



Le suivi post-ALD

Ce dispositif concerne exclusivement **les patients qui ont été atteints d'une affection de longue durée (ALD) inscrite sur liste** et qui se trouvent dans un état de santé qui ne « requiert plus aucun traitement, mais un suivi clinique et paraclinique régulier » au regard des recommandations formulées par la **Haute Autorité de Santé** (article R-322-7-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Ce dispositif **ne peut-être ouvert qu'à l'issue d'une sortie d'ALD 30** et pour le suivi de la même pathologie. Les ALD 31 (hors liste) sont exclues du dispositif.

La prise en charge à 100 % liée au suivi médical est accordée pour une durée initiale maximale de **5 ans**, éventuellement renouvelable.

Les produits de santé à visée thérapeutique et les **frais de transport** sont **exclus** du dispositif.

En revanche, les **produits de santé à visée diagnostique** ainsi que les **produits de santé nécessaires à la réalisation d'actes ou d'examens** de suivi d'ALD (produit de contraste et anti-allergiques associés, produit de préparation colique avant coloscopie...) donnent lieu à une **prise en charge à 100 %**.

La demande d'entrée dans le dispositif ne peut-être établie **que sur demande du médecin traitant** rédigée sur une ordonnance simple, sur laquelle doit être mentionnée obligatoirement l'ALD dont le patient relevait. Cette demande est adressée au département des services médicaux de la [CNMSS](#).



En cas d'avis favorable, une notification indiquant la période d'exonération est adressée à l'assuré. Celle-ci doit être systématiquement présentée aux professionnels intervenant dans ce dispositif pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100 %.

En conséquence, les soins sont prescrits sur une ordonnance simple sur laquelle est portée la mention « suivi post ALD ».

En cas d'avis défavorable, un refus administratif est notifié à l'assuré.

Les textes du dispositif :

- > L'article 35 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2010 crée un dixième alinéa à l'article L.322-3 du Code de la Sécurité sociale, qui instaure l'exonération du ticket modérateur pour les actes médicaux et les examens de biologie nécessaires au suivi de l'état de santé de l'assuré qui ne relèvent plus d'une affection de longue durée inscrite sur une liste.
- > Le décret n° 2011-74 du 19 janvier 2011 (JO du 21 janvier 2011) précise les situations cliniques concernées et les modalités d'entrée dans le dispositif.
- > Le décret n° 2011-75 du 19 janvier 2011 (JO du 21 janvier 2011) fixe la durée et les modalités d'application du dispositif.