

# La prise en charge de votre affection de longue durée

- **Comment fonctionne la prise en charge à 100 % ?**
  - **Quels sont les avantages pour vous ?**
    - **À quoi vous engagez-vous ?**
  - **Comment êtes-vous remboursé ?**

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance  
Maladie**

Votre médecin traitant a établi une demande de prise en charge à 100 % concernant les soins et les traitements liés à votre maladie.

En effet, dans votre cas, l'Assurance Maladie vous rembourse une part plus importante des dépenses que vous assumez habituellement. Cette facilité concerne les soins et les traitements en lien avec votre maladie : c'est le principe du 100 %\*.

Un formulaire de prise en charge, appelé protocole de soins, a été élaboré pour vous permettre d'être bien 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. Cela vous permettra d'être bien suivi et bien soigné.

Ce guide pratique a été conçu pour vous. Il vous apporte toutes les informations utiles sur votre prise en charge et les moyens mis en œuvre pour vous accompagner.

\* sur la base du tarif de la Sécurité sociale

# Votre protocole de soins en pratique

Une affection de longue durée prise en charge à 100 % est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et dont les traitements sont coûteux. C'est pourquoi, l'Assurance Maladie rembourse à 100 % les dépenses liées à ces soins et traitements.

## ● Le protocole de soins, c'est quoi ?

C'est un formulaire de prise en charge qui ouvre les droits au 100 %.

### Il indique :

Les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge de votre maladie.

Ceux qui sont pris en charge à 100 %\* et ceux qui sont remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale (certains soins et traitements ne sont pas du tout pris en charge).

### Il se compose de 3 volets :

- Un volet que conservera votre médecin traitant.
- Un pour le médecin conseil de l'Assurance Maladie.
- Un troisième volet qui vous est destiné.

## ● Comment et par qui est établi le protocole de soins ?

- Il 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.
- Il 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.
- Votre médecin traitant vous remet ensuite, lors d'une prochaine consultation, le volet du protocole de soins qui vous est destiné, en vous apportant toutes les informations utiles. Vous le signerez avec lui.

\* Sur la base du tarif officiel de la Sécurité Sociale.

## ● Pourquoi est-ce le médecin traitant qui rédige le protocole de soins ?

Parce que c'est lui qui, dans le cadre de ses nouvelles missions\*, vous suit au quotidien pour l'ensemble de vos pathologies et qui 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 du médecin traitant que vous avez déclaré, afin qu'il établisse un nouveau protocole de soins, en concertation avec les équipes et les médecins qui vous suivent.

\* Conformément à la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

## Votre médecin traitant est au centre de votre prise en charge

## ● Combien de temps s'applique-t-il ?

- Il 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 vous ont été prescrits entre la demande de votre médecin traitant et l'accord du médecin conseil de l'Assurance Maladie, ils seront pris en charge rétroactivement à 100 %, sur votre demande.

# Votre protocole de soins en pratique

## Quels éléments figurent dans le protocole de soins ?

- Votre médecin mentionne sur ce formulaire ce qui est nécessaire pour soigner votre maladie : les traitements, les examens biologiques, les consultations de professionnels de santé médicaux et para-médicaux.

Il s'appuie sur les recommandations relatives aux ALD de la Haute Autorité de Santé (HAS), un organisme d'expertise, public et indépendant. Quand elles n'existent pas pour la maladie concernée, votre médecin s'appuie sur les recommandations médicales élaborées par la communauté scientifique.

### à savoir

Les recommandations de la HAS se présentent notamment sous forme de listes qui comportent, maladie par maladie, les soins et les traitements qui peuvent être nécessaires. Elles indiquent également ce qui est ou non remboursé par l'Assurance Maladie.

Pour connaître les recommandations déjà parues, parlez-en avec votre médecin ou consultez le site Internet de la Haute Autorité de Santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Vous pouvez également contacter les associations de patients.

## Comment lire votre protocole de soins ?

- **Diagnostic** : avec votre accord, le médecin mentionne le ou les diagnostics concernés par la demande de prise en charge à 100 %.
- **Cette rubrique permet d'identifier les actes et prestations nécessaires à la prise en charge de votre maladie.** Votre médecin mentionne :
  - soit la référence de la recommandation de la HAS relative à votre ALD\* lorsqu'elle est publiée. En fonction de votre état de santé, des actes et prestations peuvent être ajoutés.
  - soit le détail des soins en l'absence de recommandations de la HAS. Le médecin peut, en cas de maladies multiples ou complexes, utiliser une formulation plus globale.

\* avec votre accord

- **Les traitements et le suivi sont pris en charge à 100 % quand les cases ne sont pas cochées.** Seul le médecin conseil de l'Assurance Maladie, après concertation avec votre médecin traitant, peut intervenir dans cette partie.

- **Accès direct** : votre médecin précise le recours aux médecins spécialistes nécessaires à la prise en charge de votre maladie. Il n'est pas nécessaire de recopier les spécialistes mentionnés dans les recommandations de la HAS.

- **Validité du protocole** : le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie. A échéance, il pourra être renouvelé, en fonction de votre état de santé.

- **Votre signature.**

cerfa n°11626\*03 protocole de soins articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires volet 3 à remettre par le médecin traitant au patient après accord définitif

personne recevant les soins

- identification de la personne recevant les soins  
nom et prénom (saisir, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))  
adresse  
numéro d'immatriculation  
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante  
date de naissance de la personne recevant les soins
- identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
nom et prénom de l'assuré(e) (saisir, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))  
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

informations concernant la maladie  
(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-33 du Code de la santé publique))

signature et cachet du médecin traitant

actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques (ou dispositifs médicaux)	(I)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(I)
		recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(I)
		recours à des professionnels de santé para-médicaux	(I)

(I) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :  
reclassement professionnel envisagé : oui non

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT A TOUT MEDECIN CONSULTE

date protocole valable jusqu'au  
signature et cachet du médecin traitant cachet de l'établissement ou du centre de référence signature et cachet du médecin conseil signature et cachet de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

La loi 10-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers normalisés garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. S.3501 €

## ● Quels avantages pour vous ?

- Vous bénéficiez d'un remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale pour les soins et les traitements en rapport avec votre maladie.
- Vous êtes informé sur la prise en charge médicale de votre maladie et sur vos remboursements.
- Vous bénéficierez ainsi d'un meilleur suivi médical par une bonne circulation de l'information et une meilleure coordination entre tous les médecins qui suivent votre maladie, avec, au centre du dispositif, votre médecin traitant.
- Vous pouvez accéder directement, dans le parcours de soins coordonnés, aux médecins mentionnés dans le protocole de soins, sans passer systématiquement par votre médecin traitant.

**N'oubliez pas de signer votre formulaire après en avoir pris connaissance.**

**Le protocole de soins vous permet d'être mieux informé pour être bien soigné.**

## ● À qui devez-vous communiquer le protocole de soins ?

Ce document vous appartient. Il est strictement personnel et confidentiel. Vous n'avez à le présenter qu'aux médecins qui vous soignent ou aux médecins conseil de l'Assurance Maladie.

**Nul ne peut vous faire obligation de communiquer ces données,** notamment votre employeur, banque, assureur, même si on vous le réclame.

### à savoir

La confidentialité vaut aussi pour l'attestation de votre carte Vitale. Vous pouvez, si vous le souhaitez, demander à votre Caisse que la mention « prise en charge à 100 % » n'apparaisse pas sur l'attestation papier de votre carte Vitale.

## ● À quoi vous engagez-vous ?

- **À suivre les prescriptions vous concernant** : traitements, analyses biologiques, visites médicales, rééducation, etc.
- **À présenter ce document aux différents médecins que vous allez consulter** dans le cadre de votre affection de longue durée
- **À répondre aux contrôles et aux visites médicales réalisés** par votre organisme d'Assurance Maladie.
- **À vous informer des soins et des traitements pris en charge à 100 %\*** dans le cadre de votre affection. Les soins liés à d'autres maladies seront remboursés aux taux habituels.

\* Sur la base du tarif officiel de la Sécurité Sociale.

**N'hésitez pas à vous faire expliquer votre protocole de soins par votre médecin traitant.**

## ● Quelles sont les voies de 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 ou Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale).

Votre voie de recours est précisée et expliquée dans le courrier d'admission en ALD que vous avez reçu avec ce guide. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou à contacter votre caisse d'Assurance Maladie.

# Comment êtes-vous remboursé ?

C'est simple. Vos médecins établissent une ordonnance spécifique, l'ordonnance bizona, et remplissent la feuille de soins habituelle. Afin qu'ils puissent bien les remplir, ils ont besoin de votre protocole de soins pour savoir ce qui est ou non pris en charge à 100 %.

## ● L'ordonnance bizona, comment cela fonctionne... ?

C'est une ordonnance particulière, utilisée par le médecin pour distinguer les médicaments et examens en rapport avec votre affection et remboursés à 100 % et ceux liés à d'autres maladies, remboursés aux taux habituels.

Elle se compose de deux parties :

- Une partie haute, réservée aux soins en rapport avec votre affection de longue durée, pris en charge à 100 %\*.

### Pour l'ALD seulement,

l'Assurance Maladie prend tout en charge.  
C'est le principe du 100 %.

### Remboursement 100 %

Consultations,  
Médicaments vignettes blanches et bleues,  
Autres prestations : examens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie, dispositifs médicaux...

- Une partie basse, réservée aux soins sans rapport avec votre affection de longue durée, remboursés aux taux habituels\*.

### Pour les autres maladies,

ce sont les taux habituels qui sont pratiqués.

### Taux de Remboursement habituels

(dans le cadre du parcours de soins)

70 %

Consultations, examens radiologiques

65 %

Médicaments (sauf vignettes bleues à 35 % et vignettes orange à 15 %) et dispositifs médicaux

60 %

Soins infirmiers et de kinésithérapie et examens biologiques

\* Le remboursement des soins est toujours établi sur la base du tarif de la Sécurité sociale.

## ● ... et la feuille de soins ?

La feuille de soins comporte plusieurs cases spécifiques aux ALD, que le médecin doit remplir :

- la case « conforme au protocole de soins », qu'il coche après avoir pris connaissance de votre protocole.
- la case « accès direct » si vous consultez directement un médecin spécialiste mentionné dans votre protocole de soins, sans passer par votre médecin traitant.

Une feuille de soins bien remplie, c'est la garantie pour vous d'être bien remboursé.

**Pour bénéficier de la prise en charge à 100 %, n'oubliez pas de mettre à jour votre carte Vitale dans les pharmacies ou aux guichets automatiques situés dans votre Caisse.**

## ● Qu'est-ce qui n'est pas remboursé ?

La prise en charge à 100 % ne concerne pas :

- les dépassements d'honoraires ;
- pour les dispositifs médicaux : la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance Maladie et le prix pratiqué par votre fournisseur (prix de vente) ;
- la participation de 1 euro, déduite automatiquement de vos remboursements depuis le 1er janvier 2005 ;
- le forfait hospitalier, c'est-à-dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée ;
- les actes et prestations non prévus au remboursement.

La part non remboursée par l'Assurance Maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre assurance ou votre mutuelle complémentaire. (N'hésitez pas à vous renseigner).

### à savoir

Certains actes et prestations recommandés par la HAS ne sont pas forcément pris en charge par l'Assurance Maladie.

## Les réponses à vos questions les plus fréquentes

### ● En cas d'urgence, que se passe-t-il ?

Si vous avez besoin d'une prise en charge médicale urgente en lien avec votre ALD (complications, effets indésirables éventuels...) mais qui n'a pas été prévue dans votre protocole de soins, vous serez pris en charge à 100%. Selon la situation, votre protocole de soins sera réactualisé par votre médecin traitant par la suite.

Votre médecin cochera sur la feuille de soins, la case « urgence ».

### ● Et si je ne peux pas présenter mon protocole de soins ?

En cas d'urgence, les soins liés à l'ALD et prévus dans votre protocole de soins seront pris en charge à 100 % rétroactivement.

Néanmoins, nous vous conseillons de conserver sur vous votre protocole de soins, car il permet aux médecins que vous consultez d'être bien informés des traitements dont vous bénéficiez.

### ● Que faire en cas de perte de votre volet patient ?

Contactez votre Caisse d'Assurance Maladie qui vous indiquera les démarches à effectuer.

### ● Pour la prise en charge du transport concernant l'ALD, comment ça se passe ?

Si des traitements et des examens en lien avec votre ALD nécessitent un déplacement, le transport est remboursé à 100 %. Qu'il s'agisse de votre voiture particulière, d'un transport en commun, d'un taxi, d'un VSL (Véhicule Sanitaire Léger) ou d'une ambulance.

Pour en bénéficier, votre médecin indique le mode de transport correspondant à votre état de santé et à votre degré de mobilité sur l'imprimé de « prescription médicale de transport ».

*Pour plus d'informations, consultez le dépliant « Les frais de transport » sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)*

### ● Si je suis atteint(e) par plusieurs maladies de longue durée à 100 %, faut-il plusieurs protocoles ?

L'ensemble de vos ALD est regroupé par votre médecin traitant sur un seul protocole de soins. Cela permet d'avoir une vision globale des soins qui vous sont nécessaires.

### ● Et s'il n'y a pas assez de place sur le protocole de soins ?

Le médecin traitant peut utiliser plusieurs formulaires qu'il numérote (par exemple : 1/3, 2/3, 3/3) et joint ensemble. En revanche, il ne peut pas utiliser de papier libre pour compléter le protocole de soins.

### ● Les médicaments génériques sont-ils remboursés à 100 % ?

Oui, car les médicaments génériques sont des médicaments comme les autres. Ils contiennent en effet la même molécule que les médicaments de marque. Ils bénéficient des mêmes contrôles et permettent de traiter aussi efficacement votre maladie.

Les médicaments génériques sont plus économiques, car ils ne comprennent pas les coûts de recherche engagés par leur découvreur. Le brevet déposé par celui-ci dure 20 ans : passé ce délai, la molécule peut être développée par d'autres laboratoires sans frais de recherche.

Préserver notre système de santé est l'affaire de tous. En choisissant un médicament générique, vous y participez.

Parlez-en à votre médecin et à votre pharmacien.

### Conseils pratiques

- Veillez à avoir avec vous votre protocole de soins, notamment si vous êtes en déplacement.
- N'oubliez pas de le présenter systématiquement aux médecins que vous consultez dans le cadre de votre maladie.
- Votre protocole de soins pourra également vous être utile en cas d'urgence pour informer les médecins qui vous prendront en charge.

# Notes



A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the pencil tip and extending across the page.

● **Vous avez des questions ?**

● **Vous avez besoin de plus d'informations ?**

- Votre médecin traitant et votre Caisse d'Assurance Maladie sont là pour répondre à vos questions. N'hésitez pas à faire appel à eux.
- Les associations de patients sont également là pour vous renseigner et vous accompagner.

**Mon médecin traitant :**

> Dr .....

> Tél. : .....

**Ma Caisse d'Assurance Maladie :**

> Tél. : .....

**www.ameli.fr**

**L'association de patients qui m'accompagne :**

> Tél. : .....

> Site internet : .....

