

Fiche Technique - Placements à l'étranger Etablissements (MAS - FAM) non conventionnés

Cette fiche technique définit les modalités administratives de prise en charge par le Centre National de Soins à l'Etranger des séjours en structure Médico-Sociale non conventionnée facturés au Régime Général de l'Assurance Maladie Française.

Demande de prise en charge des séjours – demande initiale, renouvellement ou suite à transfert.

1 - Demande d'accord Initial (nouvelle entrée ou entrée suite à transfert d'un autre établissement belge)

La demande de prise en charge des frais de séjour doit être formulée **par l'assuré ou son représentant** (tuteur, organisme de Tutelle,...) et adressée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie – CPAM d'affiliation de la personne handicapée à l'appui des documents suivants :

- une demande écrite de prise en charge par l'assuré ou le tuteur
- la décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH
- un courrier d'accord de l'établissement prêt à accueillir la personne handicapée.

Le cas échéant (pour les établissements connus par le CNSE après le 1er mai 2014 – Règlement des factures aux assurés)

- un relevé d'identité bancaire du destinataire des règlements (assuré ou tuteur) pour mise à jour du fichier assuré de la CPAM d'affiliation.

Après étude, la CPAM d'affiliation notifiera une décision de prise en charge (accord / refus).

2 – Demande de prolongation de séjour, Renouvellement MDPH (dans le même établissement)

En l'absence de décision de prolongation de séjour (fin de validité de la notification d'orientation MDPH), l'établissement en lien avec le représentant légal de l'assuré (famille, tutelle) sollicite une prolongation auprès de la CDAPH.

A réception, l'établissement adresse au CNSE :

- un exemplaire de la notification de prolongation MDPH
- les factures mises en attente.

Si l'un des documents constituant la prise en charge n'est pas valide sur la période facturée, la facture sera mise en attente de traitement par le CNSE.

Présentation – envoi des factures de séjours

Les factures originales sont regroupées par les établissements et adressées au Centre National de Soins à l'Étranger, le mois échu.

La facture doit comporter a minima les informations suivantes :

- l'identification de la structure / les lignes de contact /les références d'agrément
- le numéro de facture / la date de facturation
- l'identification du résident (Nom, Prénom, date de naissance, N° de Sécurité Sociale)
- la période de validité des documents de prise en charge : l'accord de prise en charge délivré par la CPAM d'affiliation, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) si l'assuré en est bénéficiaire
- la situation de l'assuré (toujours présent ou sortie définitive le .././20..)
- le mois et l'année de la période facturée
- le nombre de jours de présence/ le tarif journalier/ le montant total facturé
- le montant des forfaits journaliers pris en charge par l'Assurance Maladie (CMU-C, Régime Alsace Moselle uniquement)
- **la grille de présence** correspondant aux jours calendaires du mois en cours, les jours d'absence précisant le motif de sortie provisoire (retour en famille, hospitalisation...)
- le cachet + signature du Directeur ou du Comptable

Les factures doivent être établies à terme échu. Dans le cas contraire, elles seront renvoyées à l'établissement

Facturation des Séjours – Tarifs / Forfaits Journaliers

La tarification des séjours :

Les frais de séjours sont remboursés sous forme d'un prix de journée forfaitaire fixé par les autorités françaises

MAS : 185,25 Euros
FAM : 76,83 Euros (au 1^{er} janvier 2019)

Pour les cas dérogatoires d'orientation IME, une tarification spécifique selon le type de déficience.

Le Forfait Journalier : 20,00 Euros (à compter du 1^{er} janvier 2018 et concerne un placement en MAS uniquement)

Les adultes handicapés participent aux frais de fonctionnement de l'établissement dans lequel ils sont hébergés :

- Ils acquittent un forfait journalier hospitalier lorsqu'ils sont accueillis en Maison d'accueil spécialisée - **M.A.S.**
- Ce forfait journalier n'est pas pris en charge par l'assurance maladie (Article L. 174-4 du CSS) sauf dans le cas des assurés bénéficiant de la CMU-C et des affiliés au régime Alsace Moselle.

Exemple de Facturation / Séjour en MAS, 30 jours de présence

1 – Bénéficiaire non exonéré du Forfait Journalier

Facturation au CNSE : 30jrs * 185,25 = 5 557,50 Euros
Facturation à l'assuré ou son tuteur : 30 * 20,00 = 600 Euros

2 – Bénéficiaire exonéré car Forfait Journalier pris en charge par l'Assurance Maladie (CMUc, Régime Alsace Moselle, - 20 ans)

Facturation au CNSE : 30 jrs * (185,25 + 20,00) = 6 157,50 Euros

Décompte des jours de présence – sorties provisoires (hospitalisation, retour en famille,...)

En cas de sortie provisoire : le jour de sortie n'est pas facturable, seul le jour d'entrée est facturable.

Exemple :

Une personne entrée dans l'établissement le 5/01/2018 a été hospitalisée du 16/01/2018 au 23/01/2018 puis retour à l'établissement le 23/01/2018.

Facturation du 05/01/2018 au 15/01/2018 (11 jours de présence),
du 23/01/2018 au 31/01/2018 (9 jours de présence)
soit un total de 20 jours facturables.

Traitement des factures par le CNSE

Les paiements de la prise en charge (soins) centralisés au Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) s'effectuent :

- **directement à l'établissement non conventionné** déclaré avant le 1^{er} mai 2014.
- **directement à l'assuré ou son représentant légal** (pas de tiers-payant) sur présentation des factures acquittées pour les établissements déclarés après le 1^{er} mai 2014.

Envoi des factures au CNSE

Les pièces justificatives des dossiers sont adressées uniquement par voie postale au Centre National de Soins à l'Étranger, à l'adresse suivante :

Centre National de Soins à l'Étranger
CPAM du Morbihan
BP 20321
56021 VANNES CEDEX - France

Avant tout envoi de facture, l'établissement vérifie la validité pour la période facturée de la prise en charge accordée, des droits du résident à l'Assurance Maladie, le cas échéant à la CMU-C.

Contenu du Prix de Journée MAS – FAM

Le forfait « soins » couvre **l'ensemble des frais médicaux et paramédicaux afférents aux soins qui correspondent aux missions de l'établissement** (article R 314-26 du code de l'action sociale et des familles).

Sont inclus dans le prix de journée MAS ou FAM, les soins dispensés en rapport avec le handicap et ses conséquences :

- Les suivis médicaux réguliers (médecin généraliste)
- Les interventions régulières des praticiens spécialistes (psychiatre,...)
- Les interventions régulières des praticiens paramédicaux (les infirmiers, les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues, les psychomotriciens,...)
- les médicaments,
- les frais de transport en lien avec l'une de ces interventions

Sont exclus du prix de journée MAS ou FAM :

- Les soins dispensés par les établissements de santé dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire.
- Les matériels suivants : les prothèses internes, l'optique médicale, les appareils électroniques correcteurs de surdité, les appareils et prothèses dentaires, les prothèses oculaires et faciales, les podo-orthèses, les ortho-prothèses sur mesure
- Les fauteuils roulants personnalisés (un fauteuil roulant auquel on ajoute des options n'est pas un fauteuil personnalisé).
- Les frais de transport, non liés à l'handicap ayant motivé le placement, réglementairement remboursables, conformément à l'article R 322-10 du code de la sécurité sociale (Ex Entrée/Sortie d'hospitalisation)
- Les soins en rapport avec une affection intercurrente sans rapport avec le handicap ainsi que les soins dentaires
- Les frais de recours à un équipement lourd notamment scanner et IRM
- Les frais d'inhumation

Il est à noter que

- **Les frais de transport Domicile famille - Entrée / Sortie de la structure médico-sociale ou pour permission au cours de séjour, ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie française.**
- **Les Caisses d'affiliations sont fondées à récupérer, auprès des établissements, les sommes indûment mises à leur charge au titre de prestations comprises dans le prix de journée (consultations médicales, soins infirmiers, soins d'orthophonie, de kinésithérapie,... pharmacie, sondes de gavage et nutriments,...).**

Comment contacter le CNSE ?

Par mail, à l'adresse générique suivante : cnse_placements.cpam-vannes@assurance-maladie.fr