



DATE : Levallois, le 9 mars 2006

REFERENCES : Circulaire n° 10/2006

#### DESTINATAIRES

- Associations, congrégations et collectivités religieuses
- Les Maisons Agréées par la Mutuelle Saint Martin

#### OBJET

Modalités pratiques de l'exonération du ticket modérateur (100 %) des affections de longue durée

## R E S U M E

Du fait de la réforme de l'assurance maladie, les règles d'attribution d'exonération du ticket modérateur ont été modifiées. La présente note tente de clarifier un dispositif qui s'est beaucoup compliqué.

### I - Définition champ d'intervention

3 catégories d'affections de longue durée (ALD) qui donnent droit à une exonération du ticket modérateur (100%) :

- ⇒ ALD 30 : liste de 30 affections de longue durée.
- ⇒ ALD hors liste : forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite sur la liste des ALD 30.
- ⇒ Polypathologie : plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant.

### II - Modalités d'attribution d'une ALD

- ⇒ Le patient va chez son médecin traitant
- ⇒ Le médecin traitant remplit le Protocole de Soins (PDS)
- ⇒ Le médecin traitant envoie le PDS au service du contrôle médical de la Cavimac
- ⇒ Le médecin conseil de la Cavimac donne un avis dans les 30 jours
- ⇒ L'avis est notifié au patient
- ⇒ Les volets 2 et 3 sont renvoyés au médecin traitant
- ⇒ Le médecin traitant fait signer le volet 3 par le patient
- ⇒ Le patient conserve le volet 3 pour le présenter à chaque médecin consulté dans le cadre de son exonération
- ⇒ Le patient met à jour sa carte vitale

Sur le protocole de soins (PDS) se trouve l'ensemble des pathologies exonérantes, les prestations et les médicaments associés.

En cas de difficulté de compréhension, contacter le service du contrôle médical

## **I - DEFINITION CHAMP D'INTERVENTION**

Il existe trois catégories d'affections de longue durée (ALD) pouvant donner lieu, pour le patient qui en est atteint, à une exonération du ticket modérateur (100 %) pour les soins et traitements liés à la (ou les) maladie(s) concernée(s).

### **1. Les affections de la liste ALD 30 (cf. annexe 1)**

Il s'agit des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret, après avis de la haute autorité de santé (HAS : instance consultative d'expertises scientifiques : liste en annexe)

### **2. Les affections dites « hors liste »**

Il s'agit de forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemple: malformation congénitale des membres, embolies pulmonaires à répétition, dégénérescence maculaire liée à l'âge...).

### **3. Les polyopathologies**

Le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant, et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois (exemple: une personne de 90 ans atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

Le caractère invalidant de ces affections est établi à l'aide d'un outil national dénommé «schéma de Wood» Celui-ci évalue l'état des patients à travers sept domaines d'incapacité.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13.08.04 prévoit que la définition des critères médicaux utilisés pour la définition des ALD, ainsi que les recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement de ces affections, seront élaborés par la HAS.

## II - MODALITES D'ATTRIBUTION D'UNE ALD

### 1. Le protocole de soins (PDS)

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13.08.04 vise notamment à renforcer la qualité de la coordination des soins des patients atteints d'une ALD grâce à la mise en place d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant.

Pour cela, le médecin traitant et le médecin conseil (pour la CAVIMAC le Docteur ALLAIN), établissent conjointement un PDS comportant les éléments diagnostics, de pronostic, ainsi que le volet thérapeutique (les soins et traitements) concernant les affections exonérantes.

### 2. Rôle du médecin traitant

Pour obtenir la prise en charge à 100 %, le **médecin traitant** désigné par le patient, et lui seul, après concertation avec les autres médecins, (spécialistes notamment) qui interviennent dans le suivi de la (ou des) affection(s) de longue durée), établit le PDS.

Les informations concernant les soins et les traitements relatifs à la (ou les) affection(s) exonérante(s) doivent être suffisamment détaillées et conformes aux recommandations et références médicales professionnelles établies par les sociétés savantes, notamment celles retenues par la HAS.

En cas d'urgence ou d'hospitalisation, le PDS pourra être initialement rédigé par un autre médecin. Le médecin traitant devra dans un deuxième temps rédiger lui-même un PDS, selon les mêmes modalités que précédemment.

Pour cette coordination, le médecin traitant est rémunéré 40 Euros par an et par patient.

Ce protocole est périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé des patients et des avancées thérapeutiques. Par ailleurs, la HAS doit rédiger des recommandations sur la durée de vie du PDS, en fonction des pathologies.

Une fois le PDS validé par le médecin conseil, le médecin traitant demande au patient de signer le PDS et lui remet le volet 3 qu'il devra conserver et présenter à tous les médecins consultés.

### 3. Rôle du médecin conseil

Le service du Contrôle médical (SCM) de la CAVIMAC reçoit le PDS émanant du médecin traitant, et en concertation avec celui-ci, se prononce sur la justification médicale et l'imputabilité de l'ALD, le respect des conditions de prise en charge des actes et traitements, et la conformité avec les recommandations de la HAS.

Suite à cette concertation le médecin conseil émet un avis sur la prise en charge de l'ETM :

- ◆ avis favorable en cas d'accord avec le médecin traitant sur le diagnostic et le programme thérapeutique. Dans ce cas, une notification d'accord est envoyée au patient, et le PDS, signé par le médecin conseil, retourné au médecin traitant. Si le médecin conseil estime que certains actes ou traitements ne correspondent pas à la pathologie prise en charge, il coche la (ou les) case(s) prévue(s) à cet effet sur le PDS.
- ◆ avis défavorable en cas de désaccord. Dans ce cas, le patient reçoit une lettre lui indiquant les voies de recours.
- ◆ avis technique impossible dans le cas où le médecin conseil n'obtient pas de la part du médecin traitant les éléments nécessaires à sa prise de décision.

Dans tous les cas, sur avis du service du contrôle médical, la CAVIMAC doit donner une réponse à l'assuré dans les 30 jours qui suivent la réception du PDS. En cas de refus, les voies de recours pouvant être utilisées par l'assuré sont mentionnées sur la notification.

### 4. Conséquences pratiques pour le patient

Chaque assuré reçoit une notification de la décision prise par la CAVIMAC, accompagnée d'un guide d'explication.

En cas de notification d'un accord, le patient devra :

- ◆ mettre à jour sa carte vitale,
- ◆ signer le PDS à l'occasion d'une visite chez son médecin traitant,

Le médecin traitant lui remettra le volet 3 du PDS.

- ◆ **présenter ce volet 3 du PDS à chaque médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.** Avec ce volet 3, l'assuré peut consulter directement le (ou les) médecin(s) spécialiste(s) qui le suivent et **qui sont indiqués sur le PDS** sans passer préalablement par son médecin traitant.

### Quelques précisions

La prise en charge à 100 % concerne uniquement les soins et traitements liés à l'ALD, dont la liste figure sur le volet du PDS remis au patient. Les soins et autres traitements liés à d'autres maladies sont remboursés dans les conditions habituelles. Pour respecter ce principe, le médecin traitant utilise une ordonnance bizona qui permet de distinguer clairement les prescriptions liées à la (ou les) affection(s) de longue durée (partie haute de l'ordonnancier bizona) de celles qui n'y sont pas (partie basse de l'ordonnancier).

La prise en charge à 100 % est toujours établie sur la base des tarifs de la sécurité sociale en vigueur. Elle ne concerne ni les dépassements d'honoraires, ni la participation forfaitaire de 1 Euro, ni le forfait hospitalier.

Pour toute autres précisions concernant les ALD, vous avez la possibilité de contacter le Service du Contrôle Médical de la CAVIMAC, et plus spécialement le Docteur M. ALLAIN, Médecin Conseil Chef de Service (01.49.68.58.04 - e.mail : [m-allain.medic@cavimac.fr](mailto:m-allain.medic@cavimac.fr)), Mademoiselle PERREAU (01.49.68.58.37 - e.mail : [m-perreau.medic@cavimac.fr](mailto:m-perreau.medic@cavimac.fr)) ou Mademoiselle POULIN (01.49.68.58.62 - e.mail : [s-poulin.medic@cavimac.fr](mailto:s-poulin.medic@cavimac.fr)).

Le Directeur

Le Médecin Conseil Chef de Service

F. BUFFIN

Docteur M. ALLAIN