

Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie

Désignation d'un infirmier référent – 05 juin 2024

La loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 prévoit qu'un patient relevant d'une ALD nécessitant des soins infirmiers puisse déclarer un infirmier référent.

Cet infirmier référent assure une mission de prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

Un décret doit organiser la mise en oeuvre de cette mesure.

Dès sa publication, cette page sera mise à jour.

Dans l'attente, les informations sur cette page restent valables.

Quel est le taux de prise en charge des ALD ? Certaines sont exonérantes : les frais liés aux soins sont remboursés au maximum du plafond. Vous êtes exonéré du ticket modérateur. Le protocole de soins ouvre les droits au 100 % .

D'autres ne sont pas exonérantes : vous êtes alors remboursé aux taux habituels. Nous vous présentons les informations à connaître.

Remboursement des soins par la Sécurité sociale

Conditions du remboursement des soins

Médecin traitant et parcours de soins coordonnés

Ticket modérateur, forfait, franchises

Carte Vitale

Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Ordonnance

Feuille de soins

Accord (entente) préalable

Tiers payant

Remboursement par type de dépense

Consultation médicale

Consultation médicale d'un enfant

Télésanté : télémedecine (téléconsultation, télésurveillance...)

Hospitalisation

Médicaments

Frais de transports

Cure thermique

Lunettes et lentilles

Soins dentaires

Remboursement à 100 %

Affection de longue durée (ALD)

Femme enceinte

Il s'agit d'affections comportant un traitement prolongé et thérapeutique particulièrement coûteuse.

Quelles sont les ALD concernées par l'exonération ?

Différentes pathologies sont concernées par les ALD. Certaines figurent sur une liste.

Liste des ALD 30

Initialement, il y avait 30 affections. Aujourd'hui, l'hypertension artérielle sévère n'est plus incluse dans cette liste.

Toutefois, on continue à l'appeler : liste .

Il s'agit des affections suivantes :

Accident vasculaire cérébral invalidant
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
Bilharziose compliquée
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
Maladie coronaire : infarctus du myocarde
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)
Maladie d'Alzheimer et autres démences
Maladie de Parkinson
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
Mucoviscidose
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)
Paraplégie
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
Polyarthrite rhumatoïde évolutive
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
Sclérose en plaques
Scoliose idiopathique structurale évolutive
Spondylarthrite grave
Suites de transplantation d'organe
Tuberculose active, lèpre
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome).

ALD dites « hors liste » (ALD 31)

À ces affections ALD 30 s'ajoutent **celles dites "hors liste"** (ALD 31, en référence à l'ALD 30).

Elles ne figurent donc pas sur la liste des ALD 30.

Ces maladies évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois avec un traitement est particulièrement coûteux.

La prise en charge doit comprendre obligatoirement un traitement médicamenteux ou un appareillage.

2 critères parmi les 4 suivants sont également obligatoires :

Hospitalisation à venir

Actes techniques médicaux répétés

Actes biologiques répétés

Soins paramédicaux fréquents et réguliers.

Exemple

Maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère, endométriose

Polypathologies (ALD 32)

Le terme polypathologies est employé lorsque vous êtes atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux (ALD 32).

Exemple

Une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.

Quelles sont les conditions de prise en charge des ALD exonérantes ?

3 types d'ALD exonérantes existent : ALD 30, ALD 31 et ALD 32.

Les frais **liés aux soins de l'ALD** sont remboursés au maximum du plafond de remboursement par l'Assurance maladie. On parle **d'exonération du ticket modérateur** ou parfois de « prise en charge à 100 % ».

Votre médecin traitant établit pour vous une demande de prise en charge à 100 % concernant les soins et les traitements liés à votre ALD.

Vous bénéficiez du tiers payant : vous n'avancez pas les frais des soins et traitement en rapport avec votre ALD.

Les soins et les traitements sont pris en charge à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale.

À cet effet, un modèle spécifique d'ordonnance, appelée ordonnance bizone, a été créé. Cette ordonnance comporte 2 zones distinctes :

Une partie haute réservée aux soins en rapport avec l'ALD, pris en charge à 100 %

Une partie basse réservée aux soins sans rapport avec l'ALD, remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Certains frais restent **à votre charge** comme :

Les dépassements d'honoraires

La participation forfaitaire de 2 €

La franchise médicale

Forfait hospitalier.

Votre complémentaire peut prendre en charge le forfait hospitalier et le dépassement d'honoraires.

L'exonération est accordée pour une durée initiale variant suivant l'affection.

Elle est **renouvelable** pour une période équivalente ou pour 10 ans.

À la fin de la période accordée par votre protocole de soins, si votre maladie nécessite toujours des soins actifs, votre médecin fait une demande de renouvellement d'ALD. Ce renouvellement est possible tant que votre état de santé le justifie, sans limite d'âge ou de nombre de renouvellement.

À savoir

Les frais de transport pour traitement ou examen liés à l'ALD des patients présentant une des incapacités nécessitant un transport sanitaire (position allongée, besoin oxygène ou de surveillance...) sont pris en charge sur prescription médicale.

Les frais liés aux soins de l'ALD sont remboursés au maximum du plafond de remboursement par l'Assurance maladie. On parle d'exonération du ticket modérateur ou parfois de « prise en charge à 100 % ».

Votre médecin traitant établit pour vous une demande de prise en charge à 100 % concernant les soins et les traitements liés à votre ALD.

Vous bénéficiez du tiers payant : vous n'avancez pas les frais des soins et traitement en rapport avec votre ALD.

Les soins et les traitements sont pris en charge à 100 % sur la base du tarif de la sécurité sociale. À cet effet, un modèle spécifique d'ordonnance, appelée ordonnance bizone, a été créé. L'ordonnance comporte 2 zones distinctes :

Une partie haute réservée aux soins en rapport avec l'ALD, pris en charge à 100 %

Une partie basse réservée aux soins sans rapport avec l'ALD, remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Certains frais restent **à votre charge** comme :

Les dépassements d'honoraires

La participation forfaitaire de 2 €

La franchise médicale

Forfait hospitalier.

Votre complémentaire peut prendre en charge le forfait hospitalier et le dépassement d'honoraires.

La durée des actes et prestations nécessaires est proposée par le médecin, examinée et validée par le service médical de l'Assurance maladie.

À la fin de la période accordée par votre protocole de soins, si votre maladie nécessite toujours des soins actifs, votre médecin fait une **demande de renouvellement** d'ALD.

Ce renouvellement est possible tant que votre état de santé le justifie, sans limite d'âge ou de nombre de renouvellement.

On parle de cumul de plusieurs affections entraînant un **état pathologique invalidant** nécessitant un traitement :

D'une durée prévisible supérieure à 6 mois

Et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

Exemple

Une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.

Il n'y a **pas de ticket modérateur**, c'est-à-dire de reste à charge une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

En quoi consiste le protocole de soins ?

Le protocole de soins se traduit par un formulaire établi par votre médecin traitant, en concertation avec les autres médecins qui suivent votre ALD.

Le protocole a une durée déterminée.

Il permet la prise en charge à 100 % (sur la base du tarif de la Sécurité sociale), après accord du médecin conseil de l'Assurance maladie.

Il se compose de 3 volets :

1 est conservé par votre médecin traitant

1 est pour le médecin conseil de l'Assurance maladie

1 vous est destiné.

Vous devrez signer ce protocole de soins et le présenter à chaque médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge à 100 % pour les soins liés à votre maladie.

À noter

Dans certains cas, notamment lorsque le diagnostic est établi lors d'une hospitalisation ou dans un contexte d'urgence, un médecin autre que votre médecin traitant peut établir ce protocole de soins et donc faire cette demande.

Le protocole indique les informations suivantes :

Soins, examens biologiques et traitements nécessaires à la prise en charge et au suivi de votre maladie

Soins et les traitements pris en charge à 100 % et ceux qui sont remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Certains soins et traitements peuvent ne pas être pris en charge, comme par exemple les spécialités pharmaceutiques non inscrites sur la liste des médicaments remboursables

Médecins spécialistes en « accès direct », sans passage par le médecin traitant.

La prise en charge par les organismes d'Assurance maladie des actes et prestations des ayants droit mineurs et majeurs infectés par le virus de l'immunodéficience humaine ou par le virus de l'hépatite C est protégée par le secret.

L'Assurance maladie ne fera donc pas mention de ces traitements dans les relevés transmis aux parents ou représentant légal qu'il s'agisse du décompte papier ou du compte Ameli.

À savoir

Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une ALD, tout médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. Mais elle ne sera pas prise en charge par l'Assurance maladie.

Les ALD non exonérantes sont des affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible **supérieure à 6 mois**.

Exemple

À la suite d'une fracture de l'épaule qui s'est compliquée avec la survenue d'une infection, vous êtes arrêté pendant plus de 6 mois et vous obtenez une ALD non exonérante. Vos soins sont remboursés aux taux habituels.

Elles n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur.

Tous vos soins dispensés dans le cadre de l'ALD sont donc remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Cette ALD « non exonérante » vous permet de bénéficier :

D'un arrêt de travail de plus de 6 mois

Et de la prise en charge de vos transports en lien avec l'ALD à la condition d'avoir une prescription médicale.

Si vous êtes en arrêt de travail pour longue maladie, vous pouvez percevoir des indemnités journalières au-delà du 6^e mois, si votre état de santé le justifie. Il faut l'accord du médecin conseil de l'Assurance maladie.

À noter

La durée d'un arrêt de travail ininterrompu ne peut pas dépasser 3 ans.

Au-delà, vous devrez :

Reprendre le travail (avec aménagement ou pas)

Ou être placé en invalidité (avec pension suivant le taux d'incapacité de travail).

Questions – Réponses

- Impôt sur le revenu – Comment sont imposées les indemnités d'arrêt de travail ?

Toutes les questions réponses

Pour en savoir plus

- Les affections de longue durée (ALD)
Source : Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)
- Le régime des affections de longue durée
Source : France Assos Santé

Où s'informer ?

- **Santé Info Droits**

Ligne téléphonique créée par un collectif d'associations d'usagers pour fournir des informations juridiques ou sociales liées à la santé

Par téléphone

01 53 62 40 30

Prix d'un appel local

Service ouvert :

Les lundi, mercredi et vendredi de 14h à 18h

Les mardi et jeudi de 14h à 20h.

Par formulaire

Vous pouvez aussi poser votre question en remplissant le formulaire de contact ;

À partir de ce formulaire, vous pouvez demander à être rappelé.

Le délai de réponse par courriel est de 15 jours.

- Ameli

Services en ligne

- Ordonnance bizon
Formulaire
- Protocole de soins
Formulaire

Et aussi...

Textes de référence

- Code de la sécurité sociale : article D160-4
Liste des ALD exonérantes
- Code de la sécurité sociale : article L324-1
Définition des ALD non exonérantes
- Code de la sécurité sociale : article L160-14
Prise en charge à 100 %
- Code de la sécurité sociale : annexe à l'article D160-4
Durées de prise en charge à 100 %
- Code de la santé publique : article L1172-1
Prescription d'activité physique
- Code de la santé publique : articles D1172-1 à D1172-5
Prescription d'activité physique
- Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports
- Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite à des patients atteints d'une ALD
- Arrêté du 18 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires
Prise en charge des perruques
- Arrêté du 20 mars 2019 modifiant l'arrêté du 18 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires
- Décision du 6 mars 2019 fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des prothèses capillaires et des accessoires
Tarif des perruques



**Ville de
Palavas-les-Flots**

Mairie de Palavas-les-Flots

Horaires : Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h.

Adresse : 16 Boulevard Maréchal Joffre – BP 106 – 34250 Palavas-les-Flots

Tél. : 04 67 07 73 00