

Initiative pour l'information sur les cancers femmes

Coordonné par l'Institut européen de la santé des femmes

www.eurohealth.ie

Droits et Remboursements en cas de Maladie

Vous pouvez vous renseigner sur les droits, avantages et remboursements dont vous pouvez bénéficier en cas de maladie au site Internet suivant:

[Ministère de l'Emploi et de la Solidarité](#) - Section Santé

De plus, le site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer offre les renseignements suivants:

Les cancers font partie des maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (prise en charge des soins à 100%), sous la rubrique 30 : "tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique". Ces dispositions sont complétées par une mesure de sauvegarde ou de "mise hors liste" qui permet de prendre en charge à 100% une affection ne figurant pas sur la liste précédente. Cette mesure peut être sollicitée en cas de tumeur bénigne justifiant le recours à des traitements de type "cancérologique", ou lors de séquelles post-thérapeutiques invalidantes sans maladie tumorale persistante.

Pour les salariés, l'ouverture des droits à l'exonération du ticket modérateur nécessite un certain nombre de formalités : certificat médical adressé au médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie demandant la prise en charge au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD); rédaction d'un protocole d'examen spécial, reçu en retour de la demande précédente, comportant le diagnostic, l'état du patient et le programme thérapeutique prévu; utilisation de feuilles de soins spécialement aménagées : zone pour les actes en rapport avec l'ALD (partie inférieure) et zone distincte pour les autres actes médicaux. Cette procédure permet le remboursement à 100% des soins en rapport direct avec l'affection de longue durée à l'exclusion des autres.

Pour la prise en charge des prothèses et appareils, l'assurance maladie exige l'inscription de la fourniture en cause au TIPS (Tableau Interministériel des Prestations Sanitaires), qui détermine le tarif de base de la prise en charge financière (à 100% en cas d'ALD, à 70% dans les autres cas), qui a lieu après entente préalable avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour le petit et le grand appareillage ainsi que pour certains appareils et matériels de traitement.

La prise en charge à 100% pour les travailleurs non salariés est la même que pour les salariés. Cependant, il existe une restriction de bénéficiaire pour les prestations en nature : si l'hospitalisation et les médicaments sont entièrement remboursés, les soins externes et les consultations hospitalières ne le sont qu'à 80-85% ; il en est de même du petit appareillage et des accessoires. En l'absence d'assurance complémentaire, volontaire et personnelle, le travailleur indépendant ne perçoit aucune prestation en espèces au cours de son arrêt de travail.

La prise en charge des soins pour les non-assurés sociaux obéit à un principe fondamental : tout Français malade, privé de ressources suffisantes, peut recevoir, soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier, les soins que nécessite son état. Il faut pour cela résider en France et être Français, ou "réfugié", ou étranger originaire d'un pays ayant passé un accord de réciprocité avec la France. La personne doit prouver l'insuffisance de ses ressources en tenant compte de tous les revenus, professionnels ou autres, de ceux du capital même non productif (prise d'hypothèque possible), ainsi que de l'aide apportée par les personnes tenues à l'obligation alimentaire (conjoint, ascendants ou descendants en ligne directe et au premier degré).

La procédure d'obtention de cette Aide Médicale auprès des services municipaux est différente suivant l'objectif recherché : aide médicale à domicile ou hospitalière. La demande est en général effectuée par l'hôpital dans lequel le patient a été admis ; en dehors de l'urgence et lorsque le patient peut se déplacer, il est conseillé d'établir le dossier à la mairie avant l'admission hospitalière.

Il est recommandé que la personne bénéficiant de l'Aide Médicale souscrive le plus tôt possible une assurance personnelle auprès de la Sécurité sociale, l'Aide sociale prenant en charge les cotisations.

Dans le cadre de la généralisation de la Sécurité Sociale, la loi du 2 janvier 1978 stipule que toute personne, résidant en France et n'ayant pas droit aux prestations de l'assurance maladie obligatoire, relève de l'assurance personnelle. Les étrangers doivent justifier d'un séjour de plus de trois mois, dans des conditions régulières comme en attestent un titre de séjour ou tout autre document en tenant lieu. La demande peut être faite à tout moment auprès de la CPAM de la résidence de l'intéressé. L'ouverture des droits débute au premier jour du mois civil qui suit la date d'effet de l'affiliation et ne concerne que les prestations en nature de l'assurance maladie.

Nicolas Daly-Schveitzer.

[Contenu](#) [Cancom](#) [Retour](#)

Copyright © 2000, 2011 European Institute of Womens Health

European Institute of Womens Health <http://www.eurohealth.ie/>

Vous êtes invités à distribuer et utiliser cette information sans altération.