

17f - La prise en charge des affections de longue durée (ALD)

Les assurés atteints d'une maladie qui nécessite un suivi, des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ont droit à une prise en charge à 100 % de leurs soins médicaux sous certaines conditions.

<p>Quels sont les types d'ALD ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les 30 affections de longue durée figurant sur une liste établie par décret ; - les formes graves d'une maladie, ou les formes évolutives ou invalidantes d'une maladie grave, non inscrites sur la liste des affections de longue durée et nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements. - les poly-affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements, aussi appelées « poly-pathologies invalidantes ».
<p>Quelle est la procédure à suivre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - à l'initiative de l'assuré qui demande un « examen spécial ». - à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie en cas de présomption d'affection de longue durée ou après 6 mois d'interruption de travail.
<p>Quelles sont les obligations à votre charge ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale et en cas de désaccord, par un expert ; - se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ; - s'abstenir de toute activité non autorisée ; - accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

17f - La prise en charge des affections de longue durée (ALD)

Si vous êtes atteint d'une maladie qui nécessite un suivi, des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux, vous avez droit à une prise en charge des soins à 100 % sous certaines conditions. Vous êtes en effet exonéré du ticket modérateur si vous êtes reconnu atteint d'une affection de longue durée (ALD).

I. Quelles sont les maladies concernées ?

Trois catégories de maladies peuvent entrer dans ce dispositif.

1/ Les 30 affections de longue durée inscrites sur une liste établie par le Ministre de la santé :

- 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 et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- 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 ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique 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 ;
- paraplégie ;

- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

2/ Les affections graves caractérisées :

C'est-à-dire la forme grave d'une maladie, ou la forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, non inscrite sur la liste des affections de longue durée et nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

3/ Les poly-pathologies :

C'est à dire plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

II. Quelles démarches effectuer pour faire reconnaître votre ALD ?

Vous pouvez demander à votre CPAM par lettre recommandée avec accusé de réception ou demande écrite déposée contre récépissé, à faire l'objet d'un examen appelé « examen spécial ». L'initiative peut également venir de la CPAM en cas de présomption d'ALD ou d'interruption de travail supérieure à 6 mois.

Cet examen permet de déterminer le traitement médical. Il donne lieu à l'établissement, de manière conjointe entre le médecin traitant et le médecin conseil d'un « protocole de soins » précisant les actes et prestations nécessités par le traitement de l'ALD, qui seront pris en charge à 100%. L'un des volets du protocole vous est remis à l'occasion d'une consultation.

Attention ! Les anciens protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES) établis antérieurement sont remplacés petit à petit au moment de leur renouvellement.

III. Quelles sont les obligations à respecter ?

La prise en charge des frais de soins à hauteur de 100% est subordonnée au respect de certaines obligations :

- se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale et en cas de désaccord, par un expert ;
- se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Ces obligations sont écrites sur le protocole.

En cas d'inobservation de ces obligations, la caisse peut décider de suspendre, réduire ou supprimer votre prise en charge à 100%.

IV. Que se passe-t-il en cas d'indu ?

L'action de l'organisme payeur pour récupérer les prestations d'assurance maladie indûment payées, est possible pendant 2 ans, sauf fraude ou fausse déclaration.

Les caisses de sécurité sociale peuvent différer ou abandonner le recouvrement des sommes indûment versées lorsque le montant de la créance est inférieur à 19 euros.

V. Comment contester la décision ?

1/ Contestations contre les décisions de nature médicale :

Les contestations relatives à l'état du malade donnent lieu à une procédure d'expertise médicale.

L'expertise est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou la victime qui requiert une expertise présente une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

2/ Contestations contre les décisions de nature administrative :

- recours amiable : ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la commission de recours amiable de la caisse dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.

- recours contentieux : postérieurement à la phase amiable, la décision rendue par la commission de recours amiable de la caisse pourra être contestée auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS). Le TASS est saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de 2 mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois de silence de la commission.

Textes de référence :

*Article L. 324-1 du code de la sécurité sociale
Articles R. 322-5 à R. 322-7-2 et article
D. 322-1 du code de la sécurité sociale et son
annexe*

Pour en savoir plus :

<http://www.ameli.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>