La Fédération répond à vos interrogations sur l'ALD

La Fédération est à l'écoute de vos préoccupations. Chaque mois, nous choisissons des questions sur lesquelles vous nous sollicitez via nos différents canaux. Vous avez été nombreux à nous poser des questions sur l'Affection Longue Durée (ALD) et à exprimer vos inquiétudes sur son devenir. Faisons le point.

Vos témoignages et vos interrogations nous permettent d'identifier les sujets qui nécessitent des éclaircissements. Nous répondons à vos interrogations sur l'ALD au regard du contexte actuel.

« J'ai entendu du dire que le Gouvernement va réformer les ALD. Cela m'inquiète. Quelles sont les dernières informations à ce sujet ? »

Depuis plusieurs mois, le Gouvernement évoque une possible réforme du dispositif des Affections de Longue Durée (ALD). Ce dispositif permet à plus de 3.4 millions de personnes vivant avec un diabète en France de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour des soins en lien avec leur pathologie chronique.
Au moment où nous écrivons ces lignes, aucune mesure concrète n'a été arrêtée, encore moins votée. Plusieurs pistes sont cependant à l'étude, notamment dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Nous alertons fermement sur les risques qu'une telle réforme ferait peser sur les droits des patients.
La Fédération est, de son côté, pleinement mobilisée pour défendre le maintien du dispositif ALD tel qu'il existe aujourd'hui. Nous estimons que ce dispositif est essentiel pour garantir un accès aux soins sans reste à charge pour les personnes vivant avec un diabète. Nous nous opposons à toute évolution qui restreindrait l'accès au dispositif ou qui en diminuerait sa portée. Les personnes atteintes de malades chroniques ne sauraient devenir des variables d'ajustement budgétaire.
Soyez assuré que nous prenons part activement aux discussions étant actuellement à l'œuvre. Dès que des éléments concrets seront rendus publics, nous informerons notre réseau et les personnes concernées. Votre vigilance est précieuse : ensemble, nous ferons en sorte que la voix des patients soit entendue.

« Mon médecin m'a déclaré en ALD et m'a dit que cela permettait une prise en charge à 100 %. Pourtant parfois on me demande de régler des frais. Comment cela est-il possible ? »

Le dispositif d'Affection de Longue Durée (ALD) permet une meilleure prise en charge de vos soins par la Sécurité sociale, une exonération de certains frais et vous permet de ne pas avoir à avancer les frais pour vos soins et traitements. La déclaration en ALD est effectuée par le médecin au moment du diagnostic ; un protocole de soins est rédigé.

Dans le cadre de votre ALD, sont pris en charge :

- Les médicaments et dispositifs médicaux prescrits, à l'exception de la franchise médicale. Des limites de remboursement peuvent exister, par exemple sur les capteurs de glucose en continu ou sur les bandelettes (limitation à 200 bandelettes et lancettes par an pour les personnes avec un diabète de type 2 non traité par insulinothérapie) ;

- Les soins courants en lien avec votre ALD, figurant sur votre protocole de soins et examens périodiques: dosage de l'hémoglobine glyquée, bilan dentaire, bilan podologique, examen des yeux, bilan rénal, bilan cardiologique, bilan lipidique, suivi par un médecin nutritionniste, etc.

Toutefois, la prise en charge des soins et traitements en lien avec votre ALD à 100 % signifie en réalité 100 % du plafond fixé par la Sécurité sociale. Des frais peuvent donc rester à votre charge sur certains actes et soins spécifiques, comme certains soins dentaires.

Parmi ce qui n'est pas pris en charge, figurent :

- Les dépassements d'honoraires. Pour les éviter, il est nécessaire de consulter un médecin conventionné;

- Les consultations non remboursées : consultation chez un diététicien, soins podologiques pour les personnes au grade 0 et 1 sauf séance annuelle de gradation, etc. Ces consultations peuvent parfois être prises en charge par votre mutuelle si vous en avez une ; nous vous invitons à vous renseigner ;

- La participation forfaitaire sur les consultations médicales ou actes médicaux (2 euros) ;

- La franchise médicale sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux (1 euro), et sur les transports médicalisés (4 euros) hors transport d'urgence ;

- Le forfait hospitalier et le forfait de participation aux urgences non suivies d'une hospitalisation.

Concernant les participations et forfaits, comme vous n'avancez pas les frais, ils seront récupérés par l'Assurance maladie sur de prochains remboursements ou vous seront réclamés ultérieurement. Votre caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de 5 ans pour vous réclamer les sommes dues.
Pour plus d'information sur ce qui est pris en charge ou non dans le cadre de l'ALD, vous pouvez consulter notre article dédié : Diabète et affection longue durée : remboursements … | Fédération Française des Diabétiques
Des informations sont également présentes dans le livret *Diabète : connaître vos droits, faciliter vos démarches*, disponible gratuitement sur l'espace perso : Mon espace perso | Fédération Française des Diabétiques (federationdesdiabetiques.org).

Pour faire le point sur les modalités relatives à l'ALD, consultez le site de l'Assurance maladie ou bien contactez Jeanne, notre juriste du service Diabète et Droits, par mail à l'adresse juriste@federationdesdiabetiques.org ou bien par téléphone lors d'une permanence, le mardi de 8 h à 12 h 30 et le jeudi de 13 h 30 à 18 h au 01 40 09 24 25.

Pour en savoir plus :
Si vous souhaitez partager votre vécu, vous pouvez contacter la Fédération sur notre plateforme Je m'exprime ou encore échanger avec Diabète et Droits pour toute question sur les démarches à effectuer (Je contacte la Fédération | Fédération Française des Diabétiques).