charge et les démarches sont pratiquement les mêmes que les déplacements en taxi-ambulance sauf :

- un transport en ambulance n'est autorisé que si vous devez vous déplacer en position allongée ou immobilisée. Votre médecin doit certifier les raisons médicales à cela.
- la CNS rembourse 1,29 €/kilomètre (aller-retour) ainsi qu'un montant forfaitaire d'un minimum de 39,07 € (p. ex. trajet court) (situation 2023).
- le transporteur peut facturer des tarifs dépassant la participation de la CNS. Il vous reste donc des frais à charge.

Contact

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E par un formulaire de contact

Pour l'étranger

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.

Sachez que :

- 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 retournez pas 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.

Contact

CNS - Service Transfert à l'étranger

T 2757 - 4300

E par un [formulaire de contact](#)



Aspects fiscaux

Dès l'annonce du cancer viennent inévitablement les questions relatives au coût de votre maladie et aux aspects fiscaux. Dans cette rubrique, vous trouverez les réponses aux questions les plus fréquemment posées.

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

Les frais non remboursés dus à votre maladie (participation indiquée sur le dos du 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 abattements 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.

Invalidité et fiscalité : ce qui est important à savoir

Vous bénéficiez de trois avantages fiscaux :

- 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.

- 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.

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.

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.

- 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 auprès de l'*Administration des Douanes et Accises* (service taxe automobile) et joindre une copie de la carte d'invalidité.

Administration des contributions

Administration des douanes et accises (Direction)

T 28 18 28 18 (central)

T 27 48 84 88 (taxe annuelle automoteur)

E douanes@do.etat.lu

Aides financières

La Fondation Cancer peut accorder une aide financière aux demandeurs qui se retrouvent dans une situation difficile en raison de leur cancer et qui répondent à certains critères. N'hésitez pas à vous adresser à nous pour discuter des possibilités d'une aide financière au cours d'un entretien confidentiel.

Contact

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E fondation@cancer.lu



III. Cancer et activité professionnelle

Atteint d'un cancer et en incapacité de travail, vous vous posez probablement de nombreuses questions. Dois-je informer mon employeur de mon diagnostic de cancer ? Quelles sont les conséquences possibles sur mon emploi pendant ma période d'incapacité de travail ou en raison de mon cancer ? Ai-je le droit de partir à l'étranger durant mon arrêt maladie ?

Toutes ces questions sont abordées afin de vous fournir les informations nécessaires pour affronter sereinement votre situation difficile. Il est aussi important de connaître vos droits et les mesures à prendre.

Incapacité de travail

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 !

En cas d'hospitalisation urgente, vous disposez de huit jours pour transmettre le

certificat médical à votre employeur.

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 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)

L-2975 Luxembourg

T 40 141-1

F 27 57 43 43

E par un [formulaire de contact](#)

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 avvertir 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** propres 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 la maladie est prévisible, il est préférable d'en avvertir 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 ?

La Fondation Cancer met à votre disposition un [Guide à l'intention des employés](#) sous simple demande.

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 !

Si vous reprenez votre travail à l'issue d'une absence ininterrompue de plus de six semaines pour cause de maladie ou d'accident, votre employeur doit en avvertir le médecin du travail compétent pour son entreprise. Le médecin du travail décidera alors si le salarié doit passer une visite médicale. Il déterminera ensuite si le salarié est apte à reprendre son ancien poste ou s'il faut envisager une adaptation de son poste ou un reclassement.



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 cette 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 10h et 12h et 14h et 18h 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 aller 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.

Contact

CNS Service Enquêtes et contrôles administratifs

T 27 57 43 31/32/34

E par un [formulaire de contact](#)



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 de votre cancer. Ceci est vrai aussi si vous avez ouvert un droit aux soins palliatifs.

- 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.

Contact

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E par un [formulaire de contact](#)

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

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.

Après chaque arrêt de maladie, le CNS recalcule la somme totale des jours de maladie rétrospectivement sur une période de deux ans. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacité dépasse 78 semaines. La CNS vous envoie une simulation théorique de la date à laquelle le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie prend fin si vous vous approchez des 78 semaines d'incapacité de travail et si vous continuez à être malade.

Le montant de l'indemnité pécuniaire correspond approximativement au montant de votre salaire de base.





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.

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.



Règle des 78 semaines

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 78 semaines d'incapacité de travail.



Illustration du principe par des cas concrets

Si un certificat d'incapacité de travail est déposé le 9 février 2022, le certificat de juillet à août 2020 entre dans la fenêtre temporelle des 104 semaines.

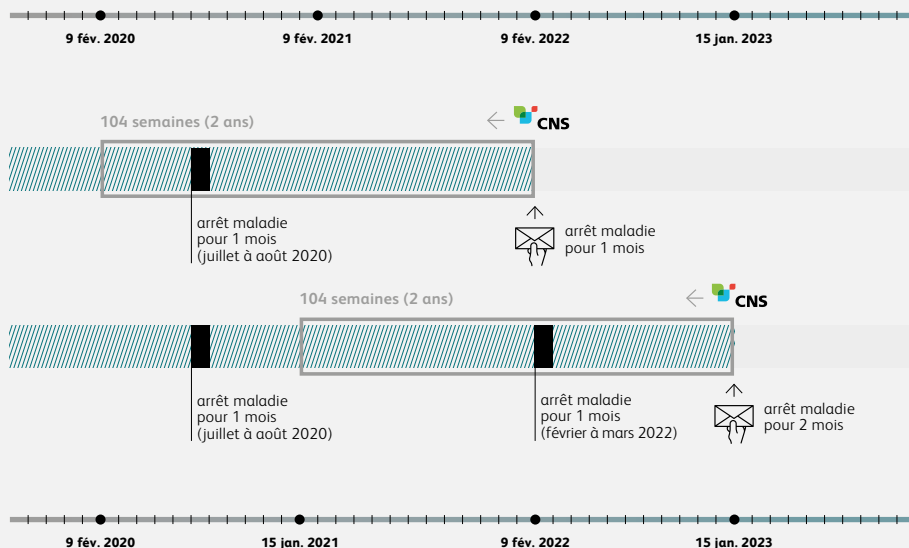
Si on considère la fenêtre temporelle lors du dépôt d'un nouveau certificat d'incapacité de travail le 15 janvier 2023, le certificat de juillet à août 2020 se retrouve donc en dehors de cette période de calcul.

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.

/// semaines
calendaires

■ arrêt maladie

□ Période de référence
(104 semaines)

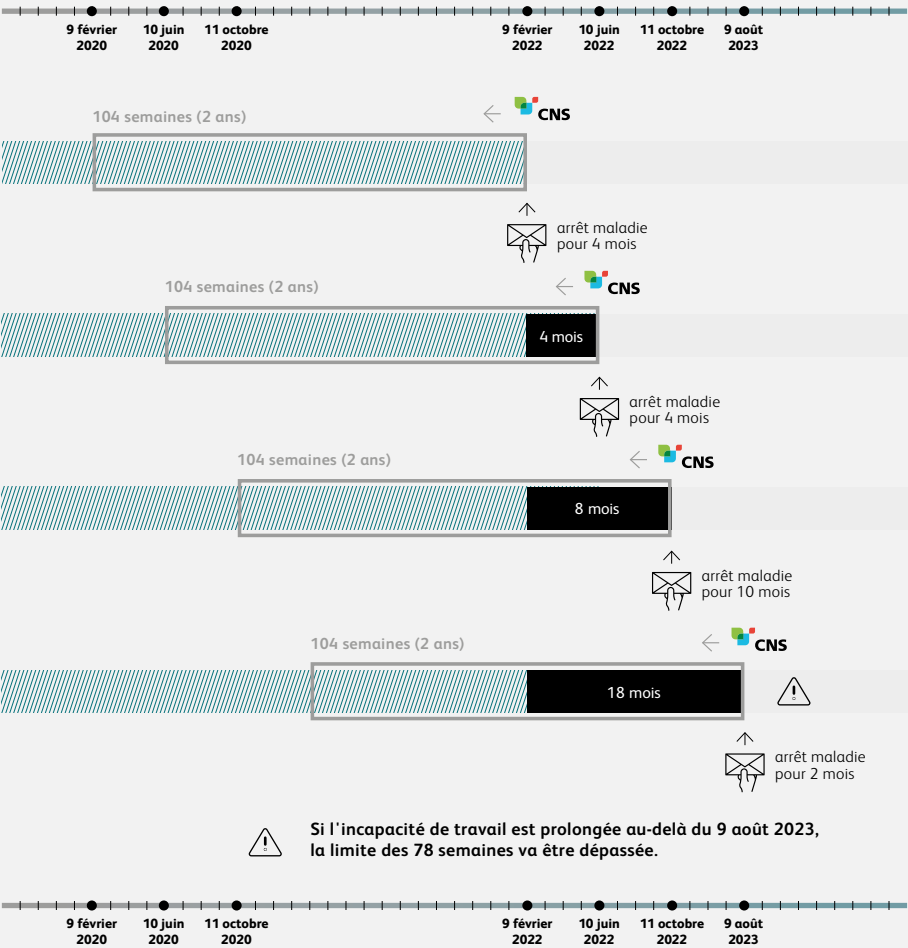


Cas 1

Vous n'avez jamais été en incapacité de travail au cours des deux années précédant votre diagnostic de cancer en 2022.
Début février, vous déposez un certificat d'incapacité de travail pour quatre mois.

Ensuite, vous présentez plusieurs certificats d'arrêt de travail successifs et vous atteignez quasiment la limite des 78 semaines en un an et demi.

Si l'incapacité de travail est prolongée au-delà du 9 août 2023, la limite des 78 semaines va être dépassée.



semaines
calendaires

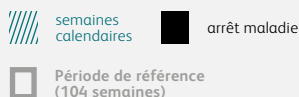
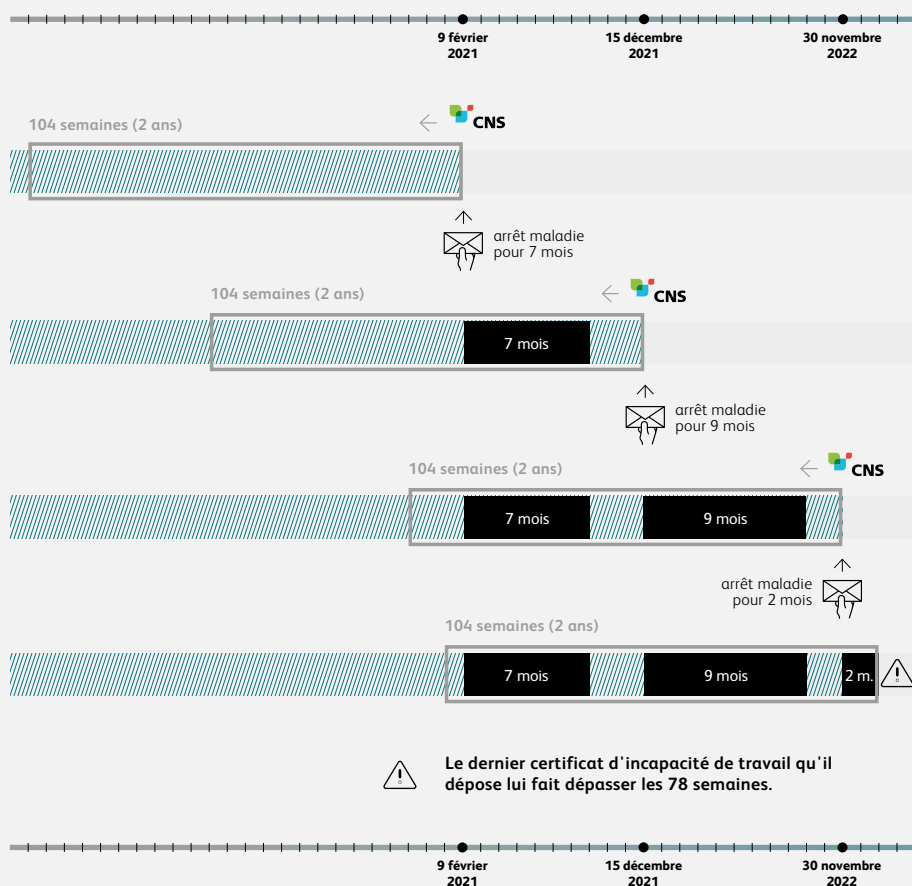
arrêt maladie

Période de référence
(104 semaines)

Cas 2

Vous n'avez jamais été en incapacité de travail au cours des deux années précédant la survenue de votre cancer. Vous déposez un premier certificat d'incapacité de travail début février 2021 pour une durée de sept mois. Vous reprenez votre activité

professionnelle, mais vous êtes contraint de vous arrêter à plusieurs reprises. Vous atteignez la limite de 78 semaines en l'espace de deux ans. Le dernier certificat d'incapacité de travail que vous déposez vous fait dépasser les 78 semaines.



La CNS vous envoie une simulation théorique de la date à laquelle le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie prend fin, si vous vous approchez des 78 semaines d'incapacité de travail et si vous continuez à être malade.

Reprise du travail

Si vous reprenez le travail après un arrêt de maladie de plus de six semaines, votre employeur est tenu d'en avvertir les médecins du travail des *Services de Santé au Travail* (SST). Un examen de reprise du travail effectué par un des médecins du travail est obligatoire et idéalement réalisé avant ou le jour de la reprise du travail. Le cas échéant, vous pouvez réclamer un rendez-vous auprès des médecins du travail du service de santé au travail compétent vous-même pendant votre arrêt de maladie.

L'objectif de l'examen de reprise du travail est d'évaluer votre aptitude de reprendre votre ancien poste. Le cas échéant d'éventuelles restrictions, remarques ou propositions d'aménagement du poste de travail sont indiquées par les médecins du travail. Selon votre état de santé, différentes possibilités peuvent se présenter pour reprendre votre activité professionnelle :

- 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. Dans ce cas, **la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT)** pourrait être envisageable pour vous.
- vous allez reprendre votre travail avec un aménagement de votre poste
- il s'avère que vous ne pouvez plus remplir les missions de votre dernier lieu de travail pour des raisons de santé. Dans ce cas, la procédure du **reclassement professionnel (interne/externe)** est mise en route par le CMSS.

- il se trouve que vous n'êtes plus apte au travail. (à voir sous : Invalidité et handicap p. 59)

La reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT)

Cette mesure remplace l'**ancien mi-temps thérapeutique**. Depuis 2019, une nouvelle loi prévoit des options de retour au travail plus personnalisées, adaptées à l'état de santé des personnes, et plus souples que par le passé.

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.
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.

Retour au travail avec aménagement de poste

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.

Reclassement professionnel (interne/externe)

S'il s'avère que vous ne pouvez plus remplir les missions de votre dernier poste de travail pour des raisons de santé, 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*.

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 votre poste ;

- le caractère temporaire ou permanent de l'incapacité de travail ;
- les intervalles de temps auxquels vous devez vous 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 restiez 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.

Si vous bénéficiez du statut de personne en reclassement professionnel, que vous arrivez à la fin de votre indemnité chômage et sous certaines conditions (une ancienneté d'au moins cinq ans à un poste avant le reclassement, ou d'une ancienneté d'au moins cinq ans dans l'entreprise ayant fait l'objet du reclassement professionnel

externe), vous pouvez toucher **une indemnité professionnelle d'attente (IPA)**. Celle-ci est plafonnée à 1,5 fois le salaire social minimum et soumise aux charges sociales et fiscales. L'IPA est accordée, retirée et payée par l'ADEM.

Précaution : la demande d'indemnité professionnelle d'attente doit être déposée dans un **délai de six mois** à compter de la fin des droits au chômage.

Service handicap et reclassement professionnel de l'ADEM

T 247-88 888

E par un [formulaire de contact](#)

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 ne vais vraisemblablement plus pouvoir retravailler ?

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. 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.



Comment gérer le cancer au travail ?

Recevoir un diagnostic de cancer impacte toutes les sphères de votre vie, y compris la sphère professionnelle.

Elaborer une stratégie et prendre le temps de réfléchir aux informations que vous allez communiquer à votre employeur et/ou à vos collègues et à la manière dont vous allez le faire peut vous aider à surmonter cette épreuve. Préparez-vous à faire face à un large éventail de réactions et d'émotions.

Dois-je informer mon employeur et/ou mes collègues de mon diagnostic ?

Pour vous y préparer, parlez avec l'équipe médicale qui vous suit afin d'obtenir toutes les informations nécessaires sur votre état de santé, le pronostic et la manière dont votre traitement peut affecter votre aptitude au travail. Gardez à l'esprit qu'elle peut évoluer pendant et après le traitement.

Rien ne vous oblige à informer dans le détail votre employeur de votre diagnostic et de votre traitement. Cependant, maintenir un dialogue transparent avec votre employeur peut aider ce dernier à cerner le soutien dont vous avez besoin, notamment des aménagements et changements raisonnables qui vous facilitent les choses au travail.



Qui dois-je informer au travail et comment ?

Libre à vous d'informer votre employeur aussitôt de votre maladie ou non. Un diagnostic de cancer est un sujet difficile à aborder, et il est compréhensible que cela vous gêne ou vous fasse peur de révéler votre état de santé à votre employeur et/ou à vos collègues. D'un autre côté, votre manager/supérieur hiérarchique et vos collègues peuvent vous apporter un soutien appréciable.

Nature et étendue des informations à communiquer et à solliciter

Ce que vous dites à votre employeur de votre diagnostic dépend de différents facteurs, notamment de la nature de vos relations et de l'impact potentiel de votre traitement sur votre santé et votre sécurité et celle de vos collègues. Gardez à l'esprit qu'informer votre employeur de votre diagnostic ne signifie pas que vos collègues doivent nécessairement être aussi mis au courant. Votre supérieur hiérarchique, manager ou employeur n'a pas le droit d'utiliser des informations médicales vous concernant, ni de les communiquer à des tiers, à moins que vous ne donniez votre consentement exprès.

Si vous décidez de communiquer des informations, vous pouvez envisager d'aborder :

- vos symptômes ;
- votre diagnostic ;
- la nature de votre/vos traitement(s), leurs effets secondaires possibles et

leurs incidences possibles sur votre santé physique, votre bien-être psychique et, en particulier, votre assiduité, productivité et performance ;

- la question de l'arrêt de travail dont vous aurez peut-être besoin et de la date probable de votre retour au travail compte tenu des informations dont vous disposez.

Vous pouvez aussi envisager de vous renseigner sur :

- les aménagements possibles, des pauses supplémentaires (à cause de la douleur ou de la fatigue, ou pour vous rendre à des rendez-vous médicaux), des horaires allégés, le télétravail, le travail à temps partiel, des changements à votre poste de travail (p. ex. une chaise adaptée, un bureau à hauteur ajustable ou des outils de travail ergonomiques) ou tout autre besoin prévisible ;
- le soutien qui peut vous être apporté pour exercer vos fonctions et accomplir les tâches qui vous ont été assignées ;

- les prestations auxquelles vous avez droit, les droits des salariés et la politique de l'entreprise en matière d'indemnités maladie, d'arrêt de travail, de santé au travail, les programmes d'aide, etc.

Avant de communiquer votre diagnostic pour la première fois à votre employeur, il est peut-être bon de noter par écrit ce que vous voulez dire. Il est aussi conseillé de noter avant l'entretien avec votre employeur toute question ou tout sujet d'inquiétude et après l'entretien tous les aménagements à vos modalités de travail dont vous avez convenu avec votre employeur.

Travailler pendant le traitement

Votre aptitude à travailler pendant votre traitement dépendra de différents facteurs, tels que les recommandations de l'équipe médicale qui vous suit, le type de cancer et son stade, le type de traitement que vous allez suivre et ses effets secondaires,



vos état général et vos choix personnels, votre type de travail, ainsi que la politique de l'entreprise concernant les indemnités journalières, les arrêts maladie et la santé au travail.

Comment puis-je dire à mon employeur que je suis apte à continuer de travailler pendant mon traitement, si mon médecin me l'a conseillé ?

Si votre médecin vous indique que vous pouvez continuer de travailler pendant votre traitement et que vous décidez de le faire, vous pouvez discuter avec votre employeur et/ou le département des ressources humaines (le cas échéant) des scénarios envisageables afin de trouver un équilibre entre travail et traitement.

La reprise du travail après un traitement

Quand, une fois votre traitement fini, vous vous sentez prêt à reprendre le travail, renseignez-vous sur les directives et politiques pertinentes qui peuvent faciliter votre reprise complète du travail.

Votre équipe, vos supérieurs hiérarchiques et managers peuvent se montrer réservés quant à votre reprise du travail. Prenez les devants et indiquez à vos managers, supérieurs hiérarchiques et collègues ce qui peut contribuer à la réussite du processus de réinsertion.

Voici quelques recommandations pour vous aider à vous préparer à la reprise du travail après votre traitement :

- Je fais part dès que possible à mon employeur de mon intention de reprendre le travail et j'informe mon manager/supérieur hiérarchique de mon état de santé et de tout effet secondaire tardif qui m'affecte (p. ex. fatigue, douleurs, difficulté à me concentrer si je ne fais pas de pause, mobilité réduite, etc.) ;
- Si je ne suis pas sûre d'être apte à reprendre le travail complètement, je discute avec mon manager/supérieur hiérarchique des scénarios et aménagements temporaires possibles (p. ex. allègement ou modification des tâches, changements apportés à mon poste de travail, reprise progressive du travail, redéfinition de mon poste, temps partiel, etc.) ;
- J'exprime mes inquiétudes et j'explique ce qui fonctionne bien et ce qui devrait être adapté dans le cadre professionnel lors de réunions régulières avec mon manager/supérieur hiérarchique ;
- Je prends le temps de m'occuper de moi-même afin de réduire le stress au minimum et d'aborder la reprise du travail dans les meilleures conditions (p. ex. j'ai une alimentation saine et équilibrée, je pratique une activité physique régulière, et je me détends après le travail, etc.).

La Fondation Cancer vous met à disposition [un guide à l'intention des employés](#) avec toutes les informations sur la gestion du cancer sur le lieu de travail.



Le chômage

Si vous êtes sans emploi, mais que vous êtes capable de travailler, vous pouvez prétendre à l'indemnité de chômage. Cependant, vous devez remplir certaines conditions.

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* (SSM). Ce plafond sera dégressif et réduit au fur et à mesure que l'indemnisation se poursuivra. On parle dans ce contexte de dégressivité du plafond :

- après six mois de chômage : le plafond est ramené à 200 % du SSM ;
- après 12 mois : le plafond est ramené à 150 % du SSM, ceci concerne les demandeurs d'emplois qui peuvent obtenir une prolongation de l'indemnisation au-delà des 12 mois.

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, vous avez effectué sept mois et 21 jours de travail, vous serez indemnisés durant huit mois.

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 (+12 mois/+9 mois/+6 mois), tout en sachant que la durée ne peut pas dépasser les 24 mois.

Informations et contact

ADEM

Heures d'ouverture: lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h à 17h

T 24 78 88 88

E par un [formulaire de contact](#)



Invalidité et besoins spécifiques

Si vous êtes dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle pour des raisons de santé, vous pouvez demander une pension d'invalidité dont il est bien de connaître les conditions et les droits. Est considéré comme atteint d'invalidité, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, a subi une perte de capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

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 état d'invalidité sera déterminé. 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.



Bon à savoir

- 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

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

T 22 41 41 1

F 22 41 41-64 43

E juste par le [site internet](#)

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 équivalant au montant du *revenu d'inclusion social* REVIS 1 802,45 € brut pour une personne adulte, (situation 09.2023) 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 peut vous aider dans votre demande.

Contact

Fonds national de solidarité (FNS)

T 49 10 811

F 26 12 34 64

E info@fns.public.lu

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.

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

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

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.

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*.

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-dessous.

**Ministère de l'Environnement, du Climat
et du Développement durable**
Département des transports
L-2918 Luxembourg

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

Une capacité réduite à travailler peut être la conséquence d'un handicap physique, mental, sensoriel ou psychologique et/ou de difficultés psychosociales. 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 que :

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

Informations et contact

ADEM - Commission d'orientation et de reclassement professionnel

T 247-88 888

E par un formulaire de contact

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

Si, suite à votre cancer, vous êtes dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, vous pouvez demander le revenu pour salariés handicapés. Pour cela, vous devez remplir un certain nombre de conditions :

- vous êtes atteint d'un handicap reconnu ;
- vous avez le statut du travailleur handicapé ;
- pour des raisons indépendantes de votre volonté, vous ne parvenez pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à vos besoins ;
- vous êtes domicilié au Luxembourg, vous avez plus de 18 ans et moins de 65 ans ;
- vous avez un revenu inférieur au RSH.

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 RSH.



IV. Litiges et assurance



En cas de litiges

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

T 24 77 55 15

E info@mediateursante.lu

Patienten Verriedung

T 49 14 57 1

E info@patienteverriedung.lu



Je me sens lésé par une décision émanant d'une institution de la sécurité sociale. Que dois-je savoir sur les procédures légales et les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale?

Différentes voies de recours juridiques s'offrent à vous. Les adresses sont listées dans la section V. Adresses utiles p. 68.

Si vous êtes en désaccord avec une décision du CMSS, de la CNS, 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

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)

T 45 32 86 600

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)

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.

Vous pouvez aussi vous adresser auprès de l'Ombudsman.

Ombudsman Luxembourg

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

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

T 247-88 888

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

T 247-76100

E via le [formulaire de contact](#)

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

Aspects juridiques : avis et assistance

Dans cette rubrique, vous trouverez toutes les informations pour avoir un avis juridique et/ou une assistance juridique gratuits.

Vous avez besoin d'un avis juridique ?

Le Service d'accueil et d'information juridique (SAIJ) offre des informations et des conseils sur des questions juridiques gratuitement, mais ne pourra pas vous représenter. Il peut, le cas échéant, vous adresser à d'autres interlocuteurs.

Les bureaux sont situés à Luxembourg et à Diekirch, vous êtes libres de consulter le bureau de votre choix.

Service d'accueil et d'information juridique – Luxembourg

T 47 59 81 – 2600 (pour prendre un rdv)

E pgsin@justice.etat.lu

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h et de 13h à 16h30, sur rendez-vous, sauf le lundi.

Le service d'information assuré par des avocats est ouvert tous les samedis matin de 8h30h à 12h30 (également ouvert pendant les vacances judiciaires).

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



Service d'accueil et d'information juridique – Diekirch

Palais de justice de Diekirch - Salle d'audience II EG21

T 80 23 15

E pgsin@justice.etat.lu

Tous les mercredis, de 9h à 11h30 et de 14h30 à 17h sans rendez-vous.

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 gratuite. Pour cela, il faut remplir un formulaire pour votre demande d'assistance juridique gratuite.

Vous avez également la possibilité d'obtenir le formulaire directement auprès des bureaux des deux arrondissements judiciaires.

Vous envoyez ensuite cette demande à l'arrondissement judiciaire territorialement compétent (Luxembourg ou Diekirch).

Pour Luxembourg, le formulaire dûment rempli ensemble avec les documents demandés est à envoyer à aj@barreau.lu où le déposer au barreau d'assistance judiciaire.

Service de l'assistance judiciaire

T 46 72 72-1

Permanences pour la remise du dossier : les lundis et jeudis de 9h30 à 11h30.

Pour Diekirch, le formulaire dûment rempli ensemble avec les documents demandés est à envoyer à info.diekirch@barreau.lu.

**Arrondissement judiciaire de Diekirch
Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Diekirch**

E info.diekirch@barreau.lu



Assurance solde restant dû / Droit à l'oubli

En principe, si vous voulez obtenir un crédit immobilier auprès d'une banque, vous devez souscrire auprès d'une compagnie d'assurance de votre choix, une assurance solde restant dû. Cette assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier face à certains risques et constitue souvent une condition d'obtention d'un crédit immobilier. Cependant, les personnes se trouvant en risque de santé aggravé doivent payer une surprime, c'est-à-dire une prime supplémentaire.

Et pour les personnes atteintes d'un cancer, cette surprime peut devenir si élevée qu'elles se voient dans l'incapacité financière de souscrire à un crédit immobilier. Et ceci même si elles sont guéries du cancer depuis longtemps ou qu'il s'agissait d'un cancer à un stade débutant.

Le principe du Droit à l'oubli

Le Droit à l'oubli permet de ne plus avoir à déclarer un cancer survenu dans le passé. C'est le droit pour une personne souhaitant souscrire à un contrat d'assurance emprunteur garantissant un prêt immobilier pour l'acquisition de la résidence principale, de ne pas déclarer un cancer après un certain délai. Ceci s'applique :

- uniquement et exclusivement à l'assurance solde restant dû (à l'exclusion expresse des garanties invalidité et incapacité) ;

- pour un crédit ou des crédits immobiliers en vue de l'acquisition d'une résidence principale ou de locaux professionnels et ;
- dont le montant maximal de la couverture d'assurance solde restant dû ne dépasse pas 1 000 000 €. Elle ne s'applique pas en cas d'acquisition d'une résidence secondaire ni aux investissements à but locatif.

L'âge du preneur d'assurance joue également : il doit avoir moins de 70 ans.

Droit à l'oubli sans obligation déclarative

En pratique, lors d'une demande d'assurance solde restant dû d'un crédit immobilier :

- le candidat preneur d'assurance a le droit de ne pas déclarer son cancer à condition que le protocole thérapeutique relatif à son cancer ait pris fin **depuis plus de dix ans** ; (depuis cinq ans pour les cancers diagnostiqués jusqu'à l'âge de 18 ans révolus) et **sans rechute**.
- les compagnies d'assurances s'engagent à ce qu'aucune information médicale relative à un cancer ne soit prise en compte dans l'acceptation du risque et dans le calcul des primes de l'assurance solde restant dû, à condition que le protocole thérapeutique relatif à ce cancer ait pris fin depuis plus de dix ans et sans rechute. (idem pour les cancers diagnostiqués jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, mais dont le protocole thérapeutique a pris fin depuis plus de cinq ans et sans rechute).

Droit à l'oubli avec obligation déclarative

Il existe une liste avec un certain nombre de cancers appelée *grille de référence (partie I)*, qui complète ce dispositif du droit à l'oubli. Cette grille se base sur la Grille de référence française en date du 16 juillet 2018.

Lors d'une demande d'assurance solde restant dû d'un crédit immobilier, la personne requérante guérie d'un cancer spécifique (dix types de cancer spécifiques) doit déclarer sa pathologie, mais si certaines conditions sont remplies, l'assureur ne peut pas exclure le candidat à l'assurance ou demander une surprime.

Le demandeur aura ainsi un délai d'accès à l'assurance solde restant dû, sans surprime, plus court (inférieur à dix ans, respectivement cinq ans, après la fin du traitement et sans rechute).

Si les conditions sont réunies, aucune information médicale relative à un cancer ne sera prise en compte dans l'accès à l'assurance et dans le calcul des primes de l'assurance solde restant dû.



Bon à savoir

Par fin de protocole thérapeutique, on entend : « la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire, hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie ».

Par rechute, on entend : « toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie. »



V. Adresses utiles

Caisse nationale de santé (CNS)

4, rue Mercier

L-2144 Luxembourg-Gare

Adresse postale: L-2980 Luxembourg

T 27 57-1

E par un [formulaire de contact](#)

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

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)

32, avenue Marie-Thérèse

L-2132 Luxembourg

T 45 16 81

E cmfep@secu.lu

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

1, boulevard Prince Henri

L-1724 Luxembourg

T 22 41 41 1

T 224141-6500

E juste par le site internet

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

Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

4, rue Mercier

L-2144 Luxembourg-Gare

B.P. 1342 L-1013 Luxembourg

T 24 76 75 00



**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

Conseil arbitral de la sécurité sociale (CASS)

271, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance (AEC)

4, rue Mercier
L-2144 Luxembourg-Gare
T 247-86 060
F 247-86 061
E secretariat@ad.etat.lu

SMA Service Moyens Accessoires

22-22, rue Geespelt
L-3378 Livange
T 40 57 33 1
F 40 95 17
Msg 621 340 257
E contact@sma.lu

ADEM

3a, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg
T 24 78 88 88
E par un [formulaire de contact](#)

ITM Inspection du Travail et des Mines

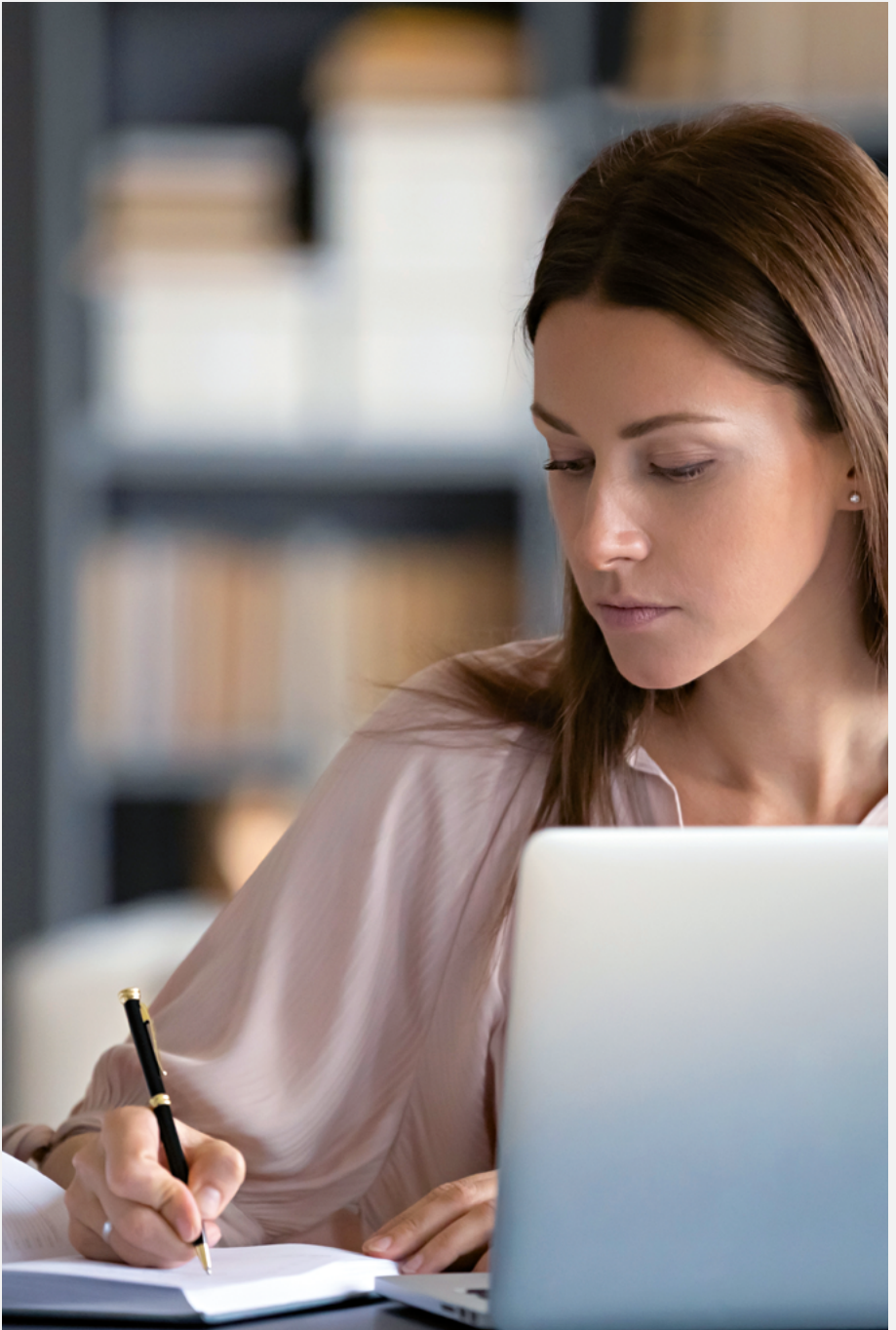
3, rue des Primeurs
L-2361 Strassen
T 247-76100
E via le [formulaire de contact](#)

FNS Fonds national de solidarité

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 info@fns.public.lu

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

11 Rue Robert Stumper,
L-2557 Gasperich Luxembourg
T 24 77 55 15
E info@mediateursante.lu



Patiente Verriedung

1B, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

T 49 14 57 1

E info@patienteverriedung.lu

Ombudsman Luxembourg

36, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 Luxembourg

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

**Centre Hospitalier Emile Mayrisch
(CHEM)**

Rue Emile Mayrisch

L-4240 Esch-sur-Alzette

T 57 11 1

Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)

4, rue Ernest Barblé

L-1210 Luxembourg

T 44 11 11

CHL Eich

L-1460 Luxembourg

T 44 11 12

Hôpital Kirchberg (HRS)

9, rue Edward Steichen

L-2540 Luxembourg

T 24 68 1

ZithaKlinik (HRS)

20-30 rue d'Anvers

L-1130 Luxembourg

T 28 88 1

Centre Hospitalier du Nord (CHdN)

120, avenue Salentiny

L-9080 Ettelbruck

E chdn@chn.lu

T 81 66 1

Centre François Baclesse (CFB)**Centre National de Radiothérapie**

Rue Emile Mayrisch

L-4005 Esch/Alzette

T 26 55 66 1

Haus Omega

80, rue de Hamm

L-1713 Luxembourg

E info@hausomega.lu

T 26 00 37 1



HELP – Doheem Versuergt

11 Place Francois-Joseph Dargent

L-1413 Luxembourg

E info@help.lu

Päiperléck S.à.r.l.

1b, rue Stohlbou

L-6181 Gonderange

E info@paiperleck.lu

Stëftung Hëllef Doheem

48a, avenue Gaston Diderich

L-1420 Luxembourg

E info@shd.lu

T 40 20 80

**Centre de réhabilitation
du Château de Colpach**

1, Am Schlasspark

L-8527 Colpach-Bas

T 27 55 43 00

E crcc@croix-rouge.lu

Aide familiale**Familljenhaus Zentrum**

29, rue de Mamer

L-8081 Bertrange

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339

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

**Ministère du Travail, de l'Emploi et de
l'Économie sociale et solidaire**

26, rue Sainte-Zithe

L-2939 Luxembourg

T 2478-6130

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

22, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

T 28 18 28 18 (central)



**Ministère de l'Environnement, du Climat
et du Développement durable**

Département des transports

4, place de l'Europe
L-1499 Luxembourg

Ministère de la sécurité sociale

26, rue Sainte Zithe
L-2763 Luxembourg

**Service d'accueil et d'information
juridique – Luxembourg**

Cité judiciaire - Bâtiment BC
L-2080 Luxembourg

**Service d'accueil et d'information
juridique – Diekirch**

Palais de justice de Diekirch - Salle
d'audience II EG21
4, place Guillaume
9280 Diekirch

Service de l'assistance judiciaire

45, allée Scheffer
L-2520 Luxembourg

**Arrondissement judiciaire de Diekirch
Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de
Diekirch**

B.P. 68
L-9201 Diekirch



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

Fondée en 1994 au Luxembourg, la Fondation Cancer œuvre inlassablement depuis plus de 30 ans dans le domaine de la lutte contre le cancer. À 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 événement de solidarité Relais pour la Vie. Toutes ces missions sont possibles grâce à la générosité de nos donateurs.

Pour suivre notre actualité, téléchargez une de nos brochures et restez en contact avec nous :
cancer.lu

Rejoignez-nous sur les réseaux sociaux :



@fondationcancer



@relaispourelavieuluxembourg



@fondationcancerluxembourg



Fondation Cancer Luxembourg



Fondation Cancer

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
cancer.lu