

OBJECTIF

Cette fiche 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 de 2019.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- [Protocole Annexe](#) à la convention entre le gouvernement de la république française et le gouvernement de la république algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatifs aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie » du 10 avril 2016 entré en vigueur à partir du 1^{er} février 2019.
- [Arrangement administratif](#) correspondant du 10 avril 2016 applicables depuis le 1^{er} 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.

LE PROTOCOLE ANNEXE ET SES PRINCIPALES EVOLUTIONS

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.

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 de sécurité sociale algérienne (CNAS).

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

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. L'accord se fait sur la base d'un devis détaillé et de la détermination du type de soins concerné et de 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) « *Attestation de droits aux soins programmés* » délivré par la CNAS 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 quatrième exemplaire :
 - est conservé par la CNAS algérienne.

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

Cette dernière 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 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.

La demande de prolongation de soins doit être adressée par mail sécurisé dès que possible en utilisant le « [formulaire de prolongation](#) » SE 352-302 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 de son lieu d'implantation le formulaire SE 352-302 (formulaire de prolongation), une fois validé par la CNAS.

La CPAM 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.

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 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 opérationnelle pour toutes questions médico-administratives : etab.ri-cnse.cpam-vannes@assurance-maladie.fr

Si la facturation réalisée n'est pas strictement conforme au devis sur lequel la caisse de sécurité sociale algérienne (CNAS) s'est engagée, le séjour ne pourra pas être remboursé par la CPAM ou pourra faire l'objet d'une demande de remboursement a posteriori s'il fait l'objet d'une contestation par la caisse de sécurité sociale algérienne (CNAS) lors de sa présentation par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

Les établissements sont donc invités à se référer au circuit existant s'appuyant sur un document de liaison entre l'établissement et sa CPAM d'implantation qui permet de détecter en amont, des soins inopinés et qui pourraient être réalisés sous couvert de l'autorisation de soins programmés.

Dans le cadre de la présente fiche, 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'établissement et la CNAS doit ainsi faire l'objet d'un questionnement en ce sens :

- <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>

LES PRINCIPALES EVOLUTIONS SUR LA FACTURATION DES ETABLISSEMENTS

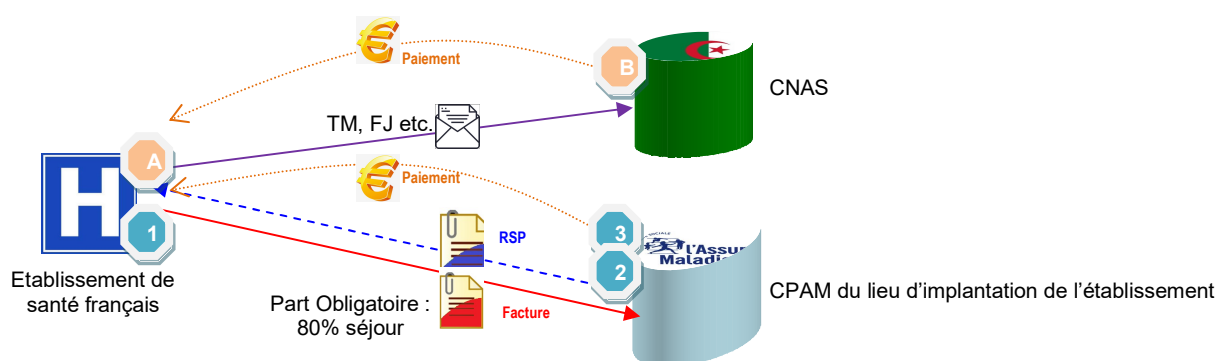
Jusqu'au 31 janvier 2019, l'établissement devait adresser après réalisation des soins dispensés dans ce contexte de prise en charge :

- une facture à la CPAM de son département (à hauteur de 80% du séjour en prix de journée, des suppléments, etc. ...)),
- une facture à la caisse CNAS d'Algérie (Tickets Modérateur (à hauteur de 20% du séjour en prix de journée, des suppléments, la somme des Forfaits Journaliers hospitaliers, le cas échéant d'autres prestations habituellement non remboursables par l'assurance maladie française etc. ...).

La part des soins payés par la CPAM étant refacturés à l'Algérie via le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) de Vannes.

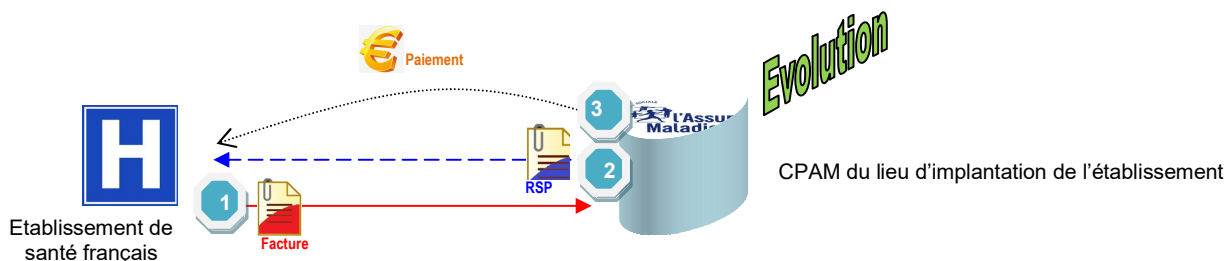
Le protocole annexe du 10 avril 2016 simplifie les modalités de facturation pour les établissements qui adressent depuis le 1^{er} février 2019 l'intégralité des montants via une seule facture à la CPAM de leur département. (Les soins payés par la CPAM étant ensuite intégralement refacturés à la caisse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

Jusqu'au 31 janvier 2019, envoi de 2 factures (1 vers la CPAM, 1 vers la CNAS)



- A** L'établissement transmet à la CNAS 1 facture porteuse du Ticket Modérateur et du forfait journalier
- B** La CNAS paie l'établissement
- 1** L'établissement télétransmet à la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement une facture B2 – CP avec une part obligatoire établie à 80% des frais de séjours
- 2** La CPAM du lieu d'implantation de l'établissement liquide la facture et adresse un RSP de paiement à l'établissement.
- 3** La CPAM du lieu d'implantation de l'établissement paie la facture à l'établissement.

Depuis le 1^{er} février 2019, envoi d'1 seule facture à la CPAM



- 1** L'établissement télétransmet à la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement 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.
- 2** La CPAM du lieu d'implantation de l'établissement liquide la facture et adresse un RSP de paiement à l'établissement.
- 3** La CPAM du lieu d'implantation de l'établissement paie la facture à l'établissement.

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

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°) ou c°) du L.162-22-6 du code de la sécurité sociale).

Les prestations concernées

Sur la base des éléments strictement 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 :**
 - Des séjours hospitaliers en MCOO, HAD, SSR ou PSY facturés en Prix de Journée.
 - Des molécules onéreuses facturables en sus.
 - Des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus.
 - Des médicaments rétrocédés.
 - Des prestations de soins habituellement non remboursables par l'assurance maladie française et pour lesquelles la CNAS a donné son accord de prise en charge dans le devis.
- **Les forfaits journaliers hospitaliers.**

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

Les personnes ciblées par la mesure ne sont pas concernées par le parcours de soins et sont exonérées de toute franchise ou de toute 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.

Les 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.

Les règles actuelles de constitution des factures n'évoluent pas (facturation à part de la rétrocession, facturation des DMI et médicaments en sus nécessairement avec le séjour de rattachement etc.)

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 et pour lesquelles la CNAS a donné son accord de prise en charge dans le devis**, 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.