

Cancer du sein et vie quotidienne

La prise en charge sociale de ma maladie



Parcours
de *femmes*



Bristol-Myers Squibb
Oncologie



LA PRISE EN CHARGE SOCIALE DE MA MALADIE

Quelles sont les prestations de protection sociale dont vous bénéficiez ?

Elles recouvrent deux garanties distinctes :

- **L'assurance maladie**
 - remboursement des frais médicaux
 - indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
- **L'assurance invalidité**
(en cas d'incapacité de travail)

L'assurance maladie

Les frais médicaux liés à votre maladie sont pris en charge à 100 %, à condition que celle-ci ait été déclarée et dans certaines limites (Questions - réponses).

Les cancers font partie des 30 maladies appelées : « Affections de Longue Durée » (ALD 30) prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

- Vous êtes totalement exonérée de tous les frais qui concernent votre maladie. Vous ne payez pas le ticket modérateur, c'est à dire la partie des frais qui reste habituellement à votre charge ou à celle de votre mutuelle.
- La prise en charge à 100 % s'applique, sur la base des tarifs de la Sécurité sociale, à tous les actes médicaux, à tous les examens et à tous les médicaments en rapport avec votre maladie.
- Les dépassements d'honoraires ou de tarifs en revanche ne sont pas remboursés mais peuvent être pris en charge par votre mutuelle. Les soins occasionnés par d'autres maladies sans rapport avec votre cancer, ne sont pas non plus remboursés à 100 %, mais pris en charge de la manière habituelle.

- En cas d'hospitalisation complète, le forfait journalier (13 €) reste à votre charge. Il peut être pris en charge par votre mutuelle ou la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire.

Si vous devez interrompre votre activité professionnelle

Les formalités sont différentes selon que vous êtes salariée du secteur privé, artisan, profession libérale, fonctionnaire ou sans emploi.

- Pour les salariées, le médecin prescrit un arrêt de travail dont il indique la durée. Il peut par la suite le prolonger si nécessaire. Des indemnités journalières calculées à partir de votre salaire (demi-salaire de base, augmenté en fonction de votre convention collective) sont versées à partir du 4^{ème} jour d'arrêt. Pour percevoir ces indemnités vous devez justifier d'une durée d'activité minimale.
- Les non-salariées du secteur privé bénéficient désormais de la même prise en charge que les salariées en ce qui concerne les soins. Il s'agit, par exemple, des femmes qui travaillent dans le commerce ou l'artisanat à titre indépendant, ou encore de celles qui exercent une profession libérale. En revanche, pour les pertes de revenus occasionnées aux non-salariées par l'interruption de leur activité professionnelle, seuls les artisans sont couverts par la Sécurité sociale. Les professions libérales ne disposent dans ce domaine que de leur assurance privée. Celle-ci risque d'être insuffisante si vous n'avez souscrit qu'une garantie minimale.
- Les fonctionnaires et assimilées ont droit, sur certificat médical, à des congés maladie. Leur salaire leur est versé intégralement pendant trois mois consécutifs, il est réduit de moitié ensuite. Les avantages familiaux et de résidence sont maintenus. Ces conditions se modifient si la patiente entre en congé de longue durée.
- Les personnes à la recherche d'un emploi reçoivent des indemnités journalières sur la base de leur dernier salaire. Pendant ce temps, leurs indemnités Assedic sont suspendues.

L'assurance invalidité

Une pension d'invalidité peut-être versée à la suite d'une longue maladie à tout salarié de moins de 60 ans, lorsque ses droits aux indemnités journalières sont épuisés (3 ans maximum) et lorsque ses capacités de travail sont altérées. Certaines conditions d'ordre médical et d'ouverture de droit sont à remplir. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre caisse d'assurance maladie.

Le « mi-temps thérapeutique »

On appelle ainsi une reprise du travail à temps partiel. Un mi-temps thérapeutique peut vous être accordé par le médecin-conseil de votre caisse de Sécurité sociale, sur proposition de votre médecin traitant ou de votre médecin du travail. Dans ce cas, vous bénéficiez pendant 3 mois (parfois 6 mois), grâce aux indemnités journalières, de l'équivalent d'un salaire à temps plein pour un travail à mi-temps. Il faut également obtenir l'accord de votre employeur pour qu'il aménage votre temps de travail si votre poste le permet.

**Vous pouvez compléter votre information avec la brochure
REPÈRES
« Cancer : prise en charge sociale et administrative »**

Les fiches pratiques Parcours de Femmes ont été élaborées avec le concours de :

Dominique-Jeanne Féminier,
Europa Donna Forum France,
Institut Sainte Catherine - Avignon



Laure Pascal, Assistante sociale,
Institut Sainte Catherine - Avignon

Daniel Serin, Cancérologue,
Institut Sainte Catherine - Avignon

Questions-réponses

Comment obtenir la prise en charge à 100 % ?

Votre médecin (généraliste ou spécialiste) remplit un formulaire de demande de prise en charge pour Affection de Longue Durée (ALD). Il y précise son diagnostic. Il l'adresse au médecin conseil de l'assurance maladie qui lui renvoie, ainsi qu'à vous même, son acceptation pour une durée déterminée (renouvelable) dans un délai parfois long mais avec un effet rétroactif.

Quels sont les frais qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale ?

La prise en charge à 100 % ne couvre pas le forfait journalier hospitalier. Ce **forfait** est une somme fixe, proportionnelle à la durée de votre hospitalisation, qui reste à votre charge ou à celle de votre mutuelle quel que soit votre taux de remboursement. **Les prothèses et accessoires** sont pris en charge s'ils figurent sur les listes de prestations remboursables. C'est le cas **des perruques et des prothèses mammaires externes**, mais pas celui de certains pansements, notamment. Le tarif de prise en charge peut être inférieur au prix réel de l'accessoire : ainsi, par exemple, alors que le prix d'une perruque est d'au moins 120 €, la Sécurité sociale ne vous remboursera qu'une somme forfaitaire de 76 €. Le reste demeure à votre charge ou à celle de votre mutuelle.

A qui dois-je adresser mon arrêt de travail ?

Votre médecin vous a remis un avis d'arrêt de travail. Vous devez adresser **dans un délai de 48 heures** :

- les volets 1 et 2 de l'avis de l'arrêt de travail à votre caisse d'assurance maladie,
- le volet 3 à votre employeur (ou à l'organisme chômage),
- vous gardez le feuillet 4. Si vous êtes hospitalisée, l'arrêt de travail est remplacé par un bulletin de situation. N'oubliez pas d'envoyer une prolongation de votre arrêt de travail à la sortie de votre hospitalisa-

tion si il n'y a pas de reprise d'activité afin de ne pas interrompre le versement de vos indemnités journalières. Les fonctionnaires communiquent le certificat médical à leur supérieur hiérarchique.

Puis-je m'absenter en période d'arrêt de travail ?

Un arrêt de travail n'est pas une raison pour ne pas prendre de vacances ! Cependant votre médecin doit mentionner sur l'arrêt que vous pouvez vous absenter ; vous aurez à demander l'accord de votre caisse avant de partir et lui donner votre adresse de villégiature.

Combien de temps puis-je bénéficier d'un arrêt de travail ?

Un arrêt de travail peut être prolongé pendant 3 ans. Passé ce délai, il faut envisager une mise en invalidité ou, si vous avez plus de 60 ans, une retraite anticipée. Le congé maladie des fonctionnaires ne peut pas durer plus d'un an. Pour des durées plus longues, vous pouvez bénéficier d'un congé de longue maladie (3 ans), qui peut être remplacé ou suivi par un congé de longue durée (4 à 5 ans).

Les dépassements d'honoraires sont-ils pris en charge ?

- Certains médecins sont en droit de pratiquer des dépassements d'honoraires : leurs tarifs peuvent alors être supérieurs à ce que la Sécurité sociale rembourse.
- Certaines mutuelles prennent en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires. Il est conseillé de demander au médecin ou à sa secrétaire quels sont les honoraires qu'il compte pratiquer, et de se renseigner ensuite auprès de sa mutuelle pour savoir dans quelle mesure l'éventuel dépassement sera remboursé.
- Si vous n'avez pas de mutuelle ou si celle-ci ne prend pas en compte les dépassements d'honoraires, la partie qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale reste entièrement à votre charge.