

Guia prático



Brochura para pacientes

Redação e editor

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

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

cancer.lu

Direitos de autor: Fondation Cancer

Fotografias: Istockphoto | Shutterstock

Esta brochura também está disponível
em alemão, inglês et francês.

Digitalize-me - Versão digital



Edição 2026

A forma masculina aplica-se por analogia à feminina como segue.

Na versão web desta brochura, cada menção sublinhada funciona como uma ligação clicável que lhe dá acesso a mais informações ou diretamente à fonte.

Prefácio

Caras leitoras, caros leitores,

Bem-vindos ao Guia prático. Esta brochura foi criada com um único objetivo:

fornecer-lhe respostas práticas a todas as perguntas que possa ter durante a sua luta contra o cancro.

Compreendemos que este período possa ser desconcertante, repleto de desafios organizacionais tanto a nível familiar como profissional. Por este motivo, reunimos informações úteis sobre as prestações das caixas de doença, os serviços de cuidados, a legislação laboral e os apoios financeiros.

Não hesite em contactar-nos se tiver alguma dúvida. Estamos aqui para o(a) acompanhar em cada etapa.

A equipa da Fondation Cancer

Sommaire

I.	Cuidados de Saúde	6
	Os serviços de oncologia dos hospitais luxemburgueses	7
	O médico de família	8
	O Dossier de Cuidados Partilhado - <i>Dossier de soins partagé</i> (DSP)	9
	Assistência e cuidados ao domicílio	10
	Tratamento no estrangeiro	13
	Reabilitação oncológica	18
	Cuidados paliativos	22
	Licenças extraordinárias	24
II.	Custos ligados ao cancro	26
	As modalidades de comparticipação das despesas pela CNS	26
	As despesas médicas e hospitalares	27
	Participação pessoal na aquisição de dispositivos médicos diversos e de medicamentos	31
	Os custos de transporte para os serviços de oncologia	36
	Aspetos fiscais	39
	Ajudas financeiras	40

III. Cancro e atividade profissional	41
Incapacidade para o trabalho	41
Regra das 78 semanas	46
Regresso ao trabalho	50
Como gerir o cancro no trabalho?	54
O desemprego	57
Invalidez e necessidades específicas	59
IV. Litígios e seguro	62
Em caso de litígio	62
Aspectos jurídicos: pareceres e assistência	64
Seguro de saldo em dívida Direito ao esquecimento - <i>Droit à l'oubli</i>	66
V. Endereços úteis	68



I. Cuidados de Saúde

Se reside e/ou trabalha no Grão-Ducado do Luxemburgo, está, em princípio, afiliado como beneficiário principal ou como co-beneficiário (membro da família do beneficiário principal) junto do Centro Comum da Segurança Social (*Centre Commun de la Sécurité Sociale*) (CCSS).

Desta forma, tem acesso aos diferentes serviços da segurança social (seguro de doença, caixa de seguro pensão, prestações familiares, etc.) no Luxemburgo e tem direito às prestações de saúde, de acordo com a caixa de doença do setor público ou privado, consoante a entidade patronal do beneficiário principal.

As pessoas que beneficiam de prestações específicas (por exemplo, indemnização pecuniária de doença, subsídios de desemprego...), bem como os estudantes com seguro obrigatório ou voluntário junto do CCSS, podem igualmente beneficiar das prestações do seguro de doença obrigatório.

Desde 2009, existem as seguintes caixas de doença no Luxemburgo:

- uma **caixa de doença do setor privado**, a Caixa Nacional de Saúde (*Caisse nationale de santé*) (CNS) ou *Gesondheetskass*;
- três **caixas de doença do setor público**, nomeadamente:
 - » a Caixa de Doença dos Funcionários e Agentes da Função Pública (*Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics*) (CMFEP);
 - » a Caixa de Doença dos Funcionários e Empregados Municipais (*Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux*) (CMFEC);
 - » a Assistência Médica Mútua da Sociedade Nacional dos Caminhos-de-Ferro Luxemburgueses (*Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois*) (EM-CFL).

A caixa de doença do setor privado (*Caisse de maladie du secteur privé*) (CNS) comparticipa, conforme os seus estatutos, os custos dos cuidados de saúde dos seus beneficiários.

As caixas de doença dos beneficiários do setor público (CMFEP, CMFEC e EM-CFL) aplicam os estatutos da CNS para a sua comparticipação nos custos dos cuidados de saúde.

Nota: para uma melhor legibilidade, utilizaremos o termo CNS nas explicações e procedimentos subsequentes. Os beneficiários das outras caixas de doença devem consultar a sua caixa de doença para os procedimentos exatos (por exemplo, envio de pedidos, dossiers, etc.).

Informações e contactos

ver em V. Endereços úteis p. 68

Os serviços de oncologia dos hospitais luxemburgueses

Todos os hospitais no Luxemburgo têm um serviço de oncologia. A seguir, encontrará a lista dos médicos destes serviços que acompanham os doentes com cancro.

Centro Hospitalar Emile Mayrisch – Centre Hospitalier Emile Mayrisch Esch/Alzette

Centro Hospitalar Luxemburgo – Centre Hospitalier Luxemburg Cidade do Luxemburgo

A Clínica da Mama obteve a certificação *OnkoZert* da Sociedade Alemã de Oncologia (*Deutsche Krebsgesellschaft – DKG*) como Centro de Excelência para o Cancro da Mama.

Hospitais Robert Schuman Cidade do Luxemburgo (Zitha e Kirchberg) – Hôpitaux Robert Schuman Luxembourg- Ville (Zitha & Kirchberg)

O *Prostatakarzinomzentrum* do HRS obteve a certificação *OnkoZert* da Sociedade Alemã de Oncologia (*Deutsche Krebsgesellschaft – DKG*) como Centro de Excelência para o Cancro da Próstata.

Centro Hospitalar do Norte Ettelbruck – Centre Hospitalier du Nord Ettelbruck

Centro François Baclesse Esch/Alzette – Centre François Baclesse Esch/Alzette (=Centro Nacional de Radioterapia – Centre National de Radiothérapie)

É evidente que outros médicos especialistas intervêm no tratamento do seu cancro, consoante o tipo de cancro: cirurgiões, ginecologistas, urologistas, gastroenterologistas, etc.



Nota importante

Para participar enquanto doente em ensaios clínicos em curso, pode consultar a tabela publicada pelo Comité Nacional de Ética de Investigação (*Comité National d’Ethique de Recherche*) (CNER). De salientar que os estudos apresentados neste quadro não dizem respeito apenas ao cancro.

Informações e contacto

CNER

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

E contact@cner.lu



O médico de família - *Le médecin référent*

O tratamento do seu cancro caracteriza-se por uma grande complexidade. Vai realizar uma série de exames e intervenções. Está em contacto com os oncologistas, os radioterapeutas, os anatomopatologistas, outros médicos (especialistas), assim como profissionais de saúde e sociais. O seu percurso como doente exige uma coordenação estreita quanto ao desenrolar e aos fluxos de informação entre os intervenientes e você.

Tem a possibilidade de ser acompanhado por um **médico de família** no âmbito da sua doença. Este coordena todo o seu tratamento e desempenha um papel principal na monitorização da evolução da sua saúde. No caso de doenças e tratamentos complexos, vários médicos de especialidades diferentes intervêm, o que pode ser desestabilizador para alguns doentes.

O médico de família apoia-o, aconselha-o e orienta-o ao longo de todo o seu tratamento.

Quem pode ser o meu médico de família?

É você quem escolhe o seu médico de família. Deve ser um médico de clínica geral que preste cuidados de saúde primários em ambiente extra-hospitalar.

Deve ser o médico que lhe seja mais facilmente acessível e que consulte em prioridade. (Saiba que o médico não é

obrigado a tornar-se o seu médico de família – ele também pode recusar.)

Assina em conjunto com o seu médico uma declaração de médico de família. O médico de família preenche a declaração consigo e envia-a para a CNS. É criado um número de processo e você fica registado no sistema de médico de família.

Posso revogar a declaração de médico de família?

A relação médico de família-doente é criada por um período indeterminado. No entanto, a qualquer momento, pode revogar a declaração à CNS.

Informações e contacto

CNS - Serviço Médico de Família – Service médecin référent

T 27 57-46 50

F 27 57-46 00

E através de um [formulário de contacto](#)



O Dossier de Cuidados Partilhado - *Le Dossier de soins partagé* (DSP)

O *Dossier de Cuidados Partilhado* (DSP) é uma ferramenta importante para a coordenação entre vários médicos de diferentes especialidades. O objetivo é garantir um acompanhamento médico de excelência, tendo em conta o seu estado de saúde.

O que é um DSP e qual é o seu papel?

Para cada doente, um DSP é criado pela Agência eSanté (*Agence eSanté*). Pode, portanto, mesmo sem utilizar o sistema de médico de família, ativar e utilizar um DSP e conceder acesso aos seus vários médicos para que possam registar informações.

O DSP é o seu processo clínico pessoal digitalizado, que contém dados sobre a sua saúde, doenças e tratamentos. O DSP está protegido por um sistema de palavra-passe.

Você, o seu médico de família, os seus médicos especializados (a quem decidiu dar ou não acesso ao seu DSP) podem trocar informações e coordenar os cuidados médicos.

Quando utilizar o DSP no âmbito do sistema de médico de família, o médico de família

deve elaborar um resumo clínico do paciente (no máximo três meses após a declaração de médico de família).

A CNS adiciona a esse resumo uma lista de todas as prestações e exames. Assim, é possível ter uma visão global dos dados da sua saúde e dos seus tratamentos. O resumo clínico do paciente é regularmente atualizado pelo médico de família.

Como é garantida a segurança dos dados?

Os dados são armazenados num "Cofre de Saúde" virtual localizado no Luxemburgo. As informações são transmitidas de forma segura e armazenadas em formato criptografado. Para ler, recuperar ou enviar informações sobre o paciente, é necessária uma identificação altamente robusta do utilizador (através de uma palavra-passe única, como no acesso a serviços bancários). Além disso, o profissional de saúde em questão deve estar registado no registo nacional dos profissionais de saúde. É você, o paciente, quem dá aos outros utilizadores o direito de acesso ou não ao seu DSP.

Informações e contacto

Helpdesk da Agência eSanté

T 27 12 50 18 33

E helpdesk@esante.lu



Assistência e cuidados ao domicílio

Os serviços de cuidados ao domicílio, regidos por diferentes serviços como a *Aide Familiale* e algumas comunas, podem enviar profissionais para realizar as tarefas diárias por si em caso de doença. Dirija-se ao serviço da sua escolha ou ao/à assistente social da sua comuna, que poderá informá-lo sobre as prestações e/ou ajudas disponíveis.

Preciso de apoio domiciliário e/ou de uma pessoa para cuidar dos meus filhos. A quem posso recorrer?

Ajuda familiar clássica

O serviço *Aide familiale* oferece uma ajuda familiar prática. O serviço destina-se a famílias/pessoas com menos de 65 anos em caso de doença, deficiência ou outros fatores sociais, e propõe, a curto prazo ou por um período limitado, ajuda doméstica, bem como apoio na guarda das crianças.

Com uma receita médica que certifique a necessidade de ajuda prática em casa devido à sua doença ou tratamento, pode beneficiar de uma tarifa social ajustada aos seus rendimentos.

Se não estiver em condições de pagar essas despesas, informe-se junto do(a) assistente social da sua comuna, pois existem várias soluções disponíveis.

Contacto

Ajuda familiar

Familljenhaus Zentrum

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339



Ajuda familiar reservada aos pais com filhos pequenos

Pode também recorrer à Fondation Cancer que, em conjunto com a *Europa Donna* e Arcus oferece um serviço de apoio familiar **gratuito**. Qualquer doente que esteja em tratamento oncológico, progenitor de uma criança dos 0 aos 13 anos e residente no Luxemburgo, pode beneficiar deste serviço.

A ajuda pode ser prestada por um máximo de três meses consecutivos e por uma duração máxima de 10 horas por semana, de segunda a sábado, entre as 6h e as 22h, excluindo os feriados.

Os profissionais mandatados apoiarão as famílias acompanhando as crianças na vida quotidiana, bem como nos deslocamentos escolares e extra-escolares; também fornecerão vigilância no acompanhamento dos trabalhos de casa e poderão ainda auxiliar a família na manutenção do lar e na preparação das refeições.



Para beneficiar deste serviço cofinanciado pela *Europa Donna Luxembourg* e pela *Fondation Cancer*, as pessoas em questão poderão entrar em contacto através do e-mail fondation@cancer.lu ou pelo telefone T 45 30 331.

Preciso de ajuda e cuidados em casa. A quem posso recorrer?



Várias redes de apoio e cuidados oferecem serviços ao domicílio. Algumas destas prestações, se preencher certos requisitos, estão cobertas pela CNS, outras pelo seguro de dependência.

Para obter a ajuda de um enfermeiro (para fazer curativos ou injeções) ou de um auxiliar de enfermagem para as tarefas diárias (para se levantar, tomar banho ou vestir-se), dirija-se às redes de apoio e cuidados.

O ideal é verificar com o serviço de cuidados se pode fazer um pedido de seguro de dependência.

Os serviços de cuidados ao domicílio terão em conta as suas necessidades individuais e oferecer-lhe-ão serviços adaptados às suas

necessidades; discutirão consigo a cobertura dos custos.



Nota importante

Os cuidados médicos prescritos pelo seu médico, como injeções e curativos, são cobertos pela CNS.

A cobertura **dos custos de cuidados/ajuda** no dia a dia pelo seguro de dependência só é possível sob determinadas condições:

- deve precisar de cuidados diários durante pelo menos 3,5 horas por semana, e isto durante pelo menos seis meses. Isto engloba a higiene corporal, a mobilidade ou a nutrição (por exemplo, para se lavar, levantar, vestir e/ou ajudar a comer);
- os profissionais da Unidade de Avaliação e Orientação (*Cellule d'évaluation et d'orientation*) (CEO) do seguro de dependência irão avaliar a necessidade da ajuda solicitada e elaborar um plano de cuidados e apoio adaptado às suas necessidades individuais, que será enviado após a avaliação. Os custos são então cobertos retroativamente a partir da data do pedido pelo seguro de dependência.

Se precisar de serviços de cuidados (por exemplo, ajuda para se lavar ou vestir) que não sejam cobertos pelo seguro de dependência, esses serviços são da sua responsabilidade. Informe-se junto do serviço de cuidados ao domicílio se pode beneficiar de uma tarifa social (em função dos seus rendimentos).

Se o seu caso apenas exigir prestações relacionadas com o seguro de saúde

(injeções, curativos) e se tiver uma receita médica, pode, além dos cuidados ao domicílio acima mencionados, recorrer aos serviços de um enfermeiro independente.

Informações e contacto

Administração de Avaliação e Controlo do Seguro – Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance (AEC)

T 247-86 060

F 247-86 061

E secretariat@ad.etat.lu

Para qualquer questão relacionada com as prestações do seguro de dependência, dirija-se a:

CNS/Pedidos de prestações do seguro de dependência – Demandes prestations assurance dépendance

T 27 57-46 05 / 46 07

F 27 57-46 19

E através de um [formulário de contacto](#)

Prestadores de cuidados ao domicílio

Para os diferentes prestadores de cuidados ao domicílio, pode encontrar os endereços no Editus em: [apoio ao domicílio - aide à domicile](#).

Enfermeiros independentes

Para os enfermeiros independentes, pode encontrar os endereços no [Editus](#) em: [enfermeiros e auxiliares privados - infirmières et gardes-malades privées](#).



Tratamento no estrangeiro

Para os tratamentos no estrangeiro, distinguem-se os países membros da União Europeia (UE), do Espaço Económico Europeu (EEE) (Islândia, Liechtenstein, Noruega), a Suíça e os países fora da UE, EEE e Suíça. Para estes últimos, também se faz uma distinção entre os países que têm uma convenção bilateral com o Luxemburgo e os países terceiros não convencionados. Para esta rubrica, fazemos referência apenas aos países da UE, do EEE e da Suíça.

Para o tratamento no estrangeiro, faz-se a distinção entre **cuidados de urgência** e os **cuidados programados**.

Tenho que seguir um tratamento médico programado no estrangeiro. A que devo prestar atenção? Quem assume os custos?

No caso de um tratamento **em regime de internamento** (pelo menos uma noite em hospital) no estrangeiro, é obrigatório pedir a autorização prévia à CNS para que esta assuma os custos do tratamento. Da mesma forma, é obrigatório pedir a autorização prévia para um tratamento **ambulatorio** planeado, desde que seja necessário um equipamento altamente especializado e dispendioso.

- É necessário o pedido de transferência para o estrangeiro, formulário S2, do seu médico de clínica geral ou especialista.

- Este pedido deve ser enviado por correio, fax ou e-mail para a CNS, serviço de transferências para o estrangeiro, e será posteriormente enviado para o CMSS para aprovação.

- O acordo será enviado pelo CMSS. Existem dois tipos de aprovação possíveis:

» **Acordo sob a forma do formulário S2**

Acordo para a cobertura das despesas do tratamento planeado nas mesmas condições de cobertura e com as mesmas taxas que os beneficiários sociais do país de tratamento.

Normalmente, existe uma cobertura pelos custos do tratamento por intermédio de pagamento direto por uma caixa de doença do país da estadia. Pode acontecer que os custos cobrados ultrapassem os preços convencionados (por exemplo, no caso de prestações opcionais, cobertura pelo chefe de clínica, suplemento para quarto individual ou duplo, etc.). Se for o caso, pode informar-se junto do seu seguro de saúde complementar sobre uma eventual comparticipação.

» **Acordo tipo diretiva 2011/24**

Se o prestador de cuidados de saúde no estrangeiro não for convencionado ou se optar por receber tratamento fora do sistema de saúde do país de residência. Da mesma forma, se se tratar de uma consulta ou exame simples. Neste caso, a CNS emite um título de comparticipação. Deve pagar integralmente os cuidados prestados pelo prestador de serviços e será reembolsado pela CNS até aos limites dos valores e taxas luxemburguesas (sem ultrapassar os custos reais incorridos).



Conselhos

Se o custo do tratamento for mais elevado no país onde os cuidados foram prestados do que no Luxemburgo (devido aos diferentes tarifários legais em vigor nos diversos países), poderá ser solicitado um reembolso complementar junto da CNS.

O que deve verificar antes do seu tratamento no estrangeiro:

- informe-se junto do prestador de cuidados no estrangeiro se o formulário S2 é aceite e se as medidas necessárias para a transferência para a caixa de doença do país foram iniciadas. Se o prestador de cuidados no estrangeiro não se encarregar dessa missão administrativa, seria aconselhável informar-se junto de uma caixa de doença do país se o formulário S2 pode ser entregue. Em alguns casos, a caixa de doença verifica as condições necessárias para a cobertura dos custos dos cuidados médicos (por exemplo, no caso de tratamentos ou exames que exigem uma autorização prévia no país de tratamento);
- indique claramente, aquando da sua admissão no hospital ou na consulta médica, que se apresenta no âmbito do formulário S2 e que deve ser considerado como um beneficiário do país. Certifique-se de que as prestações individuais opcionais (por exemplo, quarto individual, acompanhamento pelo chefe de serviço, etc.) só sejam

realizadas com o seu consentimento;

- se o prestador estrangeiro não aceitar o formulário S2, terá de pagar os custos e solicitar o reembolso junto da CNS no Luxemburgo, tal como previsto no âmbito do acordo da diretiva 2011/24. Em caso de tratamento em regime de internamento numa unidade conveniada, o prestador deverá tratar ele próprio da cobertura dos custos junto da caixa de seguro de doença do país em questão. Caso receba uma fatura, pode solicitar diretamente ao prestador que faça o acerto de contas com a caixa de seguro de doença em questão e também pode recorrer ao serviço internacional da CNS, que tentará então obter um acerto de contas direto com o prestador estrangeiro;
- no âmbito do acordo da diretiva 2011/24 / título de cobertura de despesas, é aconselhável informar-se previamente junto do prestador no estrangeiro sobre os custos do tratamento, uma vez que as tarifas praticadas nesse país podem ser muito diferentes das aplicadas no Luxemburgo.



Conselhos

- **Aguarde pela autorização do CMSS antes de se deslocar ao estrangeiro para receber cuidados médicos.**
- **Em caso de transferência de última hora/em situação de urgência no estrangeiro, o seu médico especialista pode apresentar o pedido de autorização por fax com a menção**

"urgente" ao serviço de transferências para o estrangeiro da CNS, para que este possa ser tratado com a maior celeridade possível e reenviado a si ou ao seu médico assistente.

Em caso de recusa, pode apresentar uma contestação por escrito junto do Conselho de Administração da CNS no prazo de 40 dias.

Tenho de me deslocar ao estrangeiro para uma consulta médica pontual ou um exame médico. Preciso de um acordo prévio e quem assume os custos?

Neste caso, não precisa de um acordo prévio. Pague diretamente os custos médicos ao prestador e, posteriormente, solicite **um reembolso junto da CNS, de acordo com as tarifas e taxas luxemburguesas.**

Peça ao prestador no estrangeiro que faça uma descrição detalhada dos cuidados prestados, em vez de utilizar apenas um código, para que a tarifa luxemburguesa possa ser aplicada.

Verifique a tarifa da sua consulta ou do seu tratamento e se podem ser aplicados custos adicionais.

Preciso de ajuda médica de urgência. Como é que a cobertura dos custos é gerida?

Se se encontrar no estrangeiro (por exemplo, de férias), os cuidados médicos necessários são cobertos pelo Cartão Europeu de Seguro de Doença.

Desde que apresente este cartão ou um documento equivalente, **tem direito aos mesmos cuidados de saúde que os beneficiários do país.**

Os custos de transporte durante um tratamento no estrangeiro ficam a meu cargo?

A cobertura das despesas de transporte no estrangeiro requer uma autorização prévia e deve ser solicitada ao CMSS. As despesas de transporte são cobertas apenas para uma distância máxima de 400 km (ida). Em casos excepcionais, até 600 km (ida), as despesas podem ser cobertas.

Cobertura da CNS para:

- transporte em ambulância: 70 % do preço;
- transporte em ambulância-táxi ou transporte em carro particular: 0,21 €/km (situação de 2023);
- transportes públicos: com base nas despesas realizadas.

Precauções

- O seu médico deverá fazer o pedido no verso do formulário de transferência (S2). Ele tem a possibilidade de assinar e justificar o meio de transporte (por exemplo, ambulância, ambulância-táxi, transporte aéreo). O pedido é enviado ao CMSS para aprovação.
- Se não precisar de regressar ao Luxemburgo no mesmo dia, deverá solicitar autorizações separadas para o transporte de ida e de volta. Se

realizar uma ida e volta no mesmo dia, por exemplo, para uma quimioterapia, isso não será necessário.

- Se utilizar o seu carro para os trajetos ou se for transportado por terceiros em carro particular, ou ainda se utilizar transportes públicos, e se os seus cuidados de saúde tiverem sido autorizados pelo CMSS (acordo S2 concedido), pode solicitar o reembolso das despesas de viagem à CNS. Deve certificar a sua presença junto do prestador de cuidados de saúde no estrangeiro. Envie este certificado ao serviço de reembolso de despesas de viagem no âmbito do S2 da CNS.
- Se for uma simples consulta no caso de um serviço no estrangeiro (por exemplo, para um diagnóstico ou controle), a CNS reembolsa apenas o transporte em ambulância em posição deitada. Não é necessário solicitar um S2. Basta que o seu médico assistente emita uma receita para esse efeito.



Conselhos

Em caso de transferência de última hora/ urgência no estrangeiro, o seu médico especialista tem a possibilidade de submeter o pedido para aprovação por fax com a nota "urgente" ao serviço de transferências para o estrangeiro da CNS, para que o mesmo seja tratado o mais rapidamente possível e enviado a si ou ao seu médico assistente.

Também é possível submeter o pedido por correio ou por e-mail, mas o pedido chega mais rapidamente ao serviço competente da CNS quando é enviado por fax.

Uma pessoa acompanhar-me-á durante o tratamento ao estrangeiro. Os custos decorrentes deste acompanhamento ficam a meu cargo?

Aquando de um tratamento ao estrangeiro, os custos de estadia (alojamento, refeições) da pessoa que acompanha o doente são cobertos de acordo com as tarifas aplicáveis aos beneficiários sociais do país em questão. Na ausência de uma tarifa desse tipo (a ser solicitada ao hospital/prestador ou à caixa de doença competente do país de tratamento), os custos serão cobertos pela CNS à tarifa em vigor (92,14 €/dia, situação de 2023).



Precauções

- Deve tratar-se de um tratamento médico hospitalar ou de uma consulta médica autorizada pelo CMSS.
- O médico assistente no estrangeiro deve justificar por escrito a necessidade de tal acompanhamento. Deve adicionar este documento ao seu correio para a CNS para o reembolso das despesas de estadia.

Para o acompanhamento de crianças menores, nenhuma autorização é necessária.

Informações e contacto

CNS - Serviço de transferência para o estrangeiro – Service transfert à l'étranger

T 27 57-43 00

F 27 57-43 09

E através de um formulário de contacto

CNS Serviço de reembolso internacional – Service remboursement internationaux

T 27 57-49 60

E através de um formulário de contacto



Reabilitação oncológica

O cancro e os seus tratamentos provocam frequentemente efeitos secundários a nível físico e psíquico. A reabilitação oncológica permite melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. Facilita o regresso à vida quotidiana e, se for o caso, a retoma da atividade profissional.

Preciso de sessões de fisioterapia ou de massagem. Essas prestações são reembolsadas pela CNS?

Para que os custos de tratamento possam ser cobertos pela CNS, é necessário uma receita médica padronizada que informe sobre a doença em questão, o número e a frequência das sessões de tratamento, bem como informações sobre o tratamento prescrito.

O número de sessões de tratamento prescritas depende da sua doença.

O número máximo de sessões cobertas pela CNS com receita médica varia conforme o tipo de tratamento:

- 8 sessões no máximo em caso de patologia comum;
- 64 sessões no máximo em caso de patologia grave;
- 32 sessões no máximo em caso de reabilitação pós-cirúrgica.

As patologias graves estão definidas no anexo G dos estatutos da CNS e também

estão indicadas no verso da receita médica padronizada.

A taxa de comparticipação das despesas é fixada em 70 % para os atos relacionados com uma patologia comum. Os tratamentos no âmbito de uma patologia grave ou de uma reabilitação pós-cirúrgica, assim como os tratamentos para crianças com menos de 18 anos, são comparticipados a 100 %.

Exemplos específicos

• Precisa de drenagem linfática após o tratamento de um cancro da mama.

Após um tratamento cirúrgico ou radioterapia devido a um cancro da mama, o seu médico pode prescrever-lhe sessões de drenagem linfática para prevenir o inchaço dos braços. Essas sessões são comparticipadas a 100 % pela CNS.

• Precisa de reabilitação após o tratamento de um cancro da próstata.

Após o tratamento de um cancro da próstata, a qualidade de vida pode ser afetada por incontinência, mais ou menos grave. Sessões de reabilitação pélvica permitem fortalecer o esfíncter uretral ou a musculatura perineal e recuperar o controlo da bexiga. O seu médico aconselhará a fisioterapia adequada. Em geral, quando uma intervenção cirúrgica foi realizada anteriormente, a CNS cobre 100 % dos custos.





Nota importante

- Você ou o seu fisioterapeuta devem enviar a receita médica para autorização à CNS. A CNS enviar-lhe-á um documento de comparticipação.
- Se o fisioterapeuta vier ao domicílio, a CNS cobre uma tarifa fixa (12,88 €, situação em setembro de 2023). O seu médico deve indicar na receita médica que é necessário realizar as sessões no domicílio.
- Modalidades de comparticipação:
 - » Pelo sistema de terceiro pagador - *systeme du tiers payant*

Só paga a participação estatutária pessoal ao fisioterapeuta. Este enviará uma fatura à CNS no final do tratamento para receber a parte comparticipada pela CNS. O seu fisioterapeuta entrega-lhe a receita médica com uma nota de honorários que mostra a sua participação pessoal e a parte dos custos comparticipados pela CNS.

O sistema de terceiro pagador só pode ser aplicado se o fisioterapeuta enviar diretamente a receita médica para aprovação à CNS. Se solicitar a aprovação pessoalmente, terá de pagar a fatura do fisioterapeuta e solicitar o reembolso à CNS. Atenção, as prestações devem ser realizadas no Luxemburgo.

- » suporte antecipado da totalidade dos custos.

Recebe do seu fisioterapeuta uma fatura onde consta o montante total. Após pagar a fatura, pode enviá-la à CNS para reembolso.

O que a Fondation Cancer propõe:

A Fondation Cancer oferece aulas de atividades físicas para doentes com cancro: aulas de ginástica, aulas de despertar muscular e de yoga, entre outras.

No seguinte link, encontrará as ofertas desportivas gratuitas, bem como outros [curios e grupos da Fondation Cancer](#).

Encontrará [também outras ofertas](#) na *Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs Oncologiques a.s.b.l.* (ALGSO).

Desejo seguir um programa de reabilitação/uma cura. O que é preciso saber?

No Luxemburgo, existem programas de readaptação oncológica ambulatória ou em regime de internamento. Estes serviços, pluridisciplinares, incluem várias medidas, tais como fisioterapia, terapia desportiva, aconselhamento nutricional, psico-oncologia e aconselhamento social.

Reabilitação pós-oncológica

O Centro de Reabilitação do Castelo de Colpach (*Centre de réhabilitation du Château de Colpach*) (CRCC) alberga o Serviço Nacional de Reabilitação Pós-Oncológica (*Service National de Réhabilitation Post-Oncologique*) (SNRPO) e oferece acompanhamento hospitalar a doentes com cancro, com uma vasta gama de serviços. Existem 20 lugares disponíveis.

No CRCC, os doentes que sofrem das sequelas da doença ou do tratamento podem beneficiar de uma reabilitação pós-oncológica em ambiente hospitalar. A estadia de reabilitação dura entre 21 dias

e um máximo de 30 dias. A recuperação, a melhoria das limitações funcionais, o aumento da autonomia e uma melhoria global da qualidade de vida são as prioridades desta reabilitação.

Uma equipa pluridisciplinar (médico, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, serviço psicossocial, etc.) acompanha os doentes com um programa de cura personalizado, elaborado após uma análise das necessidades .



Nota importante

O seu médico assistente envia um pedido de admissão ao *Centre de Réhabilitation de Colpach*. Pode utilizar o formulário disponível no site.

O médico do centro analisará o pedido e aprová-lo-á, se for o caso.

A CNS cobrirá os custos de reabilitação, exceto uma participação pessoal de cerca de 25,50 € por dia, situação de 2023.



Contacto

Centro de Reabilitação do Castelo de Colpach – Centre de réhabilitation du Château de Colpach

T 27 55 43 00

E crcc@croix-rouge.lu

Cura termal - Cure thermale

Tem a possibilidade de fazer uma cura termal no *Domaine thermal Mondorf* em Mondorf-les-Bains.

Precauções

- É necessária uma recomendação do seu médico assistente.
- Marque uma consulta com um dos médicos do *Domaine thermal Mondorf*.
- O médico do *Domaine Thermal* apresenta o pedido de autorização junto da CNS.
- Após a aprovação da CNS, receberá um título de comparticipação válido por um anon.
- Pagará a sua estadia (despesas de hotel) e será rereembolsado pela CNS, com base num valor fixo diário num hotel autorizado pela CNS.
- A CNS comparticipa até 87,40 % das despesas com tratamentos termais.

O *Domaine thermal Mondorf* trata diretamente desta parte com a CNS. O valor restante, a seu cargo, deve ser pago no local, no primeiro dia da sua estadia.

Para mais informações, contacte:

Contacto

Mondorf Domaine Thermal

T 23 666-800

F 23 666 -557

E domaine@mondorf.lu

Posso fazer uma estadia de reabilitação oncológica no estrangeiro?

A reabilitação oncológica no estrangeiro só pode ser considerada se os cuidados específicos necessários não puderem ser prestados no Luxemburgo.

É necessário um parecer favorável do CMSS. No entanto, saiba que as autorizações são raras.



Cuidados paliativos

Quando um doente se encontra numa situação médica sem solução, na sequência de um cancro, podem ser prestados cuidados paliativos à pessoa em fim de vida, com o objetivo de aliviar a dor e manter uma certa qualidade de vida.

Para beneficiar de cuidados paliativos, deve consultar previamente o seu médico assistente, que deverá apresentar uma declaração ao Controlo Médico da Segurança Social (*Contrôle médical de la Sécurité Sociale*). Essa declaração é feita através de um formulário especial, no qual são especificadas as condições de atribuição do direito aos cuidados paliativos.

O Controlo Médico tomará então uma decisão sobre a elegibilidade médica da declaração, após ter consultado os médicos signatários. Após essa validação, o direito aos cuidados paliativos é concedido por um período de 35 dias. Esse período pode ser renovado por um ou mais períodos adicionais de **35 dias**, e isto exclusivamente por iniciativa devidamente fundamentada do médico assistente.

A CNS emitirá então um título de comparticipação, que será enviado ao médico de família e aos prestadores envolvidos nos cuidados ao doente. O médico deverá anexar esse título de comparticipação ao caderno de cuidados.

Os cuidados paliativos podem ser prestados no **hospital**, num estabelecimento convencionado ao abrigo das leis do seguro de doença e do seguro de dependência, ou **no domicílio**. As redes de cuidados e os hospitais dispõem de **equipas móveis** de cuidados paliativos.

A oferta de cuidados paliativos no Luxemburgo

Unidades de cuidados em regime de internamento:

Centro Hospitalar do Luxemburgo – Centre Hospitalier de Luxembourg
(Unidade de cuidados com dez camas e equipa móvel)

CHL Eich

E pallia.sec@chl.lu

T 44 11 79 03

Centro Hospitalar do Norte – Centre Hospitalier du Nord

(Unidade de cuidados com dez camas e equipa interna e externa)

CHdN

E chdn@chdn.lu

T 81 66 51 530

Centro Hospitalar Emile Mayrisch – Centre Hospitalier Emile Mayrisch

(Unidade de cuidados com oito camas)

CHEM Bâtiment Mineur, niveau 3

T 57 11 33 001



Haus Omega

(Centro de cuidados paliativos com
15 camas)

E info@hausomega.lu

T 26 00 37 1

Hospitals Robert Schuman –**Hôpitaux Robert Schuman**

(Unidade de cuidados com oito camas)

ZithaKlinik

T 28 88 40 23

Cuidados ao domicílio:**HELP – Doheem Versuergt**

Equipa Cuidados Paliativos

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



Licenças extraordinárias

Os trabalhadores assalariados têm direito a dois tipos de licenças excepcionais: a **licença de cuidador** e a **licença de acompanhamento de uma pessoa em fim de vida**, a fim de cuidar de um ente querido.

Licença de cuidador

Uma licença extraordinária de cuidador pode ser concedida por um período máximo de **cinco dias**, dentro de um período de referência de 12 meses, caso um membro da família ou uma pessoa que viva na mesma residência precise de cuidados pessoais ou assistência pessoal por **razões médicas graves**, confirmada por um médico.

Deve informar a sua entidade patronal no primeiro dia e, o mais tardar, no terceiro dia de ausência, sendo obrigado a entregar à sua entidade patronal um atestado médico e um documento que comprove o seu vínculo de parentesco com a pessoa necessitada ou a concordância dos respetivos locais de residência.

Informações e contacto

Ministério do Trabalho, do Emprego e da Economia Social e Solidária – *Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire*

Serviço licenças extraordinárias

T 2478-6130

Licença de acompanhamento de uma pessoa em fim de vida

A licença de acompanhamento de uma pessoa em fim de vida pode ser solicitada por qualquer pessoa que trabalhe, quando um dos seus familiares sofre de uma **doença grave em fase terminal**. A duração da licença de acompanhamento não pode exceder **cinco dias úteis** (ou 40 horas) por ente querido e por ano. A licença termina na data de falecimento do ente querido.

O requerente deve informar a sua entidade patronal desde o primeiro dia.

Deve também preencher um formulário de pedido de licença de acompanhamento de uma pessoa em fim de vida, que deverá enviar, juntamente com o atestado para a concessão de licença de acompanhamento emitido pelo médico do paciente, para a CNS.

A CNS enviará, como confirmação da concessão da licença, **um boletim de acompanhamento que inclui, entre outros, um Comprovativo de ausência para a licença de acompanhamento** a entregar à entidade patronal.

Informações e contacto

CNS - Indemnizações pecuniárias – *CNS - Indemnités pécuniaires*

T 27 57 - 1





II. Custos ligados ao cancro



As modalidades de comparticipação das despesas pela CNS

Regra geral, a comparticipação das despesas com cuidados de saúde baseia-se no **princípio do pagamento antecipado pelo utente**. Com este princípio, paga antecipadamente a fatura recebida. As despesas com os cuidados de saúde são depois, consoante o tipo de cuidados (por exemplo, prestações ambulatoriais ou em regime de internamento), reembolsadas parcial ou totalmente pela CNS.

O **sistema do terceiro pagador - *système du tiers payant*** prevê, para determinados tipos de cuidados (por exemplo, medicamentos, despesas hospitalares, fisioterapia, etc.), que esses custos sejam pagos diretamente pela CNS aos prestadores de cuidados. Nestes casos, o utente apenas suporta uma parte das despesas (a sua participação estatutária pessoal), que não é comparticipada pela CNS.

Para que a CNS assuma os custos relacionados com os cuidados de saúde, é necessário que estes:

- estejam previstos nos estatutos da CNS;
- estejam mencionados no Código da Segurança Social, inscritos nas nomenclaturas ou nas listas/ficheiros da CNS.

O reembolso das consultas médicas fora de um tratamento hospitalar é de 88 % da tarifa oficial. O custo da quimioterapia, imunoterapia, terapêutica dirigida e da radioterapia é totalmente suportado.

Caso esteja afiliado a um seguro complementar (por exemplo, *Caisse médico-complémentaire mutualiste*), poderá ter direito a reembolsos ou coberturas adicionais. Por favor, verifique esta possibilidade junto do seu seguro complementar.



- provenham de prestadores que tenham assinado uma convenção com a CNS;

Despesas hospitalares e de tratamento

A partir do momento em que é anunciado o diagnóstico de cancro, surgem inevitavelmente questões relacionadas com os custos associados à doença. Nesta secção, encontrará respostas às perguntas mais frequentes sobre despesas médicas e hospitalares.

Estou hospitalizado num quarto *standard*. Quais são os custos a meu cargo?

A partir do momento em que a sua estadia no hospital ultrapassa três dias, considera-se que se trata de um “tratamento hospitalar”. Deve pagar uma parte das despesas de alojamento: 25,50 €/dia num quarto convencional (situação em setembro de 2023). Este valor aplica-se a cada dia de hospitalização iniciado, até ao máximo de 30 dias por ano civil.

De forma geral, as faturas da sua estadia hospitalar (consultas médicas, exames, etc.) serão enviadas diretamente pelo hospital à CNS. Se, no entanto, receber faturas relacionadas com o seu tratamento hospitalar, tem as seguintes opções:

- paga a(s) fatura(s) e envia-a(s) à CNS para reembolso (100 %);
- se o montante da fatura for superior a 100 €, pode pedir ao médico que a envie diretamente à CNS para pagamento.

Estou hospitalizado num quarto individual. Quais são os custos a meu cargo?

Em caso de hospitalização num quarto individual (quarto com uma só cama), as despesas de estadia, bem como os custos das consultas médicas, tratamentos ou intervenções cirúrgicas, são mais elevados do que num quarto convencional. Este custo adicional fica a seu cargo. O suplemento para um quarto individual varia consoante o tipo de quarto. Além disso, os atos e serviços médicos têm um acréscimo de 66 % em relação à tarifa aplicada num quarto convencional. Se tiver um seguro complementar, informe-se sobre as eventuais coberturas adicionais.

Estou a seguir um tratamento ambulatorio. Quais são os custos a meu cargo?

Num tratamento ambulatorio, ou seja, quando não está hospitalizado, mas desloca-se ao hospital apenas para realizar o tratamento, as faturas relativas às consultas médicas e aos exames são enviadas para sua casa, devendo pagá-las antes de pedir o reembolso à CNS.

Em geral, os tratamentos do cancro (por exemplo, quimioterapia, radioterapia, etc.) são faturados diretamente pelo hospital à CNS (sistema de terceiro pagador - *système tiers payant*). Se tal não acontecer, pode pedir ao seu médico para enviar as faturas diretamente à CNS.



O que fazer se o montante de uma fatura de um exame ou de um tratamento for tão elevado que não consiga pagá-lo?

Se receber uma fatura médica que ultrapasse as suas capacidades financeiras por se encontrar temporariamente numa situação económica precária, a CNS pode, mediante pedido devidamente fundamentado, pagar diretamente a fatura ao prestador.

Para isso

- Deve tratar-se de despesas com tratamentos reembolsáveis pela CNS.
- O montante da fatura médica deve exceder os 250 €. A fatura não pode ter mais de três meses. Deve ser feito um pedido para cada fatura médica.

A CNS pagará ao prestador o montante que lhe teria sido reembolsado se tivesse pago a fatura por conta própria. Nessa situação específica, receberá da parte da CNS um extrato indicando, por um lado, o montante já transferido pela CNS e, por outro, o montante que ainda deve pagar ao prestador (a sua participação estatutária pessoal).

Adiantei uma quantia muito elevada para pagar os custos de tratamento. Existe a possibilidade de ser reembolsado mais rapidamente?

Se pagou pessoalmente as suas faturas médicas, pode beneficiar de um reembolso pela CNS por cheque.

Para isso

- A data do pagamento da fatura médica não pode ter mais de quinze dias.
- O montante total das faturas (uma ou várias, se tiver efetuado vários pagamentos nesse período) deve ser de pelo menos 100 €.
- Pode levantar o cheque emitido por uma das agências da CNS numa agência dos correios - Post, sem custos adicionais.

A minha participação pessoal nos custos dos tratamentos ultrapassa os meus meios financeiros. Existe um teto máximo?

Se a sua participação pessoal nos cuidados de saúde ultrapassar 2,5 % do seu rendimento anual coletável do ano anterior, tem direito a pedir um **reembolso complementar** do valor que excede esse limite.



Conselhos

- O último extrato de reembolsos da CNS indica o montante da sua participação.
- Se esse montante for superior a 2,5 % do seu rendimento anual coletável do ano anterior, pode solicitar um reembolso à CNS.
- Exemplo concreto:
Se em 2022 o seu rendimento bruto anual foi de 36.000 €, o teto para o ano de 2023 será: 2,5 % de 36.000 € = 900 €. Assim, com um rendimento bruto anual de 36.000 €, atinge-se o

limite quando o montante acumulado da sua participação ultrapassar 900 €. Pode, portanto, apresentar um pedido de reembolso se a sua participação pessoal acumulada durante o ano civil (de 1 de janeiro a 31 de dezembro) exceder os 900 €.

Se ao longo do ano de 2023 pagou participações num montante total de 1.050 € até à data da sua declaração, pode pedir um reembolso complementar de 150 € (1.050 € - 900 € = 150 €).

Deve preencher um formulário [Formulário para um reembolso complementar](#), e ter em conta que existem prazos a respeitar.

De forma geral, tenho dificuldades em pagar as minhas faturas médicas. Quais são as soluções possíveis?

Pode solicitar o terceiro pagador social (*tiers payant social*) (TPS), uma cobertura direta para pessoas com rendimentos modestos. Em caso de concessão do terceiro pagador social, o serviço social da sua comuna entrega-lhe um atestado acompanhado de um caderno de etiquetas que poderá utilizar para um reembolso direto ao prestador por parte da CNS.



Nota importante

Dirija-se ao serviço social da sua comuna. O serviço social analisa o seu pedido e decide se tem direito ao TPS.

Durante uma consulta médica, entregue as etiquetas recebidas pelo serviço social ao médico. O médico enviará a sua fatura, com a etiqueta do beneficiário, diretamente à CNS. Se a fatura for enviada para sua casa, cole uma etiqueta e envie-a à CNS.

Se se encontrar numa situação económica precária, poderá ser útil consultar o serviço social da sua comuna. Outros tipos de apoio poderão eventualmente estar disponíveis.



Participação pessoal na aquisição de dispositivos médicos diversos e de medicamentos

A maioria dos dispositivos médicos, assim como as respetivas taxas de comparticipação, estão listados em diferentes ficheiros nos estatutos da CNS (ficheiros B1-B7).

O **ficheiro B1** inclui os dispositivos médicos de “pequena” dimensão, como por exemplo diversos **pensos especiais, produtos para incontinência urinária**, medidores de glicemia e acessórios.

O **ficheiro B2** reúne os materiais de “maior” dimensão, que são fornecidos exclusivamente em regime de **aluguer** (com contrato de aluguer).

O **ficheiro B3** agrupa todos os dispositivos, moldes e acessórios de **correção auditiva**.

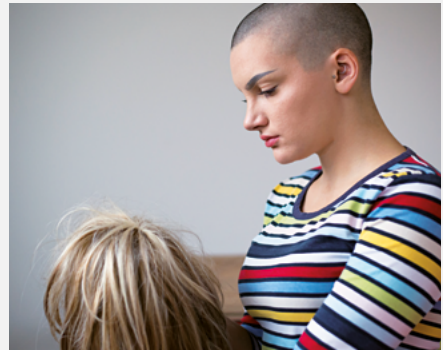
O **ficheiro B4** inclui os dispositivos médicos destinados a **pessoas laringectomizadas** e a pessoas **traqueotomizadas** ou pessoas com outras **patologias respiratórias**.

O **ficheiro B5** agrupa os produtos de **nutrição médica**.

O **ficheiro B6** especifica as prestações relativas a **viagens e transportes comparticipados** pela CNS.

O **ficheiro B7** inclui os dispositivos médicos cuja entrega mediante receita médica está limitada aos estabelecimentos hospitalares, mas para tratamentos realizados fora do meio hospitalar.

Preciso de uma peruca. É reembolsada pela CNS?



Na compra de uma peruca, a CNS reembolsa um montante fixo de 350 € (situação em setembro de 2023). Se tiver subscrito um seguro médico complementar, informe-se junto da respetiva entidade sobre uma eventual participação financeira. Tem direito, todos os anos, a uma receita médica para a compra de uma peruca.

Precauções

- Necessita de uma receita médica.
- Envie uma cópia da receita à CNS. Por correio, receberá um título de participação.
- Para obter o reembolso da sua compra, envie à CNS o original da receita, o título de participação e a fatura paga.

Dado que não é necessário um parecer prévio do CMSS, pode adquirir a sua peruca ao mesmo tempo que envia a cópia da receita à CNS. Por favor, siga os passos acima indicados para o reembolso.

A sua receita é válida por três meses. O pedido de reembolso pode ser apresentado até um prazo de dois anos, desde que esteja afiliado à CNS durante esse período (respeitando sempre o prazo de validade de três meses da receita).

A Fondation Cancer aconselha a escolher a peruca antes de perder o cabelo. A cor, o volume e o corte podem assim ser adaptados da melhor forma possível ao seu penteado atual.

Mediante simples pedido, pode obter [uma lista dos pontos de venda de perucas](#) junto da Fondation Cancer.

Contacto

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Serviço Autorizações - Medicamentos – *CNS Service autorisations - médicaments*

T 2757-4599 - F 407850

E através de um [formulário de contacto](#)

Preciso de uma prótese mamária. É reembolsada pela CNS?

Após uma mastectomia, pode optar por diferentes tipos de próteses externas da mama:

- uma prótese provisória em espuma (no pós-operatório imediato);
- uma prótese externa em silicone;
- uma prótese externa em silicone autocolante.

Saiba que:

- precisa de uma receita médica para todos os tipos de próteses externas acima mencionados para obter o reembolso pela CNS;
- a CNS reembolsa os seguintes montantes (situação de 2023):
 - » prótese provisória em espuma: 20 € (única) / 40 € (o par);
 - » prótese externa em silicone: 205,75 € (única) / 411,50 € (o par);
 - » prótese externa em silicone autocolante: 252,85 € (única) / 505,70 € (o par);
- se tiver subscrito um seguro médico complementar, consulte-o sobre a possível participação financeira.

Tem direito a uma nova prótese todos os anos; para isso, não é necessária uma prescrição médica.

Também pode solicitar uma consulta com a *Breast Care Nurse* do estabelecimento hospitalar onde está a fazer o tratamento. A *Breast Care Nurse* é uma enfermeira especializada em cuidados para pacientes com cancro da mama.

Muitas lojas vendem soutiens e fatos de banho especiais. A oferta é muito variada. No entanto, estes artigos de vestuário não são reembolsados pela CNS.

Onde obter uma prótese mamária externa?

Mediante pedido simples, receberá uma lista dos fornecedores de próteses mamárias externas junto da Fondation Cancer.

Contacto

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Service Autorizações - Medicamentos – CNS Service autorisations - médicaments

T 2757-4599

E através de um formulário de contacto

Próteses mamárias de tricot (*Knockers*)

Os *Knockers* são uma alternativa às próteses médicas em silicone para mulheres que passaram por uma mastectomia. Estas próteses mamárias são tricotadas e preenchidas com algodão, no tamanho natural da copa. Os *Knockers* são fornecidos pela *Knitted Knockers*.

Preciso de dispositivos médicos, como, por exemplo, bolsas de ostomia, artigos de incontinência. A CNS comparticipa estes artigos?

A maioria dos dispositivos médicos, bem como as suas taxas de comparticipação, estão registados em diferentes ficheiros nos estatutos da CNS que podem ser descarregados:

- O ficheiro B1 inclui os dispositivos médicos de "pequena" envergadura, como, por exemplo, diversos pensos especiais, produtos para incontinência urinária, medidores de glicose e acessórios.

Precauções

- Necessita de uma receita médica.
- Para garantir o reembolso ou a participação da CNS, o seu médico deve prescrever apenas dispositivos (produtos/marcas) que constam nos ficheiros da CNS.

Contacto

CNS Serviço Autorizações - Medicamentos – CNS Service autorisations - médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E através de um formulário de contacto



Tenho de me alimentar por sonda em casa. As despesas são da minha responsabilidade?

A CNS comparticipa, até ao montante máximo de 768,75 € por semestre (seis meses) (situação em março de 2023), a sua alimentação exclusivamente por sonda (nutrição entérica), desde que esta lhe seja prescrita no âmbito de um cancro ORL ou de um cancro dos órgãos digestivos superiores.

O ficheiro B5 regroupe les produits d'alimentation médicale.

Precauções

- A comparticipação pela CNS requer autorização prévia do CMSS.
- O seu médico deverá enviar um relatório médico sobre o seu estado de saúde para avaliação e aprovação pelo CMSS. Em caso de aprovação, receberá uma autorização por escrito.
- É recomendável aguardar por essa autorização antes de adquirir os produtos.
- O seu médico passará uma receita médica (para uma duração máxima de seis meses).

Para ser reembolsado, deverá enviar à CNS as faturas juntamente com a respetiva receita médica.

Contacto

**CNS Serviço Autorizações -
Medicamentos – CNS Service
autorisations - médicaments**

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E através de um formulário de contacto

Preciso de uma cadeira de rodas, de um colchão anti-escaras ou de outros dispositivos técnicos. Onde posso obtê-los e quem assume os custos?



Os equipamentos de cuidados de enfermagem, como camas hidráulicas, cadeiras de rodas e colchões anti-escaras, podem ser pedidos emprestados gratuitamente junto do *Serviço Meios Acessórios (Service moyens accessoires)* (SMA). A CNS assume os custos de aluguer.

O material será entregue em sua casa.

Necessita de uma receita médica. Deverá dirigir-se, munido da sua receita, ao:

**Serviço de Meios Acessórios –
Service Moyens Accessoires**

T 40 57 33 1

F 40 95 17

Msg 621 340 257

Se, após seis meses, um destes dispositivos técnicos continuar a ser necessário, deverá ser apresentado um pedido de prolongamento à CNS, acompanhado de uma nova receita médica.

Se o médico assistente verificar que o dispositivo técnico é necessário de forma permanente, é aconselhável solicitar o formulário apropriado para apresentar um pedido junto do seguro de dependência (ver página [Apoio e cuidados ao domicílio](#)). Se as ajudas técnicas forem atribuídas no âmbito do seguro de dependência, será este a assumir os custos de aluguer.

Para garantir a participação financeira das ajudas técnicas, não deve comprar os aparelhos com os seus próprios meios, pois normalmente tais aquisições não são reembolsadas.

Contacto

CNS Serviço Autorizações - Tratamentos e Fornecimentos – CNS Service autorisations - traitements et fournitures

T 27 57-1

F 26 48 28 71

E através de um [formulário de contacto](#)

O que devo saber sobre o reembolso de medicamentos?

A CNS comparticipa entre 40 % e 80 % dos custos dos medicamentos sujeitos a receita médica. Entregue a sua receita médica na farmácia e aplica-se o princípio do terceiro pagador. Pague a sua participação estatutária pessoal (20 % a 60 %) diretamente quando recebe os medicamentos.

Pode consultar, nos estatutos da CNS, a lista positiva de medicamentos ([lista dos medicamentos comparticipados pela CNS](#))

Em determinados casos bem definidos, a CNS comparticipa os custos dos medicamentos a 100 %, mediante autorização prévia do CMSS. É o caso, por exemplo:

- dos bifosfonatos (medicamentos que retardam a degradação óssea), nas indicações oncológica;
- dos analgésicos morfínicos maiores, prescritos a doentes com cancro;
- dos analgésicos prescritos a pacientes que beneficiam de uma abertura de direito aos cuidados paliativos nos termos do artigo 1.º da lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento em fim da vida.

Contacto

CNS Serviço Autorizações - Medicamentos – CNS Service autorisations - médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E através de um [formulário de contacto](#)

Os custos de transporte para os serviços de oncologia

Se tiver de se deslocar ao hospital para um tratamento médico repetitivo (terapia em série), como é o caso da quimioterapia ou da radioterapia, a CNS pode comparticipar o transporte em série:

- de táxi (Luxemburgo e estrangeiro);
- de ambulância (Luxemburgo e estrangeiro);
- em viatura particular/meio de transporte próprio (Luxemburgo e estrangeiro);
- em função do seu estado de saúde.

O mesmo se aplica se tiver de se deslocar ao Centro Nacional de Reeducação Funcional e Reabilitação (*Centre national de rééducation*

fonctionnelle et de réadaptation) pelo menos para quatro sessões de tratamento no espaço de 90 dias.

Para o Luxemburgo

Se utilizar o seu próprio meio de transporte

Caso utilize o seu próprio meio de transporte, pode solicitar à CNS um subsídio para despesas de transporte. Será reembolsado (0,20 €/km, situação de 2023) pelo trajeto mais curto entre a sua residência e o local de tratamento.

Deverá preencher um formulário e enviá-lo à CNS, acompanhado de um atestado de presença com as datas de tratamento, preenchido pelo seu médico.



Se utilizar um táxi (Táxi-Ambulância - Taxi-Ambulance)

Se utilizar um táxi (Táxi-ambulância), deve respeitar as seguintes condições:

- Solicite ao seu médico assistente que preencha o formulário Pedido de participação pela segurança social dos custos de transporte em série e que o envie à CNS no âmbito de um tratamento de quimioterapia ou radioterapia. Os transportes em série de táxi para o Centro Nacional de Reeducação Funcional e Reabilitação só são comparticipados até um máximo de 20 dias de tratamento.
- Aguarde a receção, por parte da CNS, da autorização prévia denominada título de comparticipação. Necessita desta autorização antes da primeira deslocação.
- Deve recorrer a uma empresa de táxis autorizada pela CNS. Irá receber a lista das empresas juntamente com o seu título de comparticipação. Escolha a empresa de táxis mais próxima da sua residência, pois apenas os custos relativos ao trajeto mais curto entre a sua casa e o local de tratamento são reembolsados. Confirme previamente a tarifa aplicada pela empresa de táxis, a fim de evitar despesas adicionais que não sejam reembolsadas. A CNS apenas reembolsa os valores previamente definidos (ver abaixo). Tenha ainda em conta que poderão existir despesas a seu cargo. Deve negociar com a companhia de táxis para saber se paga a fatura e solicita o reembolso à CNS, ou se entrega o título de comparticipação à companhia de táxis, que se encarregará do reembolso pela CNS, ficando apenas responsável

pelos custos não cobertos pelo seguro de doença.

- A CNS reembolsa-lhe:
 - » um montante fixo de um mínimo de 6,56 €/trajeto (por exemplo, no caso de um trajeto curto de 3 km)
 - » 1,64 €/quilómetro para um trajeto simples
 - » 0,82 €/quilómetro por ida e volta para o trajeto mais curto entre o seu domicílio e o seu local de tratamento (situação de 2023).

Se utilizar uma ambulância

Se tiver de utilizar uma ambulância, as condições da comparticipação e os trâmites são praticamente os mesmos que os deslocamentos em táxi-ambulância, salvo:

- um transporte em ambulância só é autorizado se tiver de se deslocar em posição deitada ou imobilizada. O seu médico deve certificar as razões médicas para tal;
- a CNS reembolsa 1,29 € por quilómetro (ida e volta), bem como um montante forfetário de, no mínimo, 39,07 € (por exemplo, para trajetos curtos) (situação de 2023);
- o transportador pode faturar tarifas que excedem a comparticipação da CNS. Restam-lhe, portanto, custos a seu cargo.

Contacto

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E através de um formulário de contacto



Para o estrangeiro

A comparticipação das despesas de transporte ao estrangeiro requer uma autorização prévia e deve ser solicitada ao CMSS.

As despesas de transporte são comparticipadas apenas para uma distância máxima de 400 km (ida). Em casos excepcionais, até 600 km (ida), as despesas podem ser comparticipadas.

Saiba que:

- o seu médico deverá fazer o pedido no verso do pedido de transferência (S2). Ele tem a possibilidade de assinalar e justificar o meio de transporte (por exemplo, ambulância, ambulância-táxi, transporte aéreo). O pedido é enviado ao CMSS para aprovação;
- se não precisar de regressar ao Luxemburgo no mesmo dia, deverá solicitar autorizações separadas para o transporte de ida e de volta. Se realizar uma ida e volta no mesmo dia, por exemplo, para uma quimioterapia, isso não será necessário;
- se utilizar o seu carro para os trajetos ou se for transportado por terceiros em carro particular, ou ainda se utilizar transportes públicos, e se os seus cuidados de saúde tiverem sido autorizados pelo CMSS (acordo S2 concedido), pode solicitar o reembolso das despesas de viagem à CNS. Deve certificar a sua presença junto do prestador no estrangeiro. Envie este certificado ao serviço de Reembolso das Despesas de Deslocação (*remboursement des frais de route*) no âmbito do S2 da CNS;
- se for uma simples consulta no caso de um serviço no estrangeiro (por exemplo, para um diagnóstico ou controle), a CNS reembolsa apenas o transporte em ambulância em posição deitada. Não é necessário solicitar um S2. Basta que o seu médico assistente passe uma receita para esse efeito.

Contacto

CNS - Serviço Transferência para o estrangeiro – CNS - Service Transfert à l'étranger

T 2757 - 4300

E através de um formulário de contacto



Aspetos fiscais

Desde o diagnóstico do cancro surgem inevitavelmente as questões relativas ao custo da sua doença e aos aspetos fiscais. Nesta secção, encontrará as respostas às questões mais frequentemente colocadas.

Posso deduzir fiscalmente os custos relacionados com a minha doença?

Os custos não reembolsados devido à sua doença (participação indicada no verso do extrato emitido pela sua caixa de doença, participação faturada pelo hospital) ou os custos relacionados com a ajuda doméstica e/ou a guarda das crianças são considerados despesas extraordinárias. Estas despesas são fiscalmente dedutíveis.

Como beneficiar das deduções fiscais?

No âmbito da sua declaração fiscal, pode indicar estas despesas na secção de despesas extraordinárias.

- As despesas extraordinárias dão origem a uma dedução relativamente ao rendimento colectável. Esta dedução é calculada com base na sua situação financeira e familiar (rendimentos, número de filhos a cargo).
- A dedução forfetária constitui uma segunda possibilidade, por vezes mais vantajosa. Só pode ser solicitada para despesas relativas a ajuda doméstica, às prestações de ajuda e cuidados (situação de dependência) ou à guarda de crianças, desde que a pessoa que presta o serviço

esteja declarada no Centro Comum da Segurança Social (*Centre commun de la sécurité sociale*) ou vinculada a um serviço reconhecido pelo Estado.

Caso solicite os dois tipos de dedução, a repartição de finanças atribuirá a dedução mais favorável, não sendo em caso algum cumuláveis.

Invalidez e fiscalidade: o que é importante saber

Beneficia de três vantagens fiscais:

- Se for trabalhador por conta de outrem e a sua incapacidade de trabalho for de pelo menos 25 %, o montante que poderá deduzir a título de despesas de obtenção de rendimento será aumentado.

Atenção: É necessário um atestado médico que ateste o grau da sua invalidez. Esse atestado deve ser anexado à sua declaração de impostos.

- pode obter (independentemente de ser trabalhador independente ou não) uma dedução forfetária por despesas extraordinárias. O valor dessa dedução depende do grau de invalidez comprovado. Também pode (quer seja ou não empregador) solicitar uma dedução por despesas extraordinárias com base nas despesas reais. Esta substituirá a dedução forfetária, e o valor concedido dependerá da sua situação familiar e financeira.

Atenção: É necessário um atestado médico que ateste o grau e a natureza da sua invalidez. Esse atestado deve ser anexado à sua declaração de impostos.

- Se for titular do cartão de invalidez B ou C, pode beneficiar de uma isenção total do imposto sobre veículos automóveis.

Atenção: Deve apresentar um pedido de isenção do imposto sobre veículos automóveis, utilizando um formulário apropriado junto da Administração das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (*Administration des Douanes et Accises*) (Serviço Imposto Automóvel - *service taxe automobile*) e juntar uma cópia do cartão de invalidez.

**Administração das Contribuições
Administração das Alfândegas e
dos Impostos Especiais sobre o
Consumo (Direção) – *Administration
des contributions Administration des
douanes et accises (Direction)***

T 28 18 28 18 (central)

T 27 48 84 88 (imposto anual sobre veículos
automóveis)

E douanes@do.etat.lu

Ajudas financeiras

A Fondation Cancer pode conceder um apoio financeiro aos requerentes que se encontrem numa situação difícil devido ao cancro e que cumpram determinados critérios. Não hesite em contactar-nos para discutir, numa reunião confidencial, as possibilidades de apoio financeiro.

Contacto

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E fondation@cancer.lu



III. Cancro e atividade profissional

Diagnosticado com cancro e em situação de incapacidade para o trabalho, é natural que tenha muitas dúvidas. Devo informar a minha entidade patronal sobre o meu diagnóstico de cancro? Quais são as possíveis consequências para o meu emprego durante o período de incapacidade para o trabalho ou devido ao cancro? Tenho o direito de me ausentar para o estrangeiro durante a baixa médica?

Todas estas questões são abordadas com o objetivo de lhe fornecer as informações necessárias para enfrentar a sua situação difícil com mais tranquilidade. É igualmente importante conhecer os seus direitos e as medidas a tomar.

Incapacidade para o trabalho

O que devo ter em conta quando estou doente e não posso trabalhar?

Está afiliado junto da CNS

A partir do primeiro dia da sua ausência, é obrigado a informar a sua entidade patronal da sua incapacidade para o trabalho, independentemente da duração da doença. Deve enviar um atestado médico de incapacidade para o trabalho à CNS e à entidade patronal, o mais tardar até ao final do terceiro dia útil. Por isso, não se esqueça de enviar o atestado médico atempadamente!

Em caso de internamento de urgência, dispõe de oito dias para entregar o atestado médico à sua entidade patronal.

O formulário de incapacidade para o trabalho que recebe do seu médico tem três folhas: A 1.ª folha deve ser enviada para a CNS. Esta folha não especifica o diagnóstico da sua doença (sigilo médico). A 3.ª folha do formulário é para uso pessoal.

Tem o estatuto de trabalhador independente

Deve enviar a primeira folha do atestado médico de incapacidade para o trabalho à CNS, o mais tardar até ao terceiro dia de incapacidade. Se estiver igualmente afiliado à Caixa de Doença das Entidades Patronais (*Mutualité des Employeurs*), poderá ter direito ao pagamento de um subsídio por incapacidade para o trabalho.

Caixa de Doença das Entidades Patronais **– Mutualité des Employeurs (MDE)**

L-2975 Luxembourg

T 40 141-1

F 27 57 43 43

E através de um [formulário de contacto](#)

Está afiliado a uma caixa de doença do setor público (CMFEP, CMFEC, EM-CFL)

A partir do primeiro dia de ausência por incapacidade para o trabalho, deve informar a sua entidade patronal.

A partir do quarto dia, a sua entidade patronal deve ter na sua posse o atestado médico de incapacidade para o trabalho.

Informe-se junto da sua caixa de doença **sobre as disposições legais específicas relativas à doença e ao trabalho** específicas dessa mesma caixa.

Devo informar a minha entidade patronal de que tenho cancro?

A entidade patronal deve ser informada de que não comparecerá ao trabalho por motivo de doença. Deve naturalmente entregar o seu atestado médico de incapacidade para o trabalho dentro dos prazos previstos, tanto à entidade patronal como à CNS, mas não é obrigado a revelar a natureza da sua doença. Não tem de fornecer os resultados médicos.

No entanto, se se prevê uma ausência prolongada por motivos de saúde, é preferível informar a sua entidade patronal e/ou chefe de serviço. Não se esqueça de que o seu superior pode necessitar de se organizar, redistribuir tarefas ou mesmo contratar um substituto temporário.

A questão de falar abertamente ou não sobre o seu diagnóstico de cancro com os colegas ou superiores depende de vários fatores: Qual é o nível de confiança que estabeleceu com os seus colegas e com a sua entidade patronal? Já ocorreu um caso semelhante de cancro entre os seus colegas de trabalho? Como se sente neste momento? Está realmente em condições de falar sobre a sua doença ou ainda está a lidar com o choque do diagnóstico?

A Fondation Cancer disponibiliza um [Guia para trabalhadores](#) sous simple demande.

Posso ser despedido durante o período de incapacidade para o trabalho ou devido ao cancro?

Se tiver cumprido as suas obrigações de informação (aviso no primeiro dia e entrega do atestado até ao terceiro dia, ou até oito dias em caso de internamento), está protegido contra um eventual despedimento durante um período máximo de 26 semanas.

Após o fim deste período, a sua entidade patronal pode rescindir o seu contrato de trabalho, desde que respeite as modalidades previstas por lei. No entanto, a sua entidade patronal deve apresentar um motivo sério para o despedimento.

Tenha em mente que é ilegal despedir um trabalhador durante o período de proteção, quer seja com ou sem aviso prévio!

Se retomar o trabalho após uma ausência contínua de mais de seis semanas devido a doença ou acidente, a sua entidade

patronal deve informar o médico do trabalho competente para a empresa. O médico do trabalho decidirá então se o trabalhador deve ser submetido a uma consulta médica. Em seguida, ele determinará se o trabalhador está apto a retomar o seu posto de trabalho anterior ou se será necessário adaptar o posto de trabalho ou até considerar uma reclassificação.



Conselhos

Se perder o seu contrato de trabalho no final do período de proteção, pode contactar o CMSS para discutir a possibilidade de uma reclassificação profissional externa (ver secção regresso ao trabalho) e, se necessário, iniciar este processo.

Durante o meu período de doença – a que devo estar atento relativamente aos horários de saída?

Durante o período de incapacidade para o trabalho, **não é permitida nenhuma saída nos primeiros cinco dias de incapacidade, apesar de qualquer indicação contrária no atestado médico de incapacidade para o trabalho**, salvo obviamente para consultas médicas ou tratamentos médicos.

Pode ir a um restaurante para tomar uma refeição a partir do primeiro dia de incapacidade, mas tem sempre que informar previamente a CNS (por telefone, fax ou e-mail).

Se as saídas estiverem autorizadas no seu atestado médico, poderá sair de casa apenas entre as 10h e as 12h e entre as 14h e as 18h, a partir do sexto dia.

- Não pode frequentar um café ou restaurante, salvo para tomar uma refeição.
- Não deve participar em competições desportivas, nem praticar atividades que sejam incompatíveis com o seu estado de saúde.



Conselhos

A partir do 43.º dia da sua ausência por doença, pode pedir a extensão dos horários de saída (para ir ao teatro, ao cinema ou atividades semelhantes) sem necessidade de aviso médico. Deve enviar o seu pedido por fax ou por e-mail à CNS, e deverá receber uma confirmação normalmente com a maior brevidade possível.

Contacto

CNS Serviço de Inquéritos e Controlos Administrativos – *Service Enquêtes et contrôles administratifs*

T 27 57 43 31/32/34

E através de um formulário de contacto



Tenho o direito de viajar para o estrangeiro durante a minha baixa médica?

O CMSS pode autorizar, mediante acordo prévio, uma estadia no estrangeiro por um período determinado, no âmbito do seu cancro. Isto aplica-se igualmente se tiver direito a cuidados paliativos.

- Deve apresentar o seu pedido (com indicação do local e da duração da estadia), acompanhado de um parecer favorável do seu médico assistente, à CNS.
- Depois de o CMSS aprovar o pedido, a CNS enviar-lhe-á o respetivo acordo para casa.

Contacto

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E através de um [formulário de contacto](#)

E quanto à continuação do salário e ao subsídio de doença?

A sua entidade patronal continuará a pagar-lhe o salário até ao final do mês civil em que ocorrer o seu 77.º dia de incapacidade para o trabalho. São contabilizados os dias de incapacidade para o trabalho dos últimos 18 meses, e a entidade patronal mantém o pagamento até ao final do mês em que se situe o 77.º dia de incapacidade para o trabalho.

A partir desse momento, é a CNS que assume, através do pagamento de um subsídio de doença. O momento em que a

CNS começa a pagar depende de a doença ter sido contínua ou intermitente. Por exemplo, no caso de uma doença contínua, a CNS começa a pagar após três meses de baixa médica.

Qual é a duração do pagamento?

Tem direito a apoio financeiro por baixa médica (continuação do salário/subsídio de doença) durante 78 semanas, num período de referência de 104 semanas.

Após cada novo período de baixa, a CNS recalcula o total de dias de incapacidade nos dois anos anteriores. O subsídio deixa de ser pago a partir do momento em que o total das suas baixas ultrapassa 78 semanas. Se se aproximar do limite das 78 semanas de incapacidade para o trabalho e continuar em situação de doença, a CNS enviar-lhe-á uma simulação teórica da data em que terminará o seu direito ao subsídio.

O montante do subsídio corresponde, aproximadamente, ao valor do seu salário base.





Conselhos

Se trabalhar entre dois períodos de baixa médica, as semanas de incapacidade são somadas! A regra das 78 semanas é contínua e não termina com o fim do ano civil.

- No cálculo das suas baixas por doença, todas as ausências (seja por gripe, fratura numa perna ou cancro) serão tidas em conta.
- Se os seus períodos de incapacidade para o trabalho ultrapassarem, no total, as 78 semanas – sejam elas consecutivas ou não – dentro do período de referência de 104 semanas, deixará de ter direito ao subsídio de doença e terá de recorrer a outros regimes de proteção social.
- O seu contrato de trabalho terminará automaticamente. Idealmente, devem ser iniciadas medidas de orientação para um regime social alternativo antes de atingir o limite das 78 semanas.

O Controlo Médico da Segurança Social (CMSS) vai convocar-me para um exame médico?

Se estiver de baixa médica prolongada, será geralmente convocado pelo CMSS para um exame médico de controlo (após 6 a 10 semanas).



Conselhos

Pode ser útil levar consigo a este exame um relatório detalhado do seu médico assistente.



Regra das 78 semanas

O que é importante saber sobre a regra das 78 semanas?

O período de referência de 104 semanas (ou 24 meses) pode ser visualizado como uma janela temporal. Sempre que a CNS recebe um certificado de incapacidade para o trabalho, ela analisa essa “janela” de 104 semanas anteriores e soma os dias de baixa por doença da pessoa em causa. Todos os certificados de incapacidade para o trabalho são considerados, independentemente da

patologia (gripe, fratura, cancro, etc.). A própria pessoa pode fazer uma estimativa do número de dias ou semanas que ainda lhe restam, contabilizando os dias de baixa(s) médica(s).

Na folha mensal com o detalhe do cálculo do subsídio por doença, encontrará uma nota com a indicação dos dias restantes antes de atingir o limite das 78 semanas de incapacidade para o trabalho.



Exemplos práticos para ilustrar o princípio

Se for entregue um certificado de incapacidade para o trabalho no dia 9 de fevereiro de 2022, um certificado de julho a agosto de 2020 entra na janela de referência das 104 semanas.

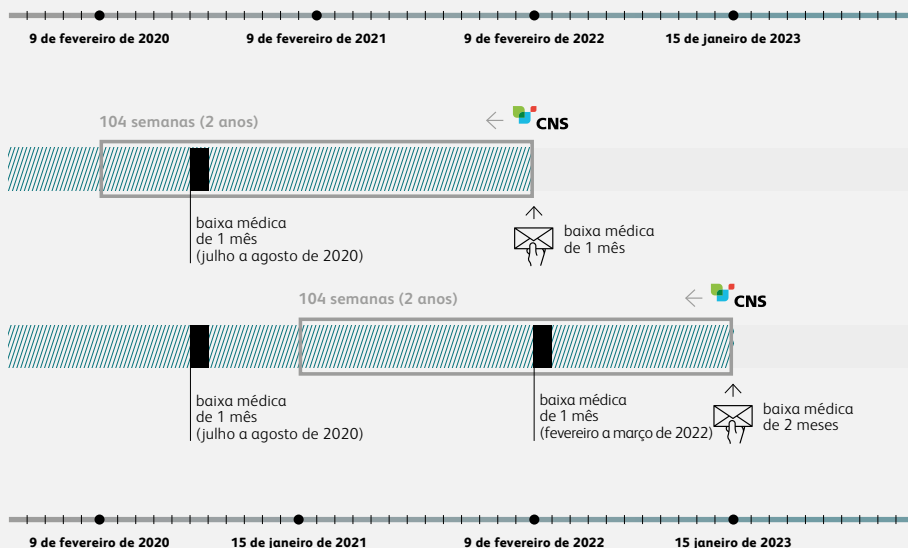
Se for entregue um novo certificado no dia 15 de janeiro de 2023, o certificado de julho a agosto de 2020 já estará fora dessa janela de cálculo.

N. B. Todos os esquemas e cálculos ilustram o princípio fundamental e não pretendem representar em detalhe os complexos modelos de cálculo da CNS para as situações individuais.

 Semanas civis

 baixa médica

 Período de referência (104 semanas)

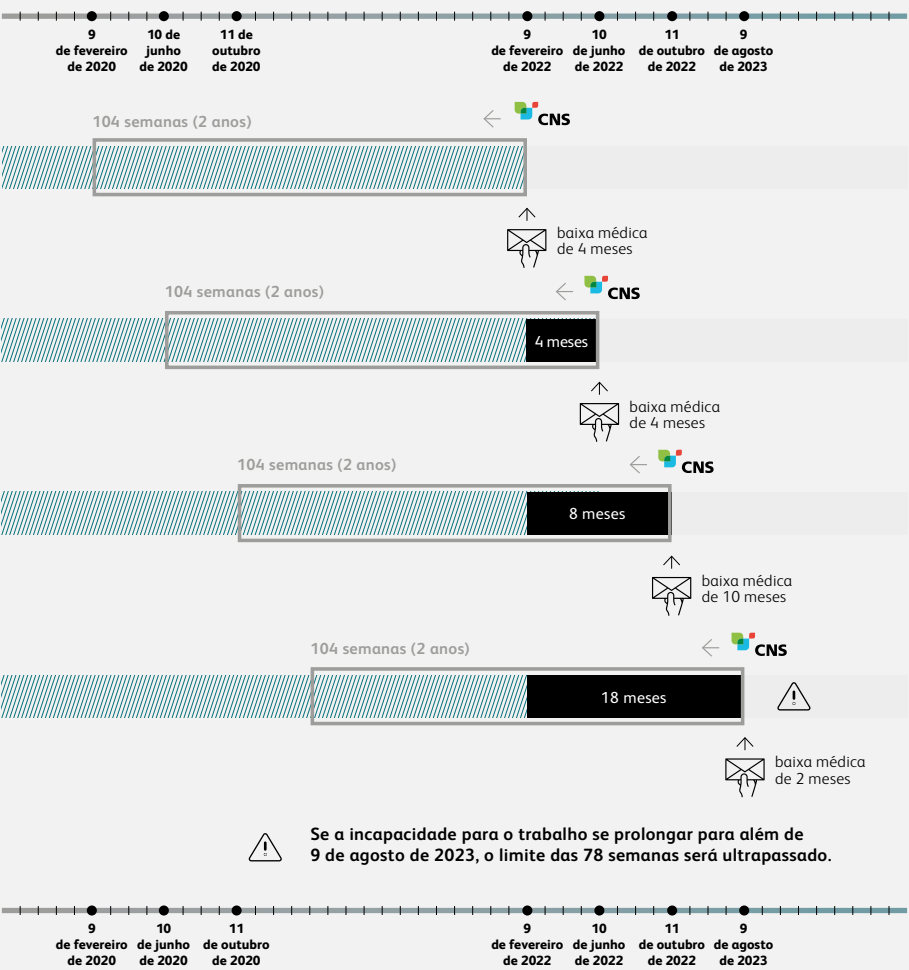


Caso 1

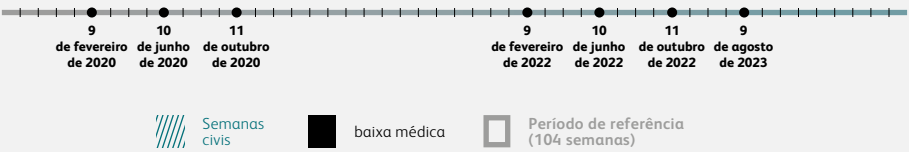
Nunca esteve em situação de incapacidade para o trabalho nos dois anos que precederam o diagnóstico de cancro em 2022. No dia 9 de de fevereiro, entrega um certificado de incapacidade para o trabalho por quatro meses.

Posteriormente, apresenta vários certificados consecutivos de baixa e atinge quase o limite das 78 semanas num período de um ano e meio.

Se a incapacidade para o trabalho se prolongar para além de 9 de agosto de 2023, o limite das 78 semanas será ultrapassado.



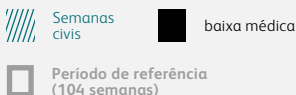
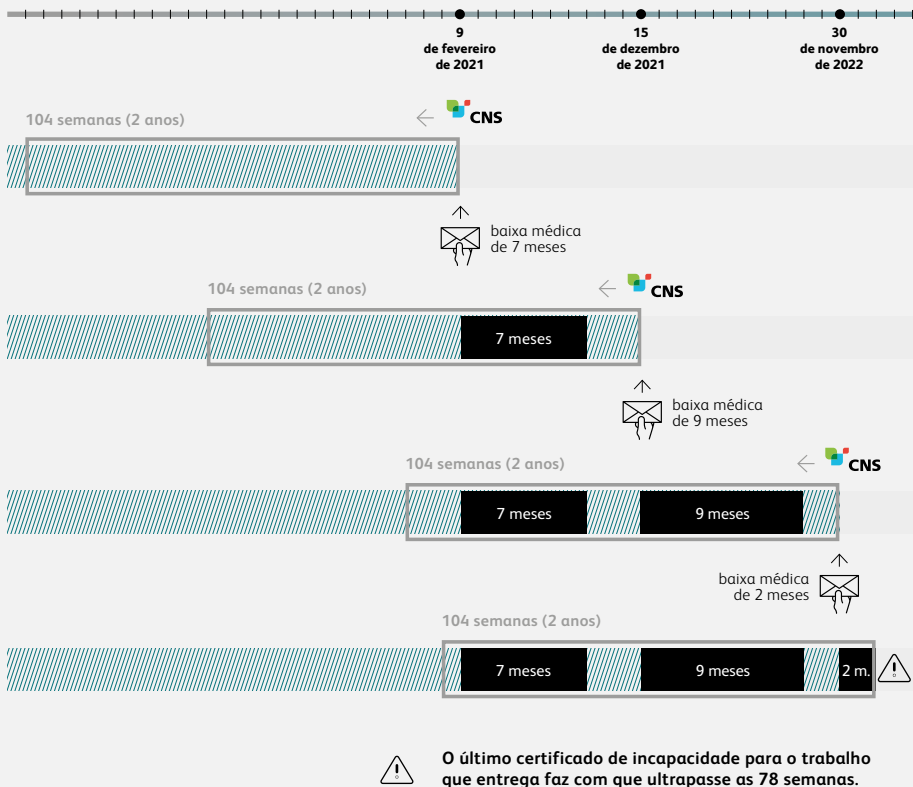
Se a incapacidade para o trabalho se prolongar para além de 9 de agosto de 2023, o limite das 78 semanas será ultrapassado.



Caso 2

Nunca esteve de baixa médica nos dois anos anteriores ao aparecimento do cancro. Entrega um primeiro certificado de incapacidade para o trabalho no início de fevereiro de 2021, com uma duração de sete meses. Retoma depois a sua atividade

profissional, mas é forçado a interrompê-la várias vezes. Atinge o limite das 78 semanas no espaço de dois anos. O último certificado de incapacidade para o trabalho que entrega faz com que ultrapasse as 78 semanas.



A CNS enviará uma simulação teórica da data em que o direito ao subsídio por doença terminará, caso se aproxime do limite das 78 semanas de incapacidade para o trabalho e continue doente.

Retorno ao trabalho

Se regressar ao trabalho após uma baixa médica superior a seis semanas, a sua entidade patronal é obrigada a informar os médicos do trabalho dos Serviços de Saúde no Trabalho (*Services de Santé au Travail*) (SST). É obrigatória uma consulta de avaliação da aptidão para a retoma da atividade, realizada por um médico do trabalho, idealmente antes ou no próprio dia do regresso ao trabalho. Se for o caso, pode também solicitar, por iniciativa própria, uma marcação junto dos médicos do trabalho do serviço de saúde no respetivo trabalho, durante a sua baixa médica.

O objetivo desta consulta é avaliar a sua capacidade para retomar o posto de trabalho anterior. Se necessário, os médicos do trabalho podem indicar restrições, observações ou propor adaptações ao posto de trabalho. Dependendo do seu estado de saúde, existem várias possibilidades para retomar a sua atividade profissional:

- recuperou totalmente e pode regressar ao trabalho como antes da doença
- ainda não se sente em plena forma e prefere retomar a atividade de forma gradual. Neste caso, **poderá ser considerada a retoma progressiva do trabalho por razões terapêuticas - *reprise pour raisons thérapeutiques* (RPTRT)**
- vai retomar o trabalho, mas com adaptações do posto
- verifica-se que já não pode exercer as funções do seu posto anterior por motivos de saúde. Neste caso, o CMSS inicia o **processo de reclassificação profissional (interna ou externa)**
- conclui-se que já não está apto para o

trabalho. (ver em: Invalidez e deficiência p. 59)

Retoma progressiva do trabalho por razões terapêuticas (RPTRT)

Esta medida veio substituir o **o antigo meio-tempo terapêutico** (*ancien mi-temps thérapeutique*). Desde 2019, uma nova legislação permite opções de regresso ao trabalho mais personalizadas, adaptadas ao estado de saúde da pessoa, e mais flexíveis do que no passado.

Para beneficiar desta medida, devem estar reunidas as seguintes condições:

1. o médico assistente deve preencher o formulário padrão de Pedido de retoma progressiva do trabalho por razões terapêuticas;
2. no momento do pedido, deve encontrar-se impossibilitado de trabalhar. Além disso, não deve ter estado apto para trabalhar durante pelo menos um mês nos três meses anteriores ao pedido;
3. a sua entidade patronal deve dar o consentimento. Envie o formulário devidamente preenchido à entidade patronal, que assina o documento para confirmar o acordo;
4. submeta o pedido à CNS, que o encaminha ao CMSS, responsável por tomar a decisão;
5. receberá a decisão por escrito no seu domicílio.

A retoma progressiva do trabalho só pode começar depois de obter a aprovação formal do CMSS.



Nota importante

Durante a retoma progressiva do trabalho, **continua de baixa médica**. Deve apresentar um atestado médico de incapacidade para o trabalho durante este período. Enquanto durar esta medida, continuará a receber prestações por doença, as quais serão contabilizadas no cálculo da regra das 78 semanas.

Regresso ao trabalho com adaptação do posto

Vai retomar a sua atividade profissional, mas o seu posto de trabalho será adaptado às suas capacidades – trata-se do chamado **retoma do trabalho com adaptação do posto**. Por exemplo, poderá ser dispensado do trabalho noturno, caso exerça funções em turnos rotativos.

A entidade patronal tem a obrigação de informar o médico do trabalho da retoma da atividade por parte do trabalhador, sempre que esta ocorre após uma ausência superior a seis semanas. O médico do

trabalho pode então convocá-lo para uma consulta de avaliação da aptidão para retomar o seu posto anterior. Esta consulta deve ter lugar antes ou, o mais tardar, no próprio dia da retoma do trabalho.

Pode também, por sua própria iniciativa, solicitar esta avaliação ao médico do trabalho. Com base na sua avaliação, o médico pode propor adaptações ao local ou às condições de trabalho. Se a entidade patronal aceitar essas adaptações, poderá então retomar funções no posto ajustado.

Numa avaliação posterior, cuja data é fixada pelo médico do trabalho, poderão ser definidas novas medidas, em função do seu estado de saúde e da sua capacidade de trabalho.

Reclassificação profissional (interna/externa)

Se se comprovar que já não pode exercer as funções do seu último posto de trabalho por motivos de saúde, o processo de **reclassificação profissional (interna ou externa) - reclassement professionnel (interne/externe)** é iniciado pelo CMSS.



O CMSS avalia a sua situação a fim de o orientar para o regime de apoio mais adequado. Se for constatada uma incapacidade para exercer o último posto de trabalho, o CMSS encaminha o caso para a “comissão mista” (“*commission mixte*”), bem como para o médico do trabalho responsável pelo seu processo.

- Se o médico do trabalho concluir que ainda está apto para continuar a exercer a sua última atividade profissional, a “comissão mista” recusa a reclassificação.
- Se o médico do trabalho determinar que já não está apto para ocupar o seu último posto, a “comissão mista” decide por uma reclassificação profissional, interna ou externa.
- A decisão da “comissão mista” ser-lhe-á comunicada por carta registada no prazo de 15 dias úteis. Pode recorrer da decisão no prazo de 40 dias para o Conselho Arbitral da Segurança Social (*Conseil arbitral de la sécurité sociale*).

A partir do momento em que o processo é encaminhado para a “comissão mista”, passa a beneficiar – salvo em caso de falta grave – de uma proteção especial contra o despedimento. Esta proteção cessa no final do 12.º mês a contar da notificação à entidade patronal da decisão de proceder obrigatoriamente a uma reclassificação profissional interna.

A **reclassificação interna** (na empresa) realiza-se junto da sua atual entidade patronal. O médico do trabalho irá pronunciar-se sobre:

- a sua capacidade para o trabalho;

- a eventual necessidade de redução do horário ou do rendimento laboral;
- as adaptações possíveis ao posto de trabalho;
- a natureza temporária ou permanente da incapacidade para o trabalho;
- os intervalos nos quais deve ser realizada uma nova reavaliação.

A **reclassificação externa** (fora da empresa) realiza-se no mercado de trabalho. É então inscrito como candidato a emprego na Agência para o Desenvolvimento do emprego (*Agence pour le développement de l'emploi*) e pode solicitar o subsídio de desemprego. Se não tiver encontrado um novo emprego após o termo do prazo previsto para o pagamento do subsídio de desemprego (incluindo a renovação), pode, sob certas condições (caso o médico do trabalho ateste que tem capacidade para exercer a sua antiga profissão durante, pelo menos, dez anos ou caso tenha exercido uma profissão durante, pelo menos, dez anos), solicitar uma remuneração transitória profissional, desde que se mantenha inscrito como candidato a emprego.

Se o novo emprego implicar uma perda salarial, tem direito a um pagamento compensatório até que o seu salário atual já não represente qualquer perda em relação ao salário que auferia antes da doença e da reintegração fora do trabalho.

Se beneficiar do estatuto de pessoa em reclassificação profissional, se chegar ao fim do período de atribuição do subsídio de desemprego e sob certas condições (antiguidade de, pelo menos, cinco anos

num posto antes da reclassificação, ou antiguidade de, pelo menos, cinco anos na empresa que esteve na origem da reclassificação profissional externa), pode ter direito a receber uma indemnização profissional de espera (**indemnité professionnelle d'attente**) (IPA). O montante da IPA é limitado a 1,5 vezes o salário social mínimo e está sujeito a contribuições sociais e fiscais. A IPA é atribuída, suspensa e paga pela ADEM.

Atenção: o pedido de indemnização profissional de espera deve ser apresentado no **prazo de seis meses** a contar do fim dos direitos ao subsídio de desemprego.

Serviço de Deficiência e Reclassificação Profissional da ADEM –

Service handicap et reclassement professionnel de l'ADEM

T 247-88 888

E através de um formulário de contacto

Devo mencionar a minha doença se me apresentar a uma entrevista de emprego?

As doenças são, em regra geral, algo muito pessoal e fazem parte da esfera privada, até mesmo íntima. Assim sendo, se já superou um cancro e for convidado para uma entrevista de emprego, não é obrigado a falar sobre a sua doença.

No entanto, lembre-se de que, quando assinar um contrato de trabalho, terá de se submeter a um exame médico de admissão realizado pela medicina do trabalho. Este exame permite ao médico determinar se tem as capacidades necessárias para o cargo e se o contrato de trabalho é válido.

O que devo saber se, muito provavelmente, já não conseguir voltar a trabalhar?

Se estiver de baixa médica prolongada e não for provável que volte a trabalhar, é importante procurar, o quanto antes, a cobertura social adequada e realizar os procedimentos necessários.

Em caso de incapacidade para o trabalho prolongada, é habitual ser convocado para um exame de controlo médico pelo CMSS, geralmente após seis semanas.

Saiba que o cenário que se aplica ao seu caso frequentemente não é decidido no primeiro exame médico (após seis semanas consecutivas de baixa médica) realizado pelo CMSS, uma vez que depende da evolução da sua doença e da sua recuperação. O mais importante é que as medidas para garantir a sua cobertura social adequada sejam tomadas antes de atingir o total das 78 semanas.

Da sua parte, mantenha-se atento ao número de dias acumulados no âmbito das 78 semanas. Se verificar que as suas incapacidades para o trabalho o estão a aproximar cada vez mais do limite das 78 semanas (quer sejam consecutivas ou descontínuas), e após o primeiro exame de controlo não tiver recebido qualquer convocatória para uma nova avaliação do CMSS, pode marcar a sua própria consulta com a medicina do trabalho competente. O médico pode analisar a sua situação em relação à adequação da sua vida profissional à sua doença e implementar medidas, se necessário.

Como gerir o cancro no trabalho?

Receber um diagnóstico de cancro afeta todas as áreas da sua vida, incluindo a área profissional.

Elaborar uma estratégia e dedicar tempo para refletir sobre as informações que irá comunicar à sua entidade patronal e/ou aos seus colegas, assim como sobre a forma como o fará, pode ajudá-lo a superar este desafio. Prepare-se para enfrentar um leque de reações e emoções.

Devo informar a minha entidade patronal do meu diagnóstico?

Para se preparar, converse com a equipa médica que o acompanha, a fim de obter todas as informações necessárias sobre o seu estado de saúde, o prognóstico e como o seu tratamento pode afetar a sua capacidade de trabalhar. Lembre-se de que esta pode evoluir durante e após o tratamento.

Nada o obriga a informar, em detalhe, a sua entidade patronal sobre o seu diagnóstico e o seu tratamento. No entanto, manter um diálogo transparente com a sua entidade patronal pode ajudá-lo a obter o apoio de que necessita, incluindo adaptações e mudanças razoáveis que facilitem as suas condições de trabalho.

Quem devo informar no trabalho e como?

Fica ao seu critério informar a sua entidade patronal imediatamente sobre a sua doença ou não. Um diagnóstico de cancro é um assunto difícil de abordar, e é compreensível que o incomode ou o assuste revelar o seu estado de saúde à sua entidade patronal e/ou aos seus colegas. Por outro lado, o seu gestor/superior hierárquico e os seus colegas podem oferecer um apoio valioso.

Natureza e extensão das informações a comunicar e solicitar

O que diz à entidade patronal sobre o seu diagnóstico depende de vários fatores, incluindo a natureza das suas relações e o impacto potencial do seu tratamento na sua saúde, na sua segurança e na dos seus colegas. Lembre-se de que informar a sua entidade patronal sobre o seu diagnóstico não significa que os seus colegas também devam ser informados. O seu superior hierárquico, gestor ou entidade patronal não tem o direito de utilizar informações médicas sobre si, nem de as comunicar a terceiros, a menos que dê o seu consentimento expresso.

Se decidir comunicar quaisquer informações, pode considerar abordar os seguintes pontos:

- os seus sintomas;
- o seu diagnóstico;
- a natureza do(s) seu(s) tratamento(s), possíveis efeitos secundários e os potenciais impactos na sua saúde física, bem-estar psíquico, e particularmente, na sua assiduidade, produtividade e desempenho;



- a questão da baixa médica de que poderá precisar e a data provável de retoma do trabalho, tendo em conta as informações que possui.

Também pode considerar informar-se sobre:

- as adaptações possíveis, como pausas adicionais (devido à dor ou ao cansaço, ou para se deslocar a consultas médicas), horários reduzidos, teletrabalho, trabalho a tempo parcial, alterações no seu posto de trabalho (por exemplo, uma cadeira adaptada, uma secretária com altura regulável ou ferramentas de trabalho ergonômicas), ou qualquer outra necessidade previsível;
- o apoio que lhe pode ser prestado para exercer as suas funções e realizar as tarefas que lhe foram atribuídas;
- as prestações a que tem direito, os direitos dos trabalhadores e a política da empresa em matéria de subsídios de doença, baixas médicas, saúde no trabalho, programas de apoio, etc.

Antes de comunicar o seu diagnóstico pela primeira vez à entidade patronal, pode ser útil escrever o que pretende dizer. Também é aconselhável anotar antes da reunião com a entidade patronal quaisquer questões ou preocupações e, após a reunião, registar todas as adaptações às suas condições de trabalho que tenha acordado com a sua entidade patronal.

Trabalhar durante o tratamento

A sua aptidão para trabalhar durante o tratamento dependerá de vários fatores, como as recomendações da equipa médica que o acompanha, o tipo de cancro e o seu estado, o tipo de tratamento que irá seguir e os seus efeitos secundários, o seu estado geral e as suas escolhas pessoais, o tipo de trabalho que exerce, assim como a política da empresa relativamente aos subsídios diários, aos períodos de baixa médica e à saúde no trabalho.



Como posso comunicar à minha entidade patronal que estou apto a continuar a trabalhar durante o tratamento, se o meu médico me aconselhou a fazê-lo?

Se o seu médico lhe indicar que pode continuar a trabalhar durante o tratamento e decidir fazê-lo, pode discutir com a sua entidade patronal e/ou com o departamento de recursos humanos (caso exista) as opções possíveis, de modo a encontrar um equilíbrio entre o trabalho e o tratamento.

Regresso ao trabalho após um tratamento

Quando, após terminar o tratamento, se sentir pronto para regressar ao trabalho, informe-se sobre as diretrizes e políticas relevantes que possam facilitar a retoma completa do trabalho.

A sua equipa, os seus superiores hierárquicos e gestores podem mostrar-se cautelosos quanto ao seu regresso ao trabalho.

Anteça-se e informe os seus gestores, superiores hierárquicos e colegas sobre o que pode contribuir para o sucesso do processo de reintegração.

Aqui estão algumas recomendações para o ajudar a preparar-se para o regresso ao trabalho após o tratamento:

- Informo a minha entidade patronal o mais rapidamente possível sobre a minha intenção de retomar o trabalho e informo o meu gestor/superior hierárquico sobre

o meu estado de saúde e qualquer efeito secundário tardio que me afete (por exemplo, cansaço, dores, dificuldade em concentrar-me se não fizer pausas, mobilidade reduzida, etc.);

- Se não tiver a certeza de que estou apto a retomar o trabalho a tempo inteiro, discuto com o meu gestor/superior hierárquico as opções e ajustes temporários possíveis (por exemplo, alívio ou alteração das tarefas, mudanças no meu posto de trabalho, retoma progressiva do trabalho, redefinição do meu posto, trabalho a tempo parcial, etc.);
- Expresso as minhas preocupações e explico o que funciona bem e o que precisa de ser ajustado no âmbito profissional, em reuniões regulares com o meu gestor/superior hierárquico;
- Dedico tempo a cuidar de mim, de modo a reduzir o stress ao mínimo e a abordar o regresso ao trabalho nas melhores condições (por exemplo, mantenho uma alimentação saudável e equilibrada, pratico atividade física regularmente e relaxo após o trabalho, etc.).

A Fondation Cancer coloca à sua disposição [um guia para trabalhadores](#) com todas as informações sobre como gerir o cancro no local de trabalho.



O desemprego

Se está sem emprego, mas capaz de trabalhar, pode ter direito ao subsídio de desemprego. No entanto, deve preencher alguns requisitos.

Perdi o meu emprego. Quais são as condições para beneficiar do subsídio de desemprego?

Se está desempregado, pode solicitar o subsídio de desemprego assim que estiver novamente apto para trabalhar e deixar de receber subsídios por doença.

Condições prévias para beneficiar do subsídio de desemprego:

- perdeu o seu emprego independentemente da sua vontade (desempregado involuntário);
- está registado como candidato a emprego junto da ADEM;
- tem pelo menos 16 anos e não ultrapassou os 64 anos de idade;
- não afigere uma pensão de invalidez, uma pensão de velhice ou uma pensão plena por acidente;
- deve estar apto para trabalhar, disponível para trabalhar e pronto para aceitar qualquer trabalho adequado;
- trabalhou como assalariado durante, pelo menos, 26 semanas (com um mínimo de 16 horas por semana) nos 12 meses que antecedem a sua inscrição como candidato a emprego;
- está domiciliado no Luxemburgo.

Montante do subsídio de desemprego

O subsídio de desemprego corresponde a 80 % do seu último salário bruto. Se tem filhos a cargo, a taxa será aumentada para 85 %. O subsídio de desemprego não poderá ultrapassar o montante equivalente a 2,5 vezes o *salário social mínimo* (SSM). Este limite será decrescente e será reduzido à medida que o subsídio continuar. Neste contexto, falamos de degressividade do limite:

- após seis meses de desemprego: o limite é reduzido para 200 % do SSM;
- após 12 meses: o limite é reduzido para 150 % do SSM, aplicável aos candidatos a emprego que podem obter uma extensão do subsídio para além dos 12 meses.

Duração do subsídio

A duração da prestação do subsídio de desemprego depende da duração do trabalho realizado durante o período de referência de 12 meses do candidato a emprego. Este subsídio pode durar até 12 meses no máximo.

Exemplo: se, durante os 12 meses anteriores ao dia da inscrição como candidato a emprego, tiver realizado sete meses e 21 dias de trabalho, receberá o subsídio durante oito meses.

Consoante o caso, é possível solicitar uma prorrogação através de um pedido junto da ADEM, caso:

- tenha mais de 50 anos e

- tenha contribuído para o fundo de pensões durante 20, 25 ou 30 anos,
- a duração do pagamento do subsídio de desemprego pode ser prorrogada em conformidade (+12 meses / +9 meses / +6 meses), sabendo-se que a duração total não pode ultrapassar os 24 meses.



Informações e contacto

ADEM

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h

T 24 78 88 88

E através de um [formulário de contacto](#)



Invalidez e necessidades específicas

Se não puder exercer uma atividade profissional por motivos de saúde, pode solicitar uma pensão de invalidez, sendo importante conhecer as condições e os direitos associados. É considerado em situação de invalidez o beneficiário que, em consequência de uma doença prolongada, tenha sofrido uma perda da capacidade de trabalho tal que fique impedido de exercer a profissão que desempenhava por último ou outra ocupação condizente com as suas forças e aptidões.

Não posso mais exercer uma atividade profissional por motivos de saúde. Vou receber uma pensão de invalidez?

Neste caso, o seu estado de invalidez será determinado. Após submeter o seu pedido à Caixa Nacional de Seguro Pensão (*Caisse nationale d'assurance pension*) (CNAP), será avaliado para determinar se irá receber uma pensão de invalidez temporária ou definitiva. O valor da pensão de invalidez é calculado com base no seu salário e no número de anos de trabalho.

Condições para obter a pensão de invalidez:

- deve ter sido beneficiário por pelo menos 12 meses nos três anos anteriores à data do início da invalidez;
- não deve ter atingido a idade habitual de reforma (65 anos).

Posso trabalhar a tempo parcial, mesmo que receba uma pensão de invalidez?

Se voltar a trabalhar de forma remunerada, é obrigado a informar imediatamente a entidade competente pela atribuição da pensão, uma vez que, em caso de acumulação da pensão de invalidez com salários e vencimentos, a pensão de invalidez pode ser reduzida.



Nota importante

- O rendimento anual dessas atividades profissionais não deve exceder um terço do salário mínimo social anual.
- Se voltar a exercer uma atividade independente sujeita a seguro obrigatório, a pensão de invalidez será retirada.

Informações e contacto

Caixa Nacional de Seguro Pensão – *Caisse nationale d'assurance pension* (CNAP)

T 22 41 41 1

F 22 41 41-64 43

E apenas através do [sítio internet](#)

Em que situação posso solicitar um apoio financeiro adicional à pensão de invalidez?

Se a sua pensão de invalidez for inferior ao limiar do mínimo social equivalente ao montante do Rendimento Social de Inserção (*revenu d'inclusion social*) REVIS 1 802,45€ brutos para uma pessoa adulta (situação

em 09.2023), e se cumprir as condições prévias, pode solicitar um apoio financeiro complementar sob a forma de REVIS/abono de inclusão. Pode candidatar-se diretamente junto do Fundo Nacional de Solidariedade (*Fonds national de solidarité*) (FNS). Uma consulta com os serviços sociais da sua Comuna pode ajudá-lo na sua candidatura.

Contacto

**Fundo Nacional de Solidarité –
Fonds national de solidarité (FNS)**

T 49 10 811

F 26 12 34 64

E info@fns.public.lu

O cartão de invalidez - O que devo saber?

Se tiver uma deficiência de pelo menos 30 %, pode candidatar-se a um cartão de invalidez.

Existem três categorias:

- cartão de invalidez categoria A: para pessoas com um grau de invalidez física entre 30 % e 49 %;
- cartão de invalidez categoria B: para pessoas com um grau de invalidez física superior a 50 %. Têm direito de prioridade de passagem ou de atendimento, bem como a um lugar sentado em todas as circunstâncias;
- cartão de invalidez categoria C: para pessoas cujo estado físico ou mental é tal que não se podem deslocar sem a assistência de uma terceira pessoa.

Com o cartão C, todos os direitos do cartão B são transferidos para a pessoa

acompanhante. Os cartões de invalidez das categorias B e C permitem isenção total do imposto sobre veículos automóveis.

Pode apresentar os pedidos através de um formulário em duplicado, acompanhado de duas fotografias de identificação recentes, na administração comunal da sua residência.

Quais são as condições para obter um cartão de prioridade (dístico de estacionamento - *vignette de stationnement*) que dá acesso a lugares de estacionamento reservados a pessoas com deficiência?

Para obter um dístico de estacionamento para pessoas com deficiência (*carte de stationnement pour personnes handicapées*), deve cumprir as seguintes condições:

- a sua deficiência existe há pelo menos seis meses e não consegue percorrer, sozinho, mais de 100 metros, com ou sem pausas;
- precisa de muletas ou de uma cadeira de rodas para se deslocar;
- ou é invisual.

Necessita de uma fotografia de identificação e de um formulário específico, que pode pedir ou descarregar junto do Ministério do Desenvolvimento Sustentável e das Infraestruturas (*Ministère du Développement durable et des Infrastructures*).

O seu médico assistente deve certificar a sua deficiência no verso do formulário.

Deve enviar o formulário preenchido,

juntamente com a fotografia de identificação, para o endereço abaixo indicado.

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

O que devo saber sobre o estatuto de trabalhador com deficiência?

Uma capacidade reduzida para trabalhar pode ser consequência de uma deficiência física, mental, sensorial ou psicológica e/ou de dificuldades psicossociais. Os conceitos de capacidade de trabalho reduzida e invalidez são frequentemente usados de forma sinónima no contexto de doença e trabalho.

Para adquirir o estatuto de trabalhador com deficiência, deve apresentar uma diminuição da sua capacidade de trabalho de pelo menos 30 % e o seu estado médico deve ser estável. Não deve ter iniciado um processo de invalidez.

Se obtiver o estatuto de trabalhador com deficiência, pode beneficiar de medidas de apoio, como:

- formação e reorientação profissionais;
- adaptação do seu local de trabalho;
- seis dias de férias adicionais.

Informações e contacto

**ADEM - Comissão de Orientação e
Reclassificação Profissional –
ADEM - Commission d'orientation et de
reclassement professionnel**

T 247-88 888

E através de um formulário de contacto

O rendimento para trabalhadores com deficiência grave - *revenu pour salariés gravement handicapés (RSH)*. O que devo saber?

Se, em consequência do cancro, se encontrar na impossibilidade de exercer uma atividade profissional, pode solicitar o rendimento para trabalhadores com deficiência. Para isso, deve cumprir um conjunto de condições:

- está em situação de deficiência reconhecida;
- tem o estatuto de trabalhador com deficiência;
- por razões alheias à sua vontade, não consegue encontrar uma ocupação profissional correspondente às suas necessidades;
- está domiciliado no Luxemburgo, tem mais de 18 anos e menos de 65 anos;
- tem um rendimento inferior ao RSH.

Nestas condições, e a partir do momento em que não receba mais ou não receba o subsídio de desemprego, pode inscrever-se na ADEM como trabalhador com deficiência à procura de emprego.

Para dispor de recursos financeiros durante o seu período de procura de emprego, pode candidatar-se ao RSH.



IV. Litígios e seguro

Em caso de litígio

Se considerar que os seus direitos enquanto paciente não foram respeitados, é fundamental, em primeiro lugar, procurar o diálogo com a pessoa ou instituição em questão. Se um acordo amigável se revelar impossível, pode contestar uma decisão ou apresentar um recurso/apresentar uma queixa.

Pode encontrar conselhos e apoio nos seguintes serviços:

Serviço Nacional de Informação e Mediação na área da Saúde –
Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

T 24 77 55 15

E info@mediateursante.lu

Patienten Vertretung

T 49 14 57 1

E info@patientevertriebung.lu

Sinto-me lesado por uma decisão proveniente de uma instituição da segurança social. O que devo saber sobre os procedimentos legais e as jurisdições competentes em matéria de segurança social?

Existem diferentes vias de recurso legal disponíveis para si. As moradas estão listadas na secção V. Moradas úteis p. 68.

Se estiver em desacordo com uma decisão da CMSS, da CNS, etc., deve, em primeiro lugar, apresentar uma oposição por escrito, por carta registada, dentro do prazo indicado na notificação. Para tal, não precisa de consultar um advogado. Nesta carta, solicita à instituição em questão a revisão da decisão tomada.

Em caso de problema com as tarifas/honorários no âmbito da saúde, deve contactar a Comissão de Supervisão da Segurança Social (*Commission de surveillance de la sécurité sociale*).

Comissão de Supervisão da Segurança Social – *Commission de surveillance de la sécurité sociale*

Ministère de la sécurité sociale
Commission de surveillance

T 24 78 63 85

Em seguida, pode apresentar uma queixa formal junto do Conselho Arbitral da Segurança Social (*Conseil arbitral de la sécurité sociale*) (CASS). A intervenção de um advogado não é necessária. O CASS delibera sobre todas as queixas cujo valor do litígio seja inferior a 1.250 €.

Conselho Arbitral da Segurança Social
– Conseil arbitral de la sécurité sociale
(CASS)

T 45 32 86 600

F 44 32 66

Pode recorrer de uma decisão do CASS junto do Conselho Superior da Segurança Social (*Conseil supérieur de la sécurité sociale*) (CSSS) caso o valor do litígio seja superior a 1.250 €. Não é necessário recorrer a um advogado.

Conselho Superior da Segurança Social
– Conseil supérieur de la sécurité sociale
(CSSS)

T 26 26 05 1

F 26 26 05 38

Em última instância, pode interpor recurso contra as sentenças dos conselhos acima mencionados junto do Supremo Tribunal de Justiça - *Cour de cassation*. Este processo requer a presença de um advogado.

Também pode recorrer ao Ombudsman.

Ombudsman Luxembourg

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

Tenho dificuldades em receber o meu subsídio de desemprego. A quem posso recorrer?

Em caso de problema relacionado com o seu subsídio de desemprego (por exemplo, recusa do pedido), pode solicitar uma reanálise do seu processo pela Comissão Especial de Reanálise (*Commission spéciale de réexamen*) da ADEM dentro do prazo de 40 dias.

Comissão especial de reavaliação ADEM
– Commission spéciale de réexamen
ADEM

T 247-88 888

Estou em litígio com a minha entidade patronal. A quem posso recorrer?

Se não concordar com uma decisão da sua entidade patronal, pode pedir ajuda ao delegado do pessoal ou ao seu sindicato. Também pode obter ajuda e apoio junto da Inspeção do Trabalho e das Minas (*Inspection du Travail et des Mines*) (ITM).

A ITM tem como missão supervisionar a aplicação do direito do trabalho (condições de trabalho regulamentares, medidas de segurança, etc.) e evitar ou arbitrar conflitos laborais.

Pode processar a entidade patronal judicialmente, com penas que vão desde a advertência até o encerramento da empresa e à remessa do processo ao Ministério Público para prosseguimento de ações penais.

Em caso de dúvidas ou para agendar uma marcação:

Inspecção do Trabalho e das Minas –
Inspection du Travail et des Mines

T 247-76100

E através do formulário de contacto

Se o seu problema não for da competência da ITM, esta encaminhá-lo-á para o Gabinete Nacional de Conciliação (*Office national de conciliation*).

Aspectos jurídicos: pareceres e assistência

Nesta secção, encontrará toda a informação para obter um parecer jurídico e/ou assistência jurídica gratuita.

Precisa de um parecer jurídico?

O Serviço de Acolhimento e Informação Jurídica (*Service d'accueil et d'information juridique*) (SAIJ) oferece

informações e conselhos sobre questões jurídicas de forma gratuita, mas não poderá representá-lo. Se necessário, poderá encaminhá-lo para outros interlocutores.

Os escritórios estão localizados no Luxemburgo e em Diekirch; pode consultar livremente o escritório da sua escolha.

Serviço de Acolhimento e Informação Jurídica - Luxemburgo – *Service d'accueil et d'information juridique - Luxembourg*

T 47 59 81 – 2600 (para uma marcação)

E pgsin@justice.etat.lu

De segunda a sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 13h às 16h30, com marcação prévia, exceto às segundas-feiras.



O serviço de informação prestado por advogados está disponível todos os sábados de manhã, das 8h30 às 12h30 (também aberto durante as férias judiciais).

Recomenda-se que consulte a página de atualidades para verificar se o serviço está aberto antes de se deslocar.

Serviço de Acolhimento e Informação Jurídica - Diekirch – *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

Todas as quartas-feiras, das 9h às 11h30 e das 14h30 às 17h, sem marcação prévia.

Preciso de recorrer a um advogado, mas não tenho meios para pagar os honorários. O que posso fazer?

Se precisar de **um advogado para se defender**, mas não puder pagar os honorários, pode solicitar assistência jurídica gratuita. Para isso, deve preencher um formulário para o seu pedido de assistência jurídica gratuita.

Tem também a possibilidade de obter o formulário diretamente nos escritórios dos dois círculos judiciais.

Após preencher o formulário, deve enviá-lo para o tribunal judicial competente (Luxemburgo ou Diekirch).

Para o Luxemburgo, o formulário devidamente preenchido, juntamente com os documentos solicitados, deve ser enviado para aj@barreau.lu ou entregue no escritório da assistência jurídica.

Serviço de assistência jurídica – *Service de l'assistance judiciaire*

T 46 72 72-1

Permanências para a entrega do processo: às segundas e quintas-feiras, das 9h30 às 11h30.

Para Diekirch, o formulário devidamente preenchido, juntamente com os documentos solicitados, deve ser enviado para info.diekirch@barreau.lu.

Tribunal Judicial de Diekirch – *Arrondissement judiciaire de Diekirch* **Bastonário da Ordem dos Advogados de Diekirch – *Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Diekirch***

E info.diekirch@barreau.lu



Seguro de saldo em dívida / Direito ao esquecimento - *Droit à l'oubli*

Em princípio, se quiser obter um crédito hipotecário junto de um banco, deverá contratar, junto de uma companhia de seguros à sua escolha, um seguro de saldo em dívida. Este seguro garante o reembolso de um empréstimo imobiliário face a certos riscos e constitui frequentemente uma condição para a obtenção de um crédito imobiliário. Contudo, as pessoas com risco de saúde agravado devem pagar uma sobretaxa, ou seja, um prémio adicional.

E, para as pessoas que tiveram cancro, esta sobretaxa pode ser tão elevada que as impede financeiramente de subscrever um crédito imobiliário. E isto pode ocorrer mesmo que já estejam curadas do cancro há bastante tempo ou que o cancro tenha sido diagnosticado numa fase inicial.

O Princípio do Direito ao Esquecimento

O Direito ao Esquecimento permite que já não seja necessário declarar um cancro ocorrido no passado. Este é o direito de uma pessoa que deseja subscrever um seguro de crédito hipotecário para garantir um empréstimo imobiliário para a aquisição de uma residência principal, de não declarar um cancro após um determinado tempo. Este direito aplica-se:

- apenas e exclusivamente ao seguro

de saldo em dívida (excluindo expressamente as garantias de invalidez e incapacidade);

- a um crédito ou créditos imobiliários com o objetivo de adquirir a residência principal ou espaços comerciais;
- quando o montante máximo da cobertura do seguro de saldo em dívida não ultrapasse 1.000.000 €. Não se aplica em caso de aquisição de uma residência secundária ou para investimentos para fins de arrendamento.

A idade do tomador de seguro também é relevante: este deve ter menos de 70 anos.

Direito ao Esquecimento sem obrigação de declaração

Na prática, ao solicitar um seguro de saldo em dívida para um crédito imobiliário:

- o candidato tomador de seguro tem o direito de não declarar o cancro, desde que o protocolo terapêutico relativo ao cancro tenha terminado **há mais de dez anos** (cinco anos para os cancros diagnosticados até aos 18 anos completos) e **sem recidiva**.
- as companhias de seguros comprometem-se a não considerar qualquer informação médica relativa ao cancro na aceitação do risco e no cálculo do prémio do seguro de saldo em dívida, desde que o protocolo terapêutico relativo a esse cancro tenha terminado há mais de dez anos e sem recidiva (idem para cancros diagnosticados até aos 18 anos, mas cujo protocolo terapêutico tenha terminado há mais de cinco anos e sem recidiva).

Direito ao esquecimento com obrigação de declaração

Existe uma lista com vários tipos de cancro, chamada *Grelha de Referência (Parte I)*, que complementa este dispositivo do *direito ao esquecimento*. Esta grelha baseia-se na Grelha de Referência francesa de 16 de julho de 2018.

Ao solicitar um seguro de saldo em dívida para um crédito imobiliário, o requerente, curado de um cancro específico (dez tipos específicos de cancro), deverá declarar a sua patologia, mas, se determinadas condições forem cumpridas, a seguradora não poderá excluir o candidato ao seguro nem exigir um suplemento.

Dessa forma, o requerente terá um prazo para aceder ao seguro de saldo em dívida, sem suplemento (inferior a dez anos, ou cinco anos, após o fim do tratamento e sem recidiva).

Se as condições estiverem reunidas, nenhuma informação médica relativa a um cancro será levada em consideração para o acesso ao seguro e para o cálculo dos prémios do seguro de saldo em dívida.



Nota importante

Por fim de protocolo terapêutico, entende-se «a data de término do tratamento ativo do cancro, na ausência de recidiva, por cirurgia, radioterapia, quimioterapia, realizadas em estrutura autorizada, a partir do qual já não é necessário nenhum tratamento adicional, com exceção da possibilidade de um tratamento contínuo sob a forma de hormonioterapia ou imunoterapia.».

Por recidiva, entende-se «qualquer nova manifestação clinicamente constatada do cancro, seja por meio de exame clínico, biológico ou de imagem.».



V. Endereços úteis

Caixa Nacional de Saúde –

Caisse nationale de santé (CNS)

4, rue Mercier

L-2144 Luxemburgo-Gare

Endereço postal: L-2980 Luxemburgo

T 27 57-1

E através de um [formulário de contacto](#)

Caixa de Doença dos Funcionários e

Empregados Comunaux –

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)

20, avenue Emile Reuter

L-2420 Luxemburgo

Endereço postal: B.P. 328

L-2013 Luxemburgo

T 45 05 15

Caixa de Doença dos Funcionários e

Agentes da Função Pública –

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)

32, avenue Marie-Thérèse

L-2132 Luxemburgo

T 45 16 81

E cmfep@secu.lu

Caixa Nacional de Seguro Pensão –

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

1, boulevard Prince Henri

L-1724 Luxemburgo

T 22 41 41 1

T 224141-6500

E apenas para o sítio internet

Assistência Médica Mútua da Sociedade Nacional dos Caminhos-de-Ferro

Luxemburgueses –

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

2B, rue de la Paix

L-2312 Luxemburgo

T 49 90 - 3416

Controlo médico da segurança social –

Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

4, rue Mercier

L-2144 Luxemburgo-Gare

B.P. 1342 L-1013 Luxemburgo

T 24 76 75 00



Conselho Superior da Segurança Social –
Conseil supérieur de la sécurité sociale
(CSSS)

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

Conselho Arbitral da Segurança Social –
Conseil arbitral de la sécurité sociale
(CASS)

271, route d'Arlon
L-1150 Luxemburgo

Administração de Avaliação e
Controlo do Seguro –
Administration d'évaluation et de
contrôle de l'assurance (AEC)

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

SMA Serviço Meios Acessórios –
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 Luxemburgo
T 24 78 88 88
E através de um formulário de contacto

ITM Inspecção do Trabalho e das Minas –
ITM Inspection du Travail et des Mines

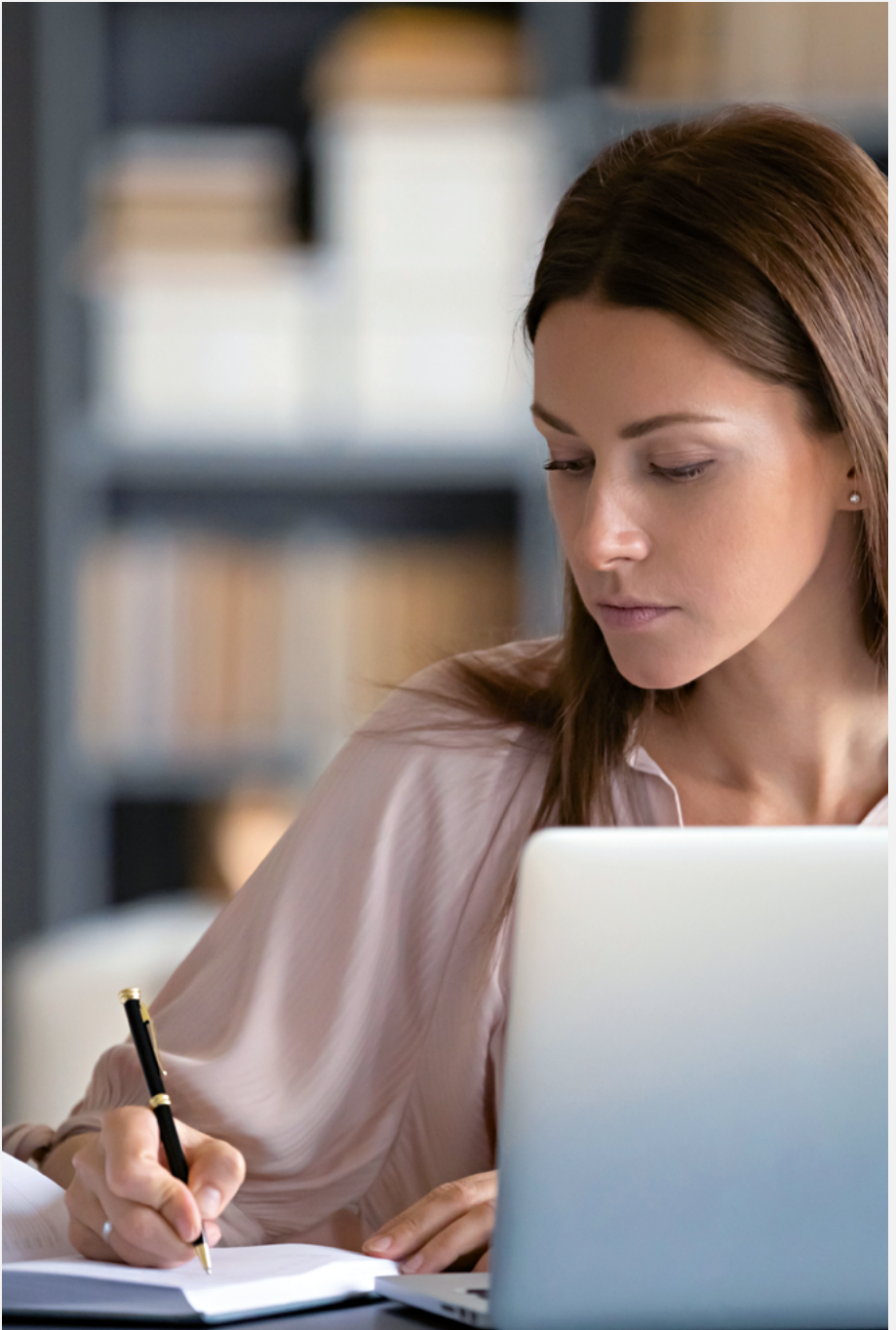
3, rue des Primeurs
L-2361 Strassen
T 247-76100
E através do formulário de contacto

FNS Fundo Nacional de Solidariedade –
FNS Fonds national de solidarité

8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxemburgo
Endereço postal: B.P. 2411
L-1024 Luxemburgo
T 49 10 811
F 26 12 34 64
E info@fns.public.lu

Serviço Nacional de Informação e
Mediação na área da Saúde –
Service national d'information et de
médiation dans le domaine de la santé

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



Patiente Vertriebung

1B, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

T 49 14 57 1**E** info@patientevertriebung.lu**Ombudsman Luxemburgo**

36, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 Luxemburgo

T 26 27 01 01**E** info@ombudsman.lu**Centro Hospitalar Emile Mayrisch –****Centre Hospitalier Emile Mayrisch**
(CHEM)

Rue Emile Mayrisch

L-4240 Esch-sur-Alzette

T 57 11 1**Centro Hospitalar do Luxemburgo –****Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)**

4, rue Ernest Barblé

L-1210 Luxemburgo

T 44 11 11**CHL Eich**

L-1460 Luxemburgo

T 44 11 12**Hospital Kirchberg –****Hôpital Kirchberg (HRS)**

9, rue Edward Steichen

L-2540 Luxemburgo

T 24 68 1**ZithaKlinik (HRS)**

20-30 rue d'Anvers

L-1130 Luxemburgo

T 28 88 1**Centro Hospitalar do Nord –****Centre Hospitalier du Nord (CHdN)**

120, avenue Salentiny

L-9080 Ettelbruck

E chdn@chdn.lu**T** 81 66 1**Centro François Baclesse –****Centre François Baclesse (CFB)****Centro Nacional de Radioterapia –****Centre National de Radiothérapie**

Rue Emile Mayrisch

L-4005 Esch/Alzette

T 26 55 66 1**Haus Omega**

80, rue de Hamm

L-1713 Luxemburgo

E info@hausomega.lu**T** 26 00 37 1

HELP – Doheem Versuergt

11 Place Francois-Joseph Dargent
L-1413 Luxemburgo
E info@help.lu

Päiperléck S.à.r.l.

1b, rue Stohlbou
L-6181 Gonderange
E info@paiperleck.lu

Stiftung Hëllef Doheem

48a, avenue Gaston Diderich
L-1420 Luxemburgo
E info@shd.lu
T 40 20 80

Centro de Reabilitação do

Castelo de Colpach –

Centre de réhabilitation du

Château de Colpach

1, Am Schlaspark
L-8527 Colpach-Bas
T 27 55 43 00
E crcc@croix-rouge.lu

Ajuda familiar

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

Ministério do Trabalho, do Emprego e da

Economia Social e Solidária –

Ministère du Travail, de l'Emploi et de

l'Économie sociale et solidaire

26, rue Sainte-Zithe
L-2939 Luxemburgo
T 2478-6130

Administração das Alfândegas e dos

Impostos Especiais sobre o Consumo

(Direção) –

Administration des douanes et accises

(Direction)

22, rue de Bitbourg
L-1273 Luxemburgo
T 28 18 28 18 (central)



**Ministério do Ambiente, Clima e
Desenvolvimento Sustentável – Ministère
de l'Environnement, du Climat et du
Développement durable**

**Departamento dos Transportes –
Département des transports**

4, place de l'Europe
L-1499 Luxemburgo

**Ministério da Segurança Social –
Ministère de la sécurité sociale**

26, rue Sainte Zithe
L-2763 Luxemburgo

**Serviço de Acolhimento e Informação
Jurídica - Luxemburgo –
Service d'accueil et d'information
juridique - Luxembourg**

Cité judiciaire - Bâtiment BC
L-2080 Luxemburgo

**Serviço de Acolhimento e Informação
Jurídica – Service d'accueil et
d'information juridique - Diekirch**

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

**Serviço de Assistência Jurídica –
Service de l'assistance judiciaire**

45, allée Scheffer
L-2520 Luxemburgo

**ACircunscrição Judicial de Diekirch -
Bastonário da Ordem dos Advogados
de Diekirch –**

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

B.P. 68
L-9201 Diekirch



A Fundação Cancro, para si, consigo, graças a si.

Fundada em 1994 no Luxemburgo, a Fondation Cancer tem trabalhado incansavelmente há mais de 30 anos na luta contra o cancro. Além da informação focada na prevenção, rastreio e vida com o cancro, uma das suas missões consiste em ajudar os doentes e os seus familiares. Financiar projetos de investigação sobre o cancro constitui o terceiro pilar das missões da Fondation Cancer, que organiza anualmente o grande evento de solidariedade *Relais pour la Vie*. Todas essas missões são possíveis graças à generosidade dos nossos doadores.

Para acompanhar as nossas novidades, descarregue uma das nossas brochuras e mantenha-se em contacto connosco:

cancer.lu

Junte-se a nós nas redes sociais:



@fondationcancer



@relaispourlavieluxembourg



@fondationcancerluxembourg



Fondation Cancer Luxembourg



Fondation Cancer

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

209, route d'Arlon
L-1150 Luxemburgo





Esta brochura foi-lhe entregue gratuitamente graças à generosidade dos doadores da Fondation Cancer. Qualquer pessoa pode, se assim o desejar, apoiar as iniciativas da Fondation Cancer fazendo uma doação fiscalmente dedutível para:



CCPL LU92 1111 0002 8288 0000

A Fondation Cancer é membro fundador da associação *Don en Confiance Luxembourg*.



A Fundação Cancro,
para si, com si,
graças a si.



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