# **CONVENTION RELATIVE AU REMBOURSEMENT DES transferts INTER –régionaux et inter départementaux des patients et a la prise en charge de leurs accompagnants**

Entre d’une part :

**La Caisse d’Assurance Maladie de XXXX[[1]](#footnote-1)**

Ci-après dénommée « la caisse »

Représentée par XXX, Directeur,

Et d’autre part :

**L’établissement XXXXXXX**

Ci-après dénommé « l’établissement »

Représenté par XXXXXXXX,

**Article 1 : Objet**

La présente convention a pour objet de définir les modalités de remboursement par la caisse à l’établissement partie à la présente convention des frais de transport extra-régionaux et/ou inter départementaux des patients hospitalisés en réanimation pédiatrique et des frais de transports et d’hébergement de leurs accompagnants conformément aux dispositions ministérielles prises dans le cadre de la gestion de la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS).

L’établissement qui a accueilli des patients transférés organise et prend en charge le retour de ces patients**,** selon les procédures applicables aux transports dont la responsabilité lui incombe habituellement[[2]](#footnote-2). Il en sollicite ensuite le remboursement auprès de la caisse.

Par défaut, l’établissement de santé d’accueil de patients transférés réserve et paie pour le compte des accompagnants du patient le transport ainsi que l’hébergement. Il en sollicite également le remboursement auprès de la caisse.

**Article 2 : Forme de la demande**

Pour obtenir ce remboursement, l’établissement adresse avant le 15 du mois suivant à sa caisse de référence un relevé mensuel, conforme au modèle établi en annexe, faisant office de facture récapitulative, selon les circuits habituels de communication avec la caisse.

**Article 3 : Modalités de versement à l’établissement**

A réception du relevé mensuel adressé par l’établissement, la caisse verse les montants dus, selon le type d’établissement :

* le 20 du mois suivant la transmission de la facture récapitulative pour les établissements sanitaires ex-DG
* le 5 du mois suivant la transmission de la facture récapitulative pour les établissements sanitaires OQN et ex OQN.

Le versement est réalisé mensuellement sur la dotation de l’établissement (MIGAC).

**Article 4 : Engagements de l’établissement**

L’établissement choisit le moyen de transport au tarif le moins onéreux et le plus adapté à la nature du déplacement. De même, les modalités d’hébergement doivent demeurer dans les ordres de grandeur des barèmes usuels

Il s’engage à s’assurer du service fait, c’est-à-dire de la réalisation de ces transports ou de la réalité de l’hébergement pour les accompagnants, et à conserver les pièces justificatives (prescription médicale de transport, facture établie par le transporteur ou l’hébergeur).

Il transmet à la caisse les informations nécessaires au remboursement conformément au tableau joint en annexe.

Par ailleurs, l’établissement demandant le remboursement du transport s’engage à ne pas facturer de supplément transport au séjour.

**Article 5 : Durée d’application de la convention**

La présente convention s’applique pendant toute la période de la crise sanitaire, telle que définie par les textes y afférant.

Fait à XXXX, le XXXXX 2022.

**Pour la CPAM de XXX**

**Le Directeur,**

**Pour l’établissement XXX**

**Le Directeur**

# Formulaire mensuel de demande de remboursement des transferts RETOURS vers la région/departement d’origine

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité de l’établissement ayant supporté la dépense (établissement d’accueil, extra-régional/départemental)** | |
| NOM de l’établissement |  |
| Statut juridique |  |
| FINESS juridique |  |
| FINESS géographique |  |
| **Informations à joindre** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de facture à conserver par l’ES** | **Date** | **Si retour vers un service d’hospitalisation : Etablissement accueillant le patient dans sa région d‘origine** | **Coût du transport** |
| N°1 | XX/XX/22 |  |  |
| … |  |  |  |
| **Total mensuel** |  |  |  |

Je soussigné, Nom – Prénom, représentant légal de l’établissement sus-visé, certifie l’exactitude des informations mentionnées ci-dessus

Date et signature

**La loi rend passible d'amende et/ ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).**

# Formulaire mensuel de demande de remboursement des frais de transport et d’hébergement des accompagnants

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité de l’établissement ayant supporté la dépense (établissement d’accueil, extra-régional ou extra-départemental)** | |
| NOM de l’établissement |  |
| Statut juridique |  |
| FINESS juridique |  |
| FINESS géographique |  |
| **Informations à joindre** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de facture à conserver par l’ES** | **Date** | **Coût du transport** **et/ou de l’hébergement** |
| N°1 | XX/XX/22 |  |
| … |  |  |
| **Total mensuel** |  |  |

Je soussigné, Nom – Prénom, représentant légal de l’établissement sus-visé, certifie l’exactitude des informations mentionnées ci-dessus

Date et signature

**La loi rend passible d'amende et/ ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).**

1. Caisse centralisatrice des paiements pour les établissements OQN et ex OQN, et caisse pivot pour les établissements ex DG [↑](#footnote-ref-1)
2. Transports réalisés par des transporteurs sanitaires au sens du code de la santé publique.

   A défaut de transport disponible aux conditions habituelles, l’établissement pourra appliquer les tarifs conventionnels applicables aux prises en charge en ville. [↑](#footnote-ref-2)