

# 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.

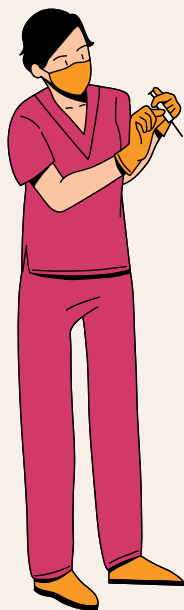




### 3

## « 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.





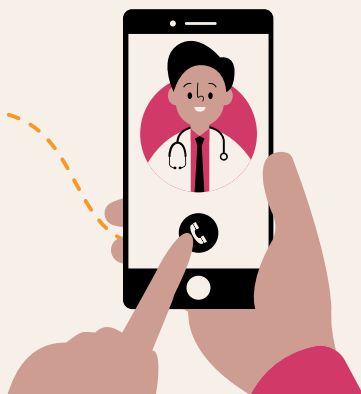


## QUI TRAITE LA DEMANDE ?

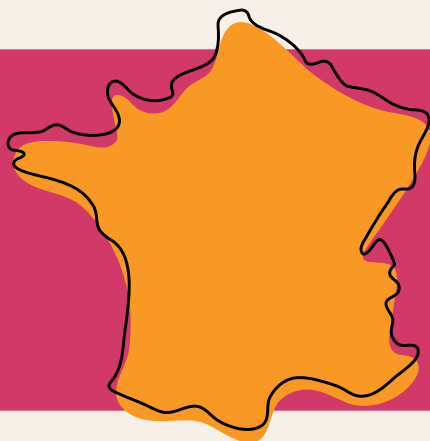


La demande est traitée par un médecin-conseil du service médical de votre caisse d'Assurance Maladie.

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>

