



SED/HSD...



Vous êtes nombreux à nous solliciter de façon régulière, lors de café parole ou de rendez-vous individuels, sur le dispositif de l'affection longue durée (ALD), ses conditions d'attribution et les droits qui en découlent.

Nous vous proposons donc un dossier spécial :
focus sur l'ALD.

ALD : définition et conditions d'attribution droits ouverts formalités de demande

Ce dossier zoom, né de la visio thématique de SED1+ de janvier 2026, n'est certes pas exhaustif. Mais nous souhaitons qu'il vous permette de mieux cerner les attendus et les enjeux de ce sujet. Le format de ce dossier est volontairement court et vous renvoie vers la vidéo de la visio et les documents de la bibliographie sur différents sites internet.

Avertissement préalable :

la notion d'ALD qui va vous être présentée ici s'applique aux personnes (salariées ou non) dépendant du régime général de l'assurance maladie (sécurité sociale / CPAM), soit, généralement, les salariés ou ex-salariés de droit privé.
=> **Ces informations ne s'appliquent pas, ou pas toutes, aux personnes de la fonction publique qui ne dépendent pas de la CPAM mais d'un régime spécifique, dont les règles sont différentes.**



1/ DEFINITION DE L'ALD :

Un dispositif légalement défini et encadré :

Le postulat de base :

L'ALD concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé.

Les 2 types d'ALD prévus par les textes :

ALD exonérante et ALD non exonérante :

ALD exonérante : le malade est atteint d'une maladie grave, évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux

ALD non exonérante : s'il n'y a pas de traitement coûteux, il est possible d'être en ALD non exonérante. C'est une affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

ATTENTION : pour la notion de "traitement coûteux", l'appréciation se fait au regard de la lourdeur des frais pour la sécurité sociale (coût relativisé / soins globaux) et non pas au regard de votre propre budget.

Des soins qui sont pour vous coûteux peuvent ne pas l'être pour la sécurité sociale. L'échelle n'est pas la même.

FOCUS SUR LES ALD EXONERANTES :

=> Les ALD "liste" : **ALD 30**

La liste des ALD est fixée par décret , elle regroupe 30 pathologies ou groupes de pathologies de manière exhaustive. La liste est consultable sur le site ameli.fr :

Les SED et HSD n'en font pas partie.

=> Les autres pathologies : **ALD dites « hors liste »** : **ALD 31 et 32**

ALD 31

Ce sont des maladies graves, absentes de la liste et qui évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois, dont le traitement est particulièrement coûteux.

Pour que les soins soient acceptés en ALD hors liste, la prise en charge doit comprendre obligatoirement un traitement médicamenteux ou un appareillage.

En outre, 2 critères parmi les 4 suivants sont également obligatoires :

- hospitalisation à venir ;
- actes techniques médicaux répétés ;
- actes biologiques répétés ;
- soins paramédicaux fréquents et réguliers.

ALD 32

C'est ici le cumul de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux qui est concerné.

C'est dans ce cadre que peuvent se situer les SED et HSD, notamment compte tenu du fait que les malades ont souvent plusieurs pathologies liées ou non.

EN CONCLUSION :

- AVOIR UN **DIAGNOSTIC SED ou HSD** NE VEUT PAS DIRE
 AVOIR LE DROIT A L'ALD :
aucun automatisme, aucun droit de principe
- SED**
HSD  **ALD**
- AVOIR UN **DIAGNOSTIC SED ou HSD** ne pourra vous permettre d'obtenir une **ALD (31 ou 32) que si vous entrez dans les critères**, si ce n'est pas le cas, soit en ALD31 soit en ALD32, votre demande sera refusée
- 
- AVOIR UN **DIAGNOSTIC SED ou HSD** ne pourra vous permettre d'obtenir une **ALD (31 ou 32)** que si vous entrez dans les critères **et que les éléments apparaissent dans votre dossier** (pour que l'assurance maladie puisse valablement statuer) :
 => si vous pensez entrer dans les critères, parlez-en avec votre médecin, et ne faites pas votre demande dès le diagnostic, attendez entre 6 et 9 mois afin d'avoir dans votre dossier tous les éléments requis !
- 

2/ DROITS OUVERTS PAR L'ALD

=> ALD EXONERANTE :

- **Les frais liés aux soins de votre maladie sont remboursés** au maximum du plafond de remboursement par l'Assurance Maladie (appelé le 100%).

=> **Consultations, examens, soins, médicaments, hospitalisation, transport.**



On parle d'exonération du ticket modérateur. Vous bénéficiez du tiers payant.

- **Certains frais restent à votre charge** comme :

- les dépassements d'honoraires,
- la participation forfaitaire de 2€/consultation, 1€/boîte de médicament
- la franchise médicale (4 € par transport),
- ou le forfait hospitalier...



Seuls les soins pour la maladie qui a ouvert l'ALD sont couverts par le dispositif :

c'est la liste des soins inscrite au protocole de soins par le médecin qui est donc couverte, et uniquement elle.

=> ALD NON EXONERANTE

- permet de bénéficier d'un arrêt de travail de plus de 6 mois
- et de la prise en charge des transports en lien avec votre maladie sous certaines conditions.
- les soins sont remboursés aux taux habituels.



A NOTER :

Être en ALD ne signifie pas que vos frais de transport sont systématiquement pris en charge. Il faut remplir les conditions !

(cf liste des conditions dans la page de ressources,
en fin de document)



3/ FORMALITES DE DEMANDE



- une demande faite par le médecin uniquement**

- Par votre médecin traitant et/ou le spécialiste qui suit votre maladie.
- Sur la base de sa connaissance de votre état de santé, de vos pathologies et de vos besoins

- par un formulaire en ligne de l'assurance maladie :**

le protocole de soins

- soit par voie électronique

La difficulté étant le peu de place laissé au médecin pour expliciter votre/vos pathologies et soins nécessaires

- ou par un formulaire "papier" (cerfa à remplir)



cerfa					
n°11626*03					
protocole de soins					
article L. 324-1, L. 325-5-1 et R. 121-1 du Code de la sécurité sociale articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement intérieur des caisses prévoyantes					
à conserver par le médecin conseil					
personne recevant les soins					
nom et prénom (aussi, si il y a lieu, de nom d'épouse/époux) adresse					
numéro d'immatriculation si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante					
date de naissance de la personne recevant les soins					
identification de l'assureur (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)) nom et prénom de l'assuré(e) inscrit(e) sur la carte vitale					
numéro d'immatriculation de l'assureur					
information(s) concernant la maladie					
diagnose(s) et/ou affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leur) date(s) présumée(s) de début					
1	2	3			
arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)					
actes et prestations concernant la maladie					
spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques (1) soin biologique prévu (type d'acte) (2)					
soins dispensés médicalement					
recours à des spécialistes (spécifier la spécialité et le type d'acte spéciale prévu) (3)					
recours à des professionnels de santé para-médicaux (4)					
(1) Sont exclus du bénéfice du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.					
durée prévisible des soins : durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu ; reclassement professionnel envisagé : oui non					
préposition du médecin traitant (cocher la case correspondante)					
ALD non exonérée	1 ALD 30 (liste)	2 ALD hors liste	3 polyopathie invalidante	4 invalidité	5
décision du médecin conseil					
accord au titre de (2)	du	du	pour		
accord au titre de (3)	du	du	pour		
accord au titre de (4)	du	du	pour		
(2) Le médecin-conseil expose le chiffre correspondant à la situation adéquate fixée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérée, 2 pour ALD 30...)					
refus	nature et motif du refus				
date : protocole validé jusqu'au					
signature et cachet du titulaire du traitement	signature et cachet du titulaire ou du centre de référence				
Signature et cachet du médecin conseil					
L'article 76-1 du code de l'assurance maladie prévoit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes dépositaires de données.					
S 3501 c					

=> A noter :

l'assurance maladie demande aux médecins de plutôt utiliser la voie électronique mais le cerfa papier leur permet de mieux détailler votre/vos pathologies et de lister plus précisément et complètement tous les soins dont vous avez besoin.

A NOTER : Les conditions préalables à cette demande sont :

- la création du compte ameli
- la déclaration d'un médecin traitant



Conservez toujours une copie
des dossiers déposés !

TOUT SAVOIR SUR L'AFFECTIION DE LONGUE DURÉE

A quoi sert la prise en charge en ALD?

La reconnaissance en affection de longue durée (ALD) de votre maladie permet un remboursement à 100% (dans la limite du plafond de remboursement) de vos soins et traitements en lien avec votre maladie. Certains frais restent néanmoins à votre charge.

Les soins qui ne sont pas liés à l'ALD sont remboursés normalement.



L'ALD est déterminée pour une durée précise

Les prescriptions se font sur une ordonnance spécifique

Remboursements liés à l'ALD

Les soins liés à l'ALD sont remboursés à 100% dans la limite du plafond de remboursement de l'Assurance Maladie



Consultations, examens et soins



Médicaments



Hospitalisation



Transports en commun, personnel ou médicalisés (*sous conditions)

Vous bénéficiez du tiers payant, vous n'avancez pas les frais des soins et traitements en rapport avec votre ALD.



Ce qui reste à votre charge

2€ de participation forfaitaire par consultation*

1€ par boîte de médicament*

et 4€ par transport médicalisé* (franchise)

20€ par jour d'hospitalisation (forfait hospitalier¹)**

Dépassements d'honoraires**

*Total à 30€ par an et par franchise

**peuvent être pris en charge par votre complémentaire



Quelles sont les démarches à accomplir?



Déclarez un médecin traitant si vous n'en avez pas



Ouvrez votre compte ameli



Vérifiez votre contrat de mutuelle ou complémentaire santé



Mettez à jour votre carte Vitale en pharmacie ou dans votre caisse d'assurance maladie



Consultez l'espace ALD et vos remboursements

Où retrouver plus d'informations?

• Sur ameli.fr et le forum assurés

• Par mail depuis votre compte ameli

• Par téléphone au 3646

• En agence d'accueil CPAM

* Non applicable au régime local d'Alsace-Moselle



PAGE DE RESSOURCES



**Taux de remboursement du régime général de la sécurité sociale
(Site Ameli) :**

<https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>



Comment bénéficier d'un transport avec une ALD (Site Ameli) :

<https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/transports-maladie-chronique>



Documentations de SED1+ sur le site internet :

<https://www.assosed1plus.com/>



VISIONNER LA VISIO-THEMATIQUE de SED1+ :

<https://www.youtube.com/watch?v=K4MYgvqML6o>



ACCOMPAGNEMENT :

n'hésitez pas à vous adresser aux assistantes sociales de l'assurance maladie, elles sont bien formées et à même de vous fournir des informations très utiles !

Nous espérons que ce dossier vous sera utile et vous aidera à mieux vous y retrouver !

