

FRANCE  
CARDIOPATHIES  
CONGÉNITALES

## SÉCURITÉ SOCIALE - PRISE en CHARGE à 100 % AFFECTION de LONGUE DURÉE (A.L.D.)

### 1 – DÉFINITION de l’AFFECTION de LONGUE DURÉE EXONÉRANTE

L’Affection Longue Durée est définie par l’article L 324 du Code de la Sécurité Sociale.

Une affection de longue durée est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent des soins prolongés (supérieurs à 6 mois) et un traitement coûteux.

Pour ces affections, l’Assurance Maladie rembourse à 100 % (sur la base du tarif de la Sécurité Sociale) les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires.

La prise en charge à 100 % concerne uniquement les soins et traitements liés à l’Affection de Longue Durée Les soins et traitements liés à d’autres maladies sont remboursés dans les conditions habituelles.

### 2 – FAIRE SA DEMANDE

Pour bénéficier d’une prise en charge à 100 % des soins liés à l’ALD, il faut en faire la demande auprès de sa Caisse Primaire d’Assurance Maladie à l’aide du formulaire intitulé « Protocole de soins » (formulaire [Cerfa n°11626\\*03](#) - papier violet, nouveau formulaire utilisé depuis 2006).

(Ce nouveau formulaire a remplacé le formulaire dit « protocole Pires » (papier vert) qui était utilisé avant la réforme de l’assurance maladie.)

La demande doit être remplie et signée par le médecin traitant qui la transmet au médecin-conseil de la CPAM.

Cette disposition est également valable pour les demandes de renouvellement d’ALD.

### 3 – LE « PROTOCOLE de SOINS », QU’EST-CE QUE C’EST ?

Établi par votre médecin traitant, en concertation avec les autres médecins qui suivent votre affection de longue durée, le protocole de soins a une durée déterminée.

Il est élaboré pour vous permettre d’être informé sur les actes et les prestations pris en charge à 100 % dans le cadre de votre affection de longue durée.

Ce document permet aussi une meilleure circulation de l’information et une meilleure coordination entre votre médecin traitant et les médecins spécialistes qui vont vous suivre.

Le Protocole de soins est couramment appelée « le 100 % ».

### 4 – ETABLISSEMENT du « PROTOCOLE de SOINS »

Le protocole de soins est un formulaire qui ouvre les droits à la prise en charge à 100 % (sur la base du tarif de la Sécurité Sociale).

C’est le médecin traitant qui rédige le protocole de soins (sur l’imprimé Cerfa spécifique) définissant l’ensemble des éléments thérapeutiques et mentionnant les médecins et professionnels de santé para-médicaux qui vous suivront dans le cadre de votre affection : c’est le parcours de soins coordonnés.

#### 4.1 Les indications figurant sur le « Protocole de soins »

**Le protocole indique :**

- les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge et au suivi de votre maladie ;

- les 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) ;
- les autres praticiens qui vous suivront dans le cadre du traitement de votre maladie, ainsi que leur spécialité. Vous pourrez ainsi consulter directement les médecins mentionnés dans le protocole de soins sans passer par votre médecin traitant.

#### **Le protocole se compose de 3 volets qui sont transmis par le médecin traitant à la Sécurité Sociale**

- le volet 1 sera conservé par le médecin conseil de l'Assurance maladie,
- le volet 2 sera renvoyé au médecin traitant qui le conservera,
- le volet 3 vous est destiné et sera également renvoyé au médecin traitant qui vous le remettra. Vous devrez signer ce volet 3 et le présenter à chaque médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge à 100 % pour les soins liés à votre maladie.

#### **4.2 – L'établissement et le circuit du « Protocole de soins »**

► Le protocole de soins est établi par votre médecin traitant en concertation avec vous et avec le ou les autres médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de votre maladie ;

C'est le médecin traitant qui rédige ce protocole car c'est lui qui vous suit au quotidien pour l'ensemble de vos pathologies et assure la coordination de vos soins ;

Néanmoins, dans certains cas et à titre dérogatoire, notamment lorsque le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence, un autre médecin peut établir ce protocole de soins.

Votre prise en charge à 100 % pourra alors être ouverte pour une durée de 6 mois, éventuellement renouvelable. Durant cette période, il faudra vous rapprocher de votre médecin traitant, afin qu'il établisse un nouveau protocole de soins, en concertation avec les équipes et les médecins qui vous suivent.

► Si une personne souffre de plusieurs ALD, toutes les ALD doivent figurer sur le même protocole de soins. S'il n'y a pas suffisamment de place sur un formulaire, il est possible d'en utiliser plusieurs (ne jamais utiliser de papier libre).

► Le protocole est ensuite étudié par le médecin conseil de l'Assurance Maladie qui donne son accord pour la prise en charge à 100 % d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à votre maladie. Parfois, il arrive que le patient soit convoqué par le médecin conseil pour prendre sa décision.

► Le protocole est ensuite ré-adressé au médecin traitant qui le présente au patient. Celui-ci en prend connaissance, et le signe si les termes lui conviennent. Le médecin traitant conserve un volet, et remet au patient un autre volet. Le dernier volet est renvoyé à la CPAM.

► L'assuré s'engage à présenter ce protocole aux différents médecins qu'il est amené à consulter dans le cadre de son affection longue durée. Il faudra ensuite mettre à jour sa carte vitale dans une borne.

#### **4.3 – Durée de validité**

► Le protocole est établi pour une durée déterminée, indiquée sur le protocole de soins par le médecin conseil de l'Assurance Maladie ;

► C'est votre médecin traitant qui assure l'actualisation du protocole de soins, en fonction de votre état de santé, des avancées thérapeutiques ou si vous-même ou si l'un des spécialistes qui vous suit en fait la demande.

**À savoir :** Si des soins et des traitements liés à votre maladie sont prescrits entre la demande de votre médecin traitant et l'accord du médecin conseil, ils seront pris en charge rétroactivement à 100 %, sur votre demande.

#### **4.4 - Recours**

En cas de désaccord avec la décision envoyée par votre caisse, des voies de recours sont ouvertes. Elles peuvent être soit « médicales » (expertises), soit « administratives » (Commission de Recours Amiable puis Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale). **Les voies de recours sont indiquées dans le courrier adressé par votre caisse.** Il faut en parler avec votre médecin traitant ou contacter votre caisse d'Assurance Maladie.

## 5 – ALD avec ANCIEN FORMULAIRE « PIRES »

Les PIRES (formulaires verts utilisés avant la mise en place du protocole de soins, jusqu'en 2006) établis antérieurement pour les patients en affection de longue durée (ALD) restent valides jusqu'à leur renouvellement.

Ils seront progressivement remplacés par le nouveau protocole de soins (formulaire [Cerfa n°11626\\*03](#) - papier violet).

Dans l'intervalle, vous n'avez pas à présenter le volet du protocole de soins aux médecins que vous consultez. Si vous avez déclaré un médecin traitant, alors vous serez dans le parcours de soins coordonnés pour les consultations, actes et prestations nécessaires au traitement de votre ALD.

### A RETENIR

- ▶ Pour la première demande et pour toute demande de renouvellement, faire remplir au médecin traitant le formulaire Cerfa « Protocole de Soins »
- ▶ Le médecin traitant est au centre de votre prise en charge.