

CIRCULAIRE

CIR-31/2021

Document consultable dans Médi@m

Date :

09/11/2021

Domaine(s) :

activités comptables financières
 dossier client établissements

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Mise en œuvre du protocole franco algérien relatif à la prise en charge des soins programmés en France

Liens :

Plan de classement :

P13 P05

Emetteurs :

DDO DDGOS DDFC

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> DCF	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input type="checkbox"/> DCGDR			
<input type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Cette circulaire a pour objet de décrire les modalités spécifiques de facturation des soins délivrés aux ressortissants algériens entrant dans le cadre du protocole et de l'arrangement administratif signés entre la France et l'Algérie.

Mots clés :

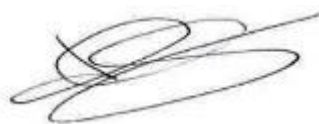
Algérie ; Facturation ; SE 352 301 ; migrants de passage

La Directrice Déléguée
 à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Marguerite CAZENEUVE

Le Directeur
 Comptable et Financier



Marc SCHOLLER

Le Directeur Délégué
 aux Opérations



Pierre PEIX

CIRCULAIRE : 31/2021

Date : 09/11/2021

Objet : Mise en œuvre du protocole franco algérien relatif à la prise en charge des soins programmés en France

Affaire suivie par :

DDO/DISAS/MISP : misp.disas.cnam@assurance-maladie.fr

DDGOS/DREGL : reglementation.prestation@assurance-maladie.fr

DDGOS/DSMOI : t2adirecte.cnam@assurance-maladie.fr

Références réglementaires :

Convention générale de sécurité sociale du 1er octobre 1980 (décret n° 82-166 du 10 février 1982 - JO du 17 février 1982), entrée en vigueur le 1er février 1982

[Protocole annexe du 10 avril 2016](#) relatifs aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie entré en vigueur à partir du 1er février 2019.

[Arrangement administratif du 10 avril 2016](#) applicable depuis le 1er février 2019.

[Instruction n° DSS/DACI/2019/224 du 17 octobre 2019](#) relative à l'entrée en vigueur du protocole annexe du 10 avril 2016 entre la République française et la République algérienne démocratique et populaire relatif aux soins de santé dispensés en France aux ressortissants algériens résidant en Algérie.

1 - Le Contexte

Le protocole annexe et son arrangement administratif concernent des ressortissants algériens résidant en Algérie ayant la qualité d'assurés sociaux affiliés au régime de sécurité sociale algérien (ou d'ayant droits) ou de démunis non assurés sociaux (ou d'ayant droits) selon la législation algérienne. La volumétrie est estimée à 1 000 cas par an France entière.

Il vise à améliorer le processus de prise en charge par l'Algérie de soins délivrés en établissements sanitaires du secteur ex DG en France métropolitaine et dans les DOM.

Depuis 1980, cette prise en charge est possible à la condition pour le bénéficiaire des soins, d'obtenir au préalable un accord conclu entre l'établissement de santé français et les services médicaux de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) algérienne.

L'accord donné porte sur la nature des soins, leur durée et un montant.

Le protocole annexe du 10 avril 2016 simplifie les modalités de facturation pour les établissements qui adressent depuis le 1er février 2019 l'intégralité des montants via une seule facture à la CPAM/CGSS de leur département. Les soins payés par la CPAM/CGSS étant ensuite intégralement refacturés à la CNAS algérienne par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

2 – La nécessité d'un accord de la Caisse Nationale des Assurances Sociales algérienne

Un échange entre la CNAS et l'établissement hospitalier permet de délivrer un accord ou un refus d'autorisation **de soins programmés** sur la base d'un devis. Le devis doit être détaillé et doit comporter la détermination du type de soins concerné et leur durée.

La CNAS algérienne a mis en place une adresse générique permettant de communiquer avec sa cellule de conventionnement (administration) : cnas_convention.pro19@cnas.dz

L'accord donne lieu à la production d'un formulaire ad hoc (**référence SE 352 – 301 annexe 1**) « Attestation de droits aux soins programmés » délivré par la caisse algérienne et remis en 4 exemplaires :

- Le premier exemplaire est remis, par la CNAS algérienne, au patient ou à son représentant légal avant son départ. Le patient doit le remettre au bureau des admissions de l'hôpital, qui le transmettra dans un second temps à la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement de santé, dûment rempli et signé par le patient ; Il revient à l'établissement hospitalier de s'assurer que ce formulaire est bien rempli et signé par le patient (original ou, à défaut, copie du formulaire de prise en charge) car il s'agit d'un élément important pour le traitement du dossier par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) ;
- Le deuxième exemplaire est envoyé, par la CNAS algérienne, au service administratif du centre hospitalier concerné. Il vaut engagement de la CNAS pour le règlement des frais engagés, même si le patient ne présente pas l'original du formulaire ou s'il ne l'a pas signé (champ 4 du formulaire) ;
- Le troisième exemplaire est remis au service médical du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) ;
- Le dernier exemplaire est conservé par la CNAS algérienne.

3 – Les circuits

a) Période initiale

L'établissement de santé transmet à la CPAM le formulaire SE 352-301.

La CPAM, via le pôle TRAM RI, enregistre en base de gestion le bénéficiaire de soins comme un migrant de passage (séjour temporaire) avec un NIR provisoire (5 ou 6) avec les dates de début et de fin de droits correspondant aux dates de prises en charge mentionnées sur le formulaire. La CPAM/CGSS adresse en retour à l'établissement de santé les données d'identification provisoire du bénéficiaire des soins et les données nécessaires lui permettant de procéder à la facturation.

b) En cas de prolongation

La demande doit être adressée par mail sécurisé dès que possible par l'établissement hospitalier (et avant la date d'expiration du formulaire de droit initial) à la cellule conventionnement de la CNAS algérienne (cnas_convention.pro19@cnas.dz), en mettant en copie le pôle médical du CNSE (protocole.algerien@assurance-maladie.fr).

L'établissement de santé adresse également à la CPAM/CGSS dont il dépend le formulaire SE 352-302 (formulaire de prolongation), une fois validé par la CNAS algérienne. La CPAM/CGSS procède à la mise à jour de la période de prolongation des droits pour le bénéficiaire selon les dates mentionnées sur le formulaire SE 352-302 (annexe 2).

4 - Le rôle du CNSE

Le CNSE propose de répondre rapidement aux questions des établissements hospitaliers en cas de doute quant à la délivrance d'une autorisation de soins programmés par la CNAS algérienne ou du type de soins concerné par l'autorisation dans le cadre du devis et du montant de dépense co-validé par l'hôpital et la CNAS. Une boîte mail générique est déjà opérationnelle pour toutes ces questions médico-administratives : etab.ri-cnse.cpam-vannes@assurance-maladie.fr

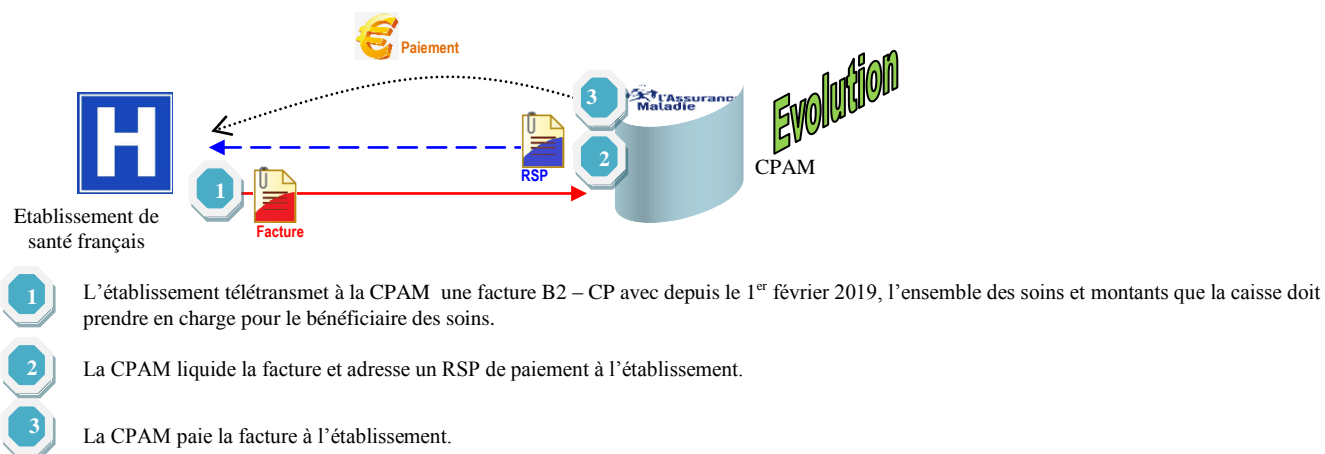
Cette procédure renvoie à un circuit déjà existant décrit ci-dessous avec un document de liaison hôpitaux / CPAM/CGSS ad hoc qui doit permettre de détecter en amont des soins inopinés non autorisés et qui pourraient être réalisés sous couvert de l'autorisation de soins programmés.

- ⇒ Tout assuré algérien se présentant au bureau des entrées sans pouvoir justifier d'un rendez-vous médical préalablement établi dans le cadre du devis co-validé par l'hôpital et la CNAS doit faire l'objet d'un questionnement en ce sens.

(cf. <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/soins-hospitaliers-dispenses-durant-un-sejour-temporaire-en-france/soins-hospitaliers-dispenses-durant-un-sejour-temporaire-en-france>)

5 - La facturation

Depuis le 1^{er} février 2019, envoi d'une seule facture à la CPAM/CGSS. Il a été nécessaire de créer un nouveau code acte « PFA » représentatif des prestations de soins habituellement non remboursables par l'assurance maladie française et d'implémenter les règles permettant de le facturer à 100%. Le code est opérationnel dans le SI de la Cnam depuis le 1^{er} avril 2020.



Nota : les échanges de factures entre les établissements ex DG et la CPAM/CGSS du département passent par le circuit de Caisse Pivot ou Caisse de Paiement Unique non représenté ici par souci de simplicité.

5.1 Les établissements concernés

Le protocole annexe prévoit une prise en charge des séjours hospitaliers établie sur la base d'un «Tarif Journalier de Prestation» pour l'ensemble des domaines d'activité :

MCO / HAD, SSR et PSY pour l'ensemble des établissements de santé du secteur ex DG (relevant du a, b, c du L.162-22-6 du code de la sécurité sociale).

5.2 Les prestations concernées

Sur la base des éléments mentionnés dans le devis de l'établissement, les prestations suivantes peuvent être prises en charge par l'assurance maladie française et être refacturées ensuite à la CNAS algérienne :

- Les prestations de soins :
 - o Des séjours hospitaliers en MCOO, HAD, SSR ou PSY facturés en Prix de Journée.
 - o Des molécules onéreuses facturables en sus.
 - o Des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus.
 - o Des médicaments rétrocédés.
 - o Des prestations de soins habituellement non remboursables par l'assurance maladie française.

- Les forfaits journaliers hospitaliers.

Ces prestations (soins et FJ) sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire française et refacturées intégralement à la CNAS algérienne.

Les personnes ciblées par la mesure ne sont pas concernées par le parcours de soins et sont exonérées de toute franchise ou participation forfaitaire (dont le 24€ en cas d'actes coûteux > 120€).

Les prestations dites de confort (chambre particulière, prestations d'hôtellerie, frais des accompagnants etc.) et les dépassements d'honoraires, ne sont pas prises en charge et restent le cas échéant directement à la charge de l'assuré.

5.3 Modalités opérationnelles de facturation

Pour les bénéficiaires de soins entrant dans le dispositif, les établissements de santé adressent les factures en norme B2 selon le circuit de facturation déployé.

Les factures peuvent comporter les prestations de soins suivantes facturées via leur code nature de prestations actuel et à un taux de 100% avec un motif d'exonération égal à « 3 » (Exo « DIV ») :

- séjours hospitaliers ou séances en MCOO, HAD, SSR ou PSY molécules onéreuses facturables en sus.
- dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus.
- médicaments rétrocédés.

Dans le cas où des actes > 120€ sont dispensés, l'établissement :

- ne doit pas indiquer d'exonération « C » (« Actes Coûteux ») ni au niveau facture ni au niveau ligne,
- ne doit pas valoriser le code participation assuré 24€,
- ne doit pas minorer le montant remboursable AMO du montant de la participation assuré 24€.

Dans le cas de séjours hospitaliers, l'établissement renseigne dans la facture un code de prise en charge du forfait journalier à « R » et utilise le code nature de prestation « FJR » pour facturer le Forfait Journalier du jour de sortie.

Dans le cas exceptionnel de délivrance de prestations de soins habituellement non remboursables par l'assurance maladie française, l'établissement renseigne alors la facture B2 avec :

- En type 3 un code nature de prestation « PFA » avec :
 - un [Prix unitaire] renseigné avec le coût de ces soins « spécifiques »,
 - une [Quantité] égale à 1,
 - un [Coefficient] égal à 1,
 - une [Base de Remboursement] égal au [Prix unitaire],
 - un [Taux de remboursement] à 100%,
 - un [Montant remboursable AMO] = 100% de la base de remboursement,
 - un [Montant de dépense] = 100% de la base de remboursement,
 - un [Montant remboursable AMC] égal à 0,
 - un [Domaine d'activité] à blanc,
 - un [Qualificatif de la dépense] à blanc.

Une fiche d'information, à l'attention des éditeurs et établissements, sur les modalités de facturation dans ces situations est disponible en annexe 3 de cette Circulaire.

5-4 Modalités de contrôles

Il est conseillé aux organismes de mettre l'ensemble de ces factures en contrôle systématique ordonnateur afin de vérifier que la prise en charge des soins est présente pour les soins facturés et qu'elle est bien conforme à l'accord de prise en charge.

6 - La procédure de recouvrement de remboursement des frais de séjour concernés

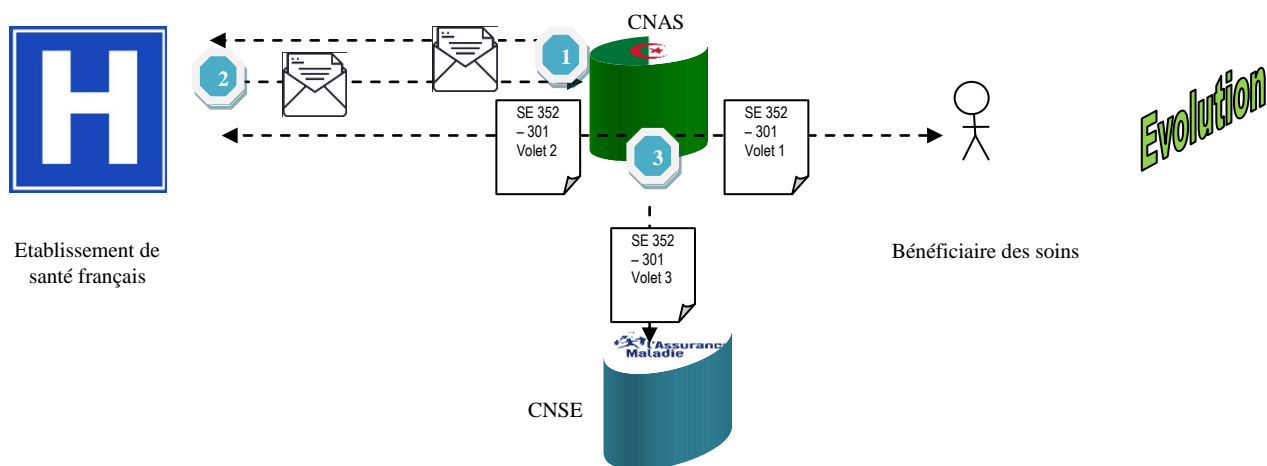
Les créances des CPAM sont collectées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) via le processus de traitement chaîne FM semestriel puis, présentées le semestre suivant dans le cadre de l'Édition nationale des créances françaises à la CNAS. Pour ce qui concerne les contestations de créances françaises par l'Algérie, le délai moyen observé est de 6 mois au regard des dernières contestations reçues. Ces dernières sont traitées au flux (réintroduites avec les justificatifs nécessaires, en particulier les CR médicaux ou le formulaire de droit manquant ou acceptées) et notifiées à la CNAS algérienne en dehors des commissions mixtes. Seuls les cas pour lesquels un litige subsiste peuvent être traités en Commission Mixte. Une expertise médicale peut le cas échéant être sollicitée dans les conditions décrites à l'article 10 du protocole.

En cas de contestation acceptée suite à non-respect par l'établissement hospitalier du processus ci-dessus, le remboursement des frais concernés sera demandé à l'établissement par la CPAM après information de celle-ci par le CNSE. Cela s'inscrit dans le cadre des indus aux établissements de santé prévu par l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale et dont le délai est de 3 ans.

A noter : Les CPAM/CGSS doivent informer les hôpitaux sur le nécessaire respect du circuit décrit dans cette Circulaire car il prévient les risques d'indus.

SCHEMAS DES NOUVEAUX CIRCUITS

• 1^{ERE} ETAPE ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LA CAISSE D'ALGERIE



- 1 Le service médical de la CNAS adresse à l'établissement de santé français les informations de l'état de santé du malade.
- 2 L'établissement adresse en retour un Devis à la CNAS (nature des soins, période des soins et tarifs).
- 3 Si acceptation, la CNAS délivre un formulaire SE 352-301 « *Attestation de droits aux soins programmés* » et remet 1 volet au bénéficiaire des soins, 1 volet à l'établissement et 1 volet au service médical du CNSE (Cf. Annexe 3 version actuelle). La CNAS conserve le dernier volet

• 2^{EME} ETAPE ENTRE LE BENEFICIAIRE DES SOINS ET L'ETABLISSEMENT



- 4 Lors de son admission, le bénéficiaire des soins remet le formulaire SE 352-301 « *Attestation de droits aux soins programmés* » à l'établissement de santé.

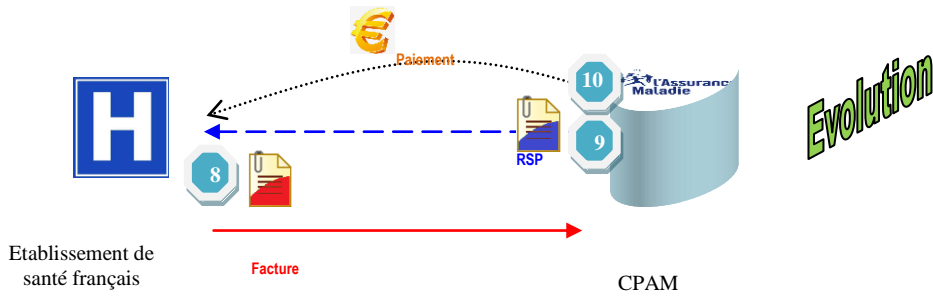
• 3^{EME} ETAPE ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LA CPAM



CPAM

- 5 L'établissement transmet à la CPAM de son département un volet du formulaire SE 352-301 « *Attestation de droits aux soins programmés* ».
- 6 La CPAM enregistre en base de gestion le bénéficiaire de soins comme un migrant de passage (séjour temporaire) avec un NIR provisoire (5 ou 6), avec les dates de début et de fin de droits correspondants aux dates de début et de fin de prise en charge et les modalités (pays, formulaire, article) (Cf. Annexe 5).
- 7 La CPAM adresse en retour à l'établissement les données d'identification provisoire du bénéficiaire des soins et les données nécessaires lui permettant de procéder à la facturation.

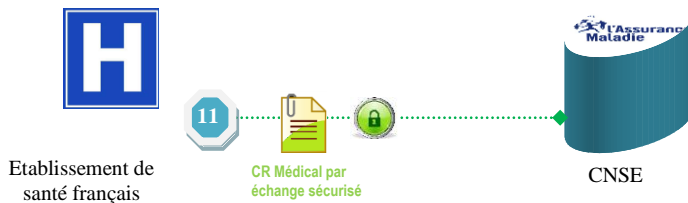
• 4^{EME} ETAPE ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LA CPAM



- 8 L'établissement télétransmet à la CPAM une facture B2 – CP avec depuis le 1^{er} février 2019, l'ensemble des soins et montants que la caisse doit prendre en charge pour le bénéficiaire des soins.
- 9 La CPAM liquide la facture et adresse un RSP de paiement à l'établissement.
- 10 La CPAM paie la facture à l'établissement.

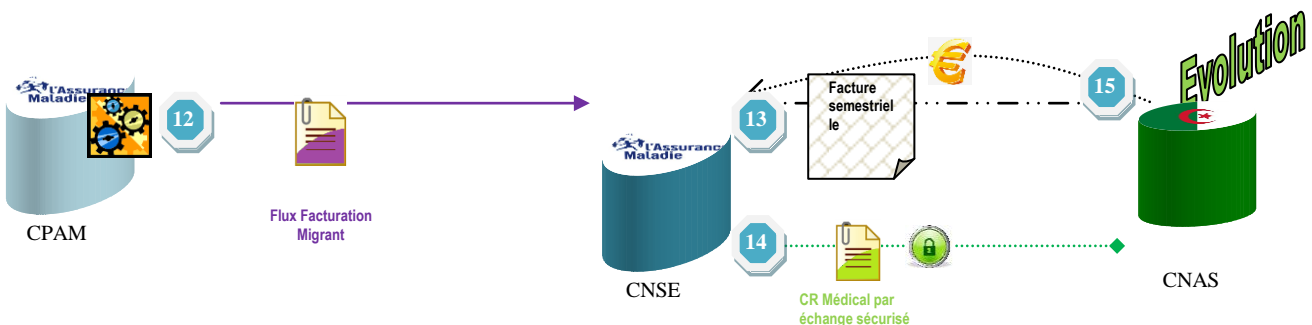
Nota : les échanges de factures entre les établissements ex DG et la CPAM du département passent par le circuit de Caisse Pivot ou Caisse de Paiement Unique non représenté ici par souci de simplicité.

• 5^{EME} ETAPE ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LE SERVICE MEDICAL DU CNSE



- 11 L'établissement transmet les Comptes Rendus médicaux au CNSE

• 6^{EME} ETAPE ENTRE LA CPAM, LE CNSE ET LA CNAS



- 12 La CPAM adresse semestriellement au CNSE le détail des éléments payés à l'établissement pour le compte du bénéficiaire de soins via la chaîne de traitement Facturation Migrants (FM). Les services du CNSE peuvent contrôler le devis initial et la facture réelle.
- 13 La CNSE présente une facture consolidée à la CNAS.
- 14 Le service médical du CNSE adresse les Comptes Rendus médicaux au service médical de la CNAS.
- 15 La CNAS rembourse le CNSE.

Les étapes 1 et 2 du processus conduisant à la délivrance du formulaire **SE 352 - 301**

• **VARIANTE DU PROCESSUS EN CAS DE MODIFICATION OU DE PROLONGATION DES SOINS**

