



mon parcours d'assuré

Le protocole de soins, mon formulaire de prise en charge

Mon médecin traitant a établi une demande de prise en charge à 100 %* pour les soins et les traitements liés à mon Affection de longue durée (ALD).

Pour ce faire, il a complété un formulaire appelé protocole de soins.

Pour bien comprendre l'utilité et le fonctionnement de mon protocole

de soins, voici des informations pratiques élaborées avec les associations de patients.

**AFFECTION DE
LONGUE DURÉE**

Mon protocole de soins

“en pratique”

À quoi sert mon protocole de soins ?

Mon médecin a donc complété un formulaire de prise en charge, appelé protocole de soins. Sur ce formulaire, est indiqué l'ensemble des actes et des prestations pris en charge à 100 %* dans le cadre de mon ALD. Le protocole de soins permet une meilleure coordination entre les différents médecins qui me suivent, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Ce formulaire me permet également d'être bien informé(e) sur ce qui est pris en charge pour mon ALD.

Comment est-il établi ?

Le protocole de soins est établi conjointement par mon médecin traitant et le médecin conseil de l'Assurance Maladie :

- **après un échange avec mon médecin traitant**, ce document est renseigné en concertation avec les autres professionnels de santé qui interviennent dans le suivi de ma 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 ma maladie,
- **mon médecin traitant me remet un exemplaire** et me donne toutes les informations dont j'ai besoin à l'occasion d'une consultation. Je signe le protocole avec lui.

Quel est le médecin qui doit me suivre ?

Je peux choisir comme médecin traitant à déclarer auprès de l'Assurance Maladie, le médecin qui me suit le plus souvent dans le cadre de mon ALD. Habituellement, il s'agit de mon médecin généraliste, parfois d'un médecin spécialiste. Par ailleurs, si mon diagnostic est fait à l'hôpital, en clinique ou lors d'une urgence, un médecin spécialiste peut établir un protocole de soins pour les six premiers mois, éventuellement renouvelable par mon médecin traitant.



Mon médecin traitant est au cœur de ma prise en charge.

C'est lui qui me suit au quotidien pour l'ensemble de mes affections et assure la coordination de mes soins. Je suis ainsi bien suivi(e) et bien soigné(e).

Pour trouver les coordonnées d'un professionnel de santé, je me connecte sur



l'annuaire
santé d' **ameli.fr**



J'Y PENSE

Pour simplifier mes démarches, je garde toujours ma carte Vitale sur moi.

Si le protocole de soins a été réalisé en ligne par mon médecin traitant, il me suffit de présenter ma carte Vitale aux autres professionnels de santé que je consulte pour qu'ils puissent accéder aux informations contenues dans mon protocole de soins.

Je mets régulièrement à jour ma carte Vitale. Pour cela, je me rends chez mon pharmacien ou j'utilise les bornes installées dans ma caisse d'assurance maladie.

Le contenu

de mon protocole de soins

Ce document contient toutes les informations nécessaires pour le suivi de ma maladie : les traitements, les examens biologiques et les consultations de professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Comment lire mon protocole de soins ?

- 1 Diagnostic :**
Avec mon accord, le médecin mentionne le(s) diagnostic(s) de la ou des maladie(s) prise(s) en charge à 100%*.
- 2 Actes et prestations concernant mon ALD :**
S'il existe une recommandation formulée par la Haute Autorité de santé (HAS), mon médecin traitant le mentionne et, selon mon état de santé, il peut ajouter des actes et des prestations supplémentaires. Ces recommandations sont disponibles sur le site de la HAS (has-sante.fr).
- 3 Prise en charge à 100%* :**
Si aucune case n'est cochée, cela signifie que le traitement ou le suivi médical mentionné est pris en charge à 100%*. Seul le médecin conseil de l'Assurance Maladie peut intervenir dans cette partie, après concertation avec mon médecin traitant.
- 4 L'accès direct à des spécialistes :**
Mon médecin traitant précise si la prise en charge de mon ALD nécessite le recours à des médecins spécialistes. Il n'est pas nécessaire de recopier les noms des spécialistes mentionnés dans les recommandations de la HAS.
- 5 Validité du protocole de soins :**
Le formulaire est établi pour une durée déterminée fixée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie. À échéance, il pourra être renouvelé en fonction de mon état de santé, par mon médecin traitant avec mon accord.
- 6 Votre signature**

The image shows a 'protocole de soins' form from Cerfa n°11626*03. The form is titled 'protocole de soins' and includes the following sections:

- 1 Identification de la personne recevant les soins:** Includes fields for name, address, and insurance number.
- 2 Identification de l'assuré(e):** Includes fields for name, address, and insurance number.
- 3 Information(s) concernant la maladie:** A section for the doctor to fill out after consulting the patient, with a note to refer to Article R. 4127-35 of the Code de la Santé Publique.
- 4 Actes et prestations concernant la maladie:** A table with columns for 'spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux', 'suivi biologique prévu (type d'actes)', 'recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)', and 'recours à des professionnels de santé para-médicaux'. There are checkboxes for each row.
- 5 Durée prévisible des soins:** Includes fields for 'durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu' and 'reclassement professionnel envisagé'.
- 6 Signature et cachet du médecin traitant:** A section at the bottom for the doctor's signature and stamp.

Numbered callouts 1 through 6 are placed around the form to highlight these sections.

i BON À SAVOIR
Si ma maladie évolue et que mes besoins de prise en charge changent durablement, le protocole de soins peut être modifié à tout moment par mon médecin traitant. Lors de mes différents rendez-vous médicaux, j'ai toujours sur moi le volet « patient » que mon médecin traitant m'a remis. C'est ce volet qui facilite la coordination des soins dont j'ai besoin dans le cadre de mon ALD, notamment pour les médecins spécialistes que je consulte.

Mon protocole de soins est personnel et confidentiel.

Je le présente uniquement aux médecins qui me soignent ou au médecin conseil de l'Assurance Maladie. Je ne suis tenu(e) de divulguer les données qu'il contient, ni à mon employeur, ni à ma banque, ni à mon assureur, même s'ils me le réclament.

Si je le souhaite, je peux aussi demander à ma caisse d'assurance maladie de retirer la mention « prise en charge à 100 % » présente sur l'attestation papier de ma carte Vitale.

* Sur la base du tarif de la Sécurité Sociale

Pour en
savoir plus...

Je retrouve toutes les informations
dont j'ai besoin sur

ameli.fr
L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE



mon parcours d'assuré

Je m'informe sur les dépenses de santé liées à mon Affection de longue durée (ALD)

Mon médecin traitant a établi une demande de prise en charge à 100%* pour les soins et les traitements liés à mon Affection de longue durée (ALD). Désormais, l'Assurance Maladie me rembourse une part plus importante des dépenses en lien avec ma maladie.

Ce document, élaboré en concertation avec les associations de patients, m'informe concrètement sur la prise en charge de mon ALD.

**AFFECTION DE
LONGUE DURÉE**

La prise en charge

de mes dépenses de santé

L'Assurance Maladie prend en charge à 100%* les frais de santé en rapport avec ma maladie,

dans le cadre du parcours de soins coordonnés, sur la base du tarif de la Sécurité Sociale. Les soins sans rapport avec mon Affection de longue durée (ALD) sont remboursés aux taux habituels.

Pour suivre plus facilement mes remboursements, j'ouvre mon compte ameli.

	Pour l'ALD seulement*	Pour les autres maladies*
Consultations médecins généralistes ou spécialistes et actes médicaux (ex. : visite à domicile, examen du fond d'œil, électrocardiogramme (ECG) chez mon cardiologue...)	100 %	70 %
Médicaments sur prescription	100 %	65 %, 30 % et 15 %
Examens radiologiques (ex. : scanner, échographie, radiographie standard...)	100 %	70 %
Examens biologiques (ex. : bilan lipidique, glycémie, numération formule sanguine...)	100 %	60 %
Soins infirmiers et de kinésithérapie (ex. : rééducation, changement de pansement...)	100 %	60 %
Dispositifs médicaux (ex. : oxygénothérapie, pansements, prothèses...)	100 %	60 %
Transports sanitaires sur prescription médicale en fonction de mon degré de mobilité	100 %	65 %

Ces taux de remboursement ne s'appliquent pas aux personnes affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

Ce qu'il faut savoir sur ma prise en charge à 100%*

Être remboursé(e) à 100%* ne signifie pas que je serai remboursé(e) de la totalité des dépenses engagées. En effet, mes remboursements ne sont pas les mêmes si mon médecin est en secteur 1, en secteur 2 ou a adhéré au contrat d'accès aux soins. Voici quelques exemples :

	Consultation chez un médecin GÉNÉRALISTE		Consultation chez un médecin SPÉCIALISTE		
	SECTEUR 1	SECTEUR 2	SECTEUR 1	SECTEUR 2	SECTEUR 2 Adhèrent au contrat d'accès aux soins
Tarif de la consultation	23 €	30 € à titre d'exemple	28 €	40 € à titre d'exemple	40 € à titre d'exemple
Remboursement de l'Assurance Maladie	22 €	22 €	27 €	22 €	27 €
À ma charge ou à celle de ma complémentaire santé (sauf participation forfaitaire)	1 € participation forfaitaire	1 € participation forfaitaire +7 € dépassement d'honoraires	1 € participation forfaitaire	1 € participation forfaitaire +17 € dépassement d'honoraires	1 € participation forfaitaire +12 € dépassement d'honoraires

Ces tarifs ne s'appliquent pas aux Départements d'Outre-Mer (DOM). Pour connaître les tarifs : ameli.fr (Soins et remboursements > Combien serez-vous remboursé ? > Consultations)

Pour connaître le secteur des professionnels de santé que je consulte et leurs tarifs, je me connecte sur



l'annuaire santé d'ameli.fr

Ma prise en charge

en cas d'hospitalisation en lien avec mon ALD

	 HÔPITAL PUBLIC	 CLINIQUE PRIVÉE contractualisée
Remboursement de l'Assurance Maladie	100 %	100 % Hors dépassements d'honoraires éventuels des médecins
À ma charge ou à celle de ma mutuelle ou complémentaire santé	18€/jour (forfait journalier hospitalier) ou 13,50 € par jour dans les services psychiatriques des établissements de santé + suppléments liés au confort personnel (ex : télévision, etc.) + dépassements d'honoraires éventuels si le médecin est en activité libérale au sein de l'hôpital	

Sauf en Alsace-Moselle et dans certaines situations. Pour en savoir plus : ameli.fr (Soins et remboursements > Combien serez-vous remboursé ? > Hospitalisation)

Si je suis hospitalisé(e) pour un problème de santé indépendant de mon ALD, je peux être pris(e) en charge soit à 80 % soit à 100 % en fonction de l'acte réalisé.

Sur l'annuaire santé d'ameli.fr, je peux choisir mon établissement de soins selon :

- l'indicateur qualité de l'établissement délivré par la Haute Autorité de santé (HAS),
- les spécialités exercées dans chacun des établissements,
- les tarifs et bases de remboursement,
- le nombre d'actes pratiqués et la durée du séjour pour chacun,
- le taux de chirurgie ambulatoire (intervention ne nécessitant pas d'hospitalisation).

En résumé, ce qui reste à ma charge...

- Les dépassements d'honoraires éventuels.
- Les dépassements de tarifs concernant les dispositifs médicaux (appareillages, pansements, prothèses...).

Comme pour chaque assuré(e) de l'Assurance Maladie, sont déduits de mes remboursements :

- la participation forfaitaire de 1 € qui s'applique à toute consultation, acte médical ou analyse de biologie, dans la limite de 50 € par an et par personne,
- les franchises médicales qui s'appliquent aux médicaments (0,50 €), aux actes paramédicaux (0,50 €) et aux transports sanitaires (2 €), dans la limite de 50 € par an et par personne,
- le forfait journalier hospitalier de 18 € (par jour) – ou de 13,50 € dans les services psychiatriques des établissements de santé pour tout séjour de plus de 24 h.



BON À SAVOIR

La part restant à ma charge peut être remboursée par ma complémentaire santé (sauf franchises médicales et participation forfaitaire de 1 €). Si je rencontre des difficultés pour adhérer à une complémentaire santé, l'Assurance Maladie me permet, selon mes ressources, de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ou de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS).

J'adopte les bons réflexes

pour être bien remboursé(e)

- Je choisis mon médecin traitant, en général c'est le médecin qui me suit le plus souvent dans le cadre de mon ALD (généraliste ou spécialiste).
- Je présente mon protocole de soins aux médecins que je consulte dans le cadre de mon ALD.
- Je mets à jour ma carte Vitale pour éviter d'avoir à faire l'avance de frais et je la garde toujours sur moi.
- Je vérifie la couverture de ma complémentaire santé pour mes frais médicaux non pris en charge dans le cadre de mon ALD et pour les dépassements.
- Je vérifie, avec mon médecin traitant, la mise à jour de mon protocole de soins, qui peut être modifié à tout moment.

Pour en

savoir plus...

Je retrouve toutes les informations dont j'ai besoin sur



ameli.fr

L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE