

LA DEMANDE D'ADMISSION EN ALD 31 POUR LES FEMMES ATTEINTES D'ENDOMÉTRIOSE

L'endométriose fait partie des affections de longue durée dites « hors liste » (ALD 31).

Pour bénéficier de ce dispositif, une demande d'admission en ALD 31 doit être réalisée auprès de l'Assurance Maladie.



Les bénéfices du dispositif de l'ALD

Suppression des jours de carence pour les arrêts de travail liés à l'endométriose (dès le 2ème arrêt) sur une période de 3 ans à partir de l'admission en ALD.



Attention, vos droits aux arrêts de travail en lien avec votre ALD seront épuisés pendant 1 an à la fin de cette période.



Prise en charge des frais de déplacements en lien avec la maladie sur prescription du médecin.

Le choix du mode transport peut être précisé : véhicule personnel, transport en commun, transport professionnalisé conventionné (VSL, ambulance ou taxi).

Pas d'avance de frais et remboursement à 100% des soins pris en charge par l'Assurance Maladie en lien avec l'endométriose



Attention, l'ALD ne prend ni en charge les médecines douces (ostéopathie, acupuncture, etc.), ni les dépassements d'honoraires.

QUI RÉALISE LA DEMANDE ?



En principe, votre médecin traitant réalise la demande.

Elle peut aussi l'être par un gynécologue ou un médecin spécialiste qui vous suit dans le cadre de votre endométriose.

Il complète alors un protocole de soins à destination du service médical de l'Assurance-Maladie (cerfa n° 50774#05). Vous n'avez aucun document ou justificatif à fournir.



Bon à savoir :

Si votre médecin n'est pas familier avec la demande, il peut se référer au module sur l'ALD réalisé par l'Assurance Maladie dans le cadre du MOOC sur l'endométriose.

QUELLES SONT LES CONDITIONS À REMPLIR ?

Il faut remplir 3 conditions « en même temps »

1

«Une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave»

2

Traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois

3

«Traitement particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements »



1

«Une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave»

- Cette condition est validée si au moins l'un des critères médicaux suivant est vérifié : « risque vital encouru, morbidité évolutive ou qualité de vie dégradée ».
- Dans le cas de l'endométriose, c'est le critère lié à la dégradation de votre qualité de vie qui se vérifie. Celle-ci peut être liée à des arrêts maladie récurrents, des douleurs quotidiennes, des symptômes qui vous empêchent de vous déplacer ou de réaliser certaines activités, etc.



Bon à savoir :

Si votre médecin souhaite se référer à des outils existants pour évaluer l'impact de la maladie sur votre qualité de vie, il peut consulter des questionnaires

(<https://www.sante.fr/endometriose/evaluer-la-qualite-de-vie-en-cas-dendometriose>)

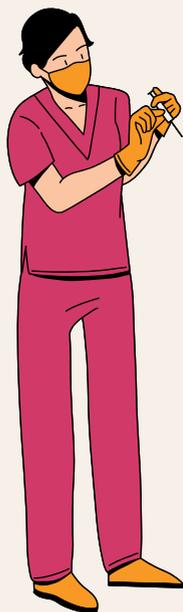
ou le schéma de Wood annexé à la circulaire DSS/SD1MCGR.

Le bémol est que ces instruments n'ont pas tous été créés spécifiquement pour l'endométriose.

3

«Traitement particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements »

- Cette condition n'est pas liée à un montant financier. Pour la valider, il faut que votre panier de soins liés à la maladie comporte au moins 3 éléments parmi les 5 suivants (dont le premier obligatoirement) :
 - traitement médicamenteux ou appareillage régulier (par exemple, un TENS prescrit par un médecin de la douleur) ;
 - hospitalisation (chirurgie, hôpital de jour, etc.) ;
 - actes techniques médicaux répétés (consultations médicales, imageries, etc.) ;
 - actes biologiques répétés (prises de sang, ECBU, etc.) ;
 - soins paramédicaux répétés (kinésithérapie, soins infirmiers, etc.).
- Avoir une chirurgie ou une hospitalisation prévue n'est donc pas obligatoire mais peut constituer l'un des éléments du panier de soins.
- Le médecin réalisant la demande doit détailler le panier de soins avec la plus grande précision, en y exposant l'ensemble des actes et prestations prévus liés à l'endométriose.



QUI TRAITE LA DEMANDE ?

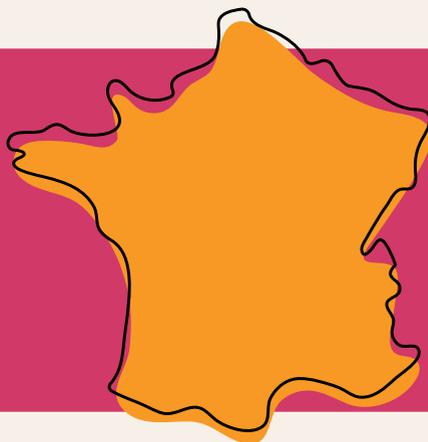


La demande est traitée par un médecin-conseil du service médical de votre caisse d'Assurance Maladie.

Si nécessaire, le médecin-conseil peut contacter le médecin ayant réalisé la demande afin d'obtenir des précisions.



Les délais de traitement varient d'un département à l'autre. Ils semblent être en moyenne de trois mois.



LA RÉPONSE

Si la réponse est positive...

Le bénéfice du dispositif ALD vous sera accordé pour plusieurs années.

Les médecins-conseils ont pour consigne de ne pas donner en dessous de 3 ans, mais peuvent accorder plus selon votre situation ou lorsqu'il s'agit d'un renouvellement.



Si la réponse est négative...

Vous pouvez contester la décision de refus auprès de votre caisse d'Assurance Maladie en suivant les instructions données dans la lettre de refus.

LIENS UTILES

Circulaire DSS/SD1MCGR no 2009-308 du 8 octobre 2009 relative à l'admission ou au renouvellement d'une affection de longue durée hors liste au titre de l'article L. 322-3 (4°) du code de la sécurité sociale

Etude réalisée par ENDOmind sur les défis rencontrés par les patientes atteintes d'endométriose dans le cadre leur demande d'admission en ALD 31 : <https://www.endomind.org/etudes>

TOUT SAVOIR SUR LES AIDES SOCIALES



<https://www.endomind.org/droits-aides-sociales>

