

Convention de coopération en matière d'accès aux soins transfrontaliers

***Prise en charge en tiers payant des
assurés hospitalisés***

en urgence

***dans les Hôpitaux Universitaires de
Genève***

à partir du territoire français



Haute-Savoie



Convention de coopération en matière d'accès aux soins transfrontaliers

Prise en charge en tiers payant des assurés hospitalisés en urgence
dans les Hôpitaux de Genève à partir du territoire français

Entre

L'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes,
Représentée par son Directeur Général, le Docteur Jean-Yves GRALL

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)
Représentée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie
Représentée par sa Directrice, Madame Sandrine CABOT, agissant par délégation
du Directeur Général de la CNAM.

d'une part

et

d'autre part

Le Conseil d'Etat
et le département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS)
Représentés par leur Président et Conseiller d'Etat, Monsieur Mauro POGGIA

Les Hôpitaux Universitaires de Genève,
Représentés par leur Directeur Général, Monsieur Bertrand LEVRAT

Conjointement appelées les « parties signataires », il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Vu l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse du 27 septembre 2016 et son entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2019,

Vu le protocole d'application entre le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la République française et le Département fédéral de l'Intérieur de la Confédération suisse relatif aux modalités de mise en œuvre de l'Accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière du 27 septembre 2016,

Vu l'arrêté fédéral AB 2017 N 2226/ BO 2017 N 2226 **du 15 décembre 2017** portant approbation de l'accord-cadre entre la Suisse et la France sur la coopération sanitaire transfrontalière et de son protocole d'application,

Vu la loi n° 2019-686 du 1er juillet 2019 autorisant l'approbation de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse (JO du 2/07/2019),

Vu le décret n° 2019-1319 du 9 décembre 2019 portant publication de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse, signé à Paris le 27 septembre 2016 (JO du 11/12/2019),

Vu les articles R.160-1 à R.160-4 et L 160-7 du code français de la sécurité sociale,

Préambule

Dans le contexte de la construction européenne, la coopération sanitaire s'est développée à la frontière franco-suisse, dans un double objectif de santé publique des patients et de la réalisation de synergies dans les offres de soins.

L'accord-cadre mentionné supra a pour but de favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les territoires frontaliers concernés, ainsi que la complémentarité des offres de soins en fonction des besoins recensés. Il instaure un cadre juridique pour la mise en place de conventions locales de coopération sanitaire.

Ces conventions locales de coopération dans le domaine de la santé visent notamment à :

- assurer un accès facilité à des soins de qualité pour les populations des zones frontalières franco-suisse, visées par la présente convention,
- garantir la continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients, dans le respect des droits de patients,
- optimiser l'organisation de l'offre de santé, y compris médico-sociale, de proximité et de recours en facilitant l'utilisation et/ ou le partage des moyens humains et matériels,
- garantir le recours le plus rapide et le plus adapté aux secours d'urgence,
- organiser la coopération dans le domaine de la gestion de crise sanitaire et en cas de pandémie et de catastrophe, organiser les transports sanitaires des patients,
- assurer des actions de promotion de la santé et de prévention communes et complémentaires,
- favoriser la coopération des professionnels de santé et favoriser les échanges de pratiques professionnelles,
- développer l'observation en santé et en épidémiologie d'intervention,
- développer les actions de communication en commun en direction des citoyens et des professionnels en santé.

En application des dispositions de l'article 10 de l'accord-cadre, cette convention est une mise en conformité de la convention relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence, entrée en vigueur le 1^{er} février 2010.

Sommaire

Article 1 : Objet

Article 2 : Champ d'application

Article 3 – Conditions de prise en charge

Article 4 – Modalités de facturation et de paiement

Article 5 – Evaluation

Article 6 – Comité de suivi

Article 7 – Règlement général sur la protection des données

Article 8 - Choix de tribunal en cas de litige / Traitement des précontentieux

Article 9 – Date d'effet, révision et résiliation

ANNEXES

Article 1 - Objet

La présente convention permet,

pour la France, dans les départements de l'Ain (01) et de la Haute-Savoie (74) et,
pour la Suisse aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après désignés les HUG),

- la prise en charge des frais de santé des personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation d'urgence, dans les services de soins aigus somatiques des HUG et/ou motivée par une situation qui ne pourrait trouver de réponse dans les établissements français sans mettre en jeu le pronostic vital.
- la prise en charge des suites de soins liées à cette première hospitalisation. Les suites de soins réalisés aux HUG ayant accueilli le patient en urgence en première intention peuvent correspondre à des soins ambulatoires ou stationnaires. La prise en charge est accordée d'office à l'assuré pendant un délai de 3 mois après son dernier jour d'hospitalisation. La poursuite des soins au-delà de 3 mois fait l'objet d'une demande au Pôle Médical du Centre National des Soins à l'étranger.

Article 2 – Champ d'application

2.1 – Soins

La présente convention s'applique à la prise en charge des soins visés à l'article 1.

2.2 – Personnes

La présente convention s'applique aux seuls bénéficiaires :

- des régimes français d'assurance maladie du régime général, agricole ou des autres régimes obligatoires, dont le droit aux frais de santé est ouvert auprès de leur caisse.
- des régimes d'assurance maladie de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Economique Européen (EEE) et des pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale dont le champ matériel couvre les soins de santé, ainsi que les droits y afférents, à la charge de leur institution de sécurité sociale compétente, conformément aux dispositions prévues par les textes applicables, lors de séjours temporaires en France.

Les pays visés sont listés en ANNEXE 1.

La présente convention n'est pas applicable aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat.

Article 3 – Conditions de prise en charge

3.1 – Régulation

La décision de transfert du territoire français vers les HUG fait l'objet d'une régulation qui incombe exclusivement :

- Aux médecins régulateurs du SAMU 74
- Aux médecins régulateurs du SAMU 01
- A la Cellule régionale des transferts périnataux, hébergée par le SAMU 69, à l'hôpital Edouard Herriot à Lyon.

Les médecins sus visés rédigent une prière d'admettre destinée aux HUG, dont le modèle est joint en ANNEXE 2.

Il appartient aux HUG de vérifier que le patient est en possession de la prière d'admettre telle que définie par la convention.

En cas d'erreur d'adressage relative à la qualité d'assuré social, l'établissement duquel relève le SAMU acquitte les sommes dues aux HUG.

Dans le cas d'un adressage d'un patient bénéficiant de l'AME, la facture est prise en charge par l'établissement auquel l'adresseur est rattaché. Le service facturation des HUG notifie les factures au nom de l'établissement.

Si, suite à un adressage, le patient reste pour des raisons médicales en consultation externe sans hospitalisation, la facture est prise en charge par la caisse d'affiliation, dans le cadre de la présente convention.

Les patients se présentant aux HUG de leur propre initiative, sans être adressés par le système de régulation prévu à l'article 3.1, ne peuvent bénéficier des dispositions de la présente convention (ex. : admission directe, orientation par un autre médecin).

3.2 – Formalités administratives

Une information conforme au contenu de la présente convention est remise par les HUG au patient ou à sa famille lors de l'admission selon le modèle joint en ANNEXE 4.

Les HUG ne demandent aucun dépôt de garantie aux assurés hospitalisés auxquels la présente convention s'applique.

Les HUG vérifient et justifient de l'identité des assurés, sur présentation d'une pièce d'identité, et de leur rattachement à un régime d'assurance maladie, soit en qualité d'assuré social, soit d'ayant droit d'assuré social.

Les HUG adressent au Service Relations Etablissements de Santé de la CPAM de Haute-Savoie par messagerie sécurisée (cf. ANNEXE 8) :

- un avis d'entrée appelé également 'Garantie d'hospitalisation' et une demande de prise en charge,

- si possible une copie de la carte vitale, une copie de la carte européenne ou l'imprimé d'ouverture de droits aux prestations délivré dans le cadre des conventions bilatérales;
- la prière d'admettre.

La prise en charge des patients hospitalisés aux HUG s'opère dans le cadre d'un circuit administratif et financier, s'appuyant sur la désignation d'une caisse pivot pour le régime général et une caisse de liaison pour le régime agricole, à savoir :

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie pour les assurés du régime général, des autres régimes obligatoires et pour les résidents étrangers temporaires affiliés à un régime d'assurance maladie avec lequel la France est liée par convention –cf. article 2.2.
- la Caisse de Mutualité Sociale Agricole des Alpes du Nord, pour le régime agricole.

Les correspondants administratifs et médicaux des caisses pivot et de liaison sont désignés par une liste jointe en ANNEXE 5.

3.3 – Accord de prise en charge

A réception des pièces justificatives, et après vérification des conditions d'ouverture de droit, et du respect du champ d'application de la présente convention, la caisse pivot ou de liaison délivre aux HUG un accord de prise en charge pour une durée ne pouvant excéder 20 jours (modèle en ANNEXE 3).

En cas d'absence de droit, l'accord de prise en charge ne peut pas être délivré et les HUG ne doivent pas établir de facture à l'assurance maladie française mais à l'établissement dont relève l'adresseur.

Pour tout séjour au-delà de 20 jours, l'avis du Médecin Conseil de la caisse pivot ou de liaison compétente doit préalablement être sollicité par l'envoi d'un certificat comportant obligatoirement les motivations médicales par les HUG à l'adresse figurant en ANNEXE 5, par messagerie sécurisée.

Les suites de soins nécessaires au patient à compter de sa première sortie, et pendant une durée de trois mois, peuvent être réalisées par les HUG et facturées dans le cadre de la convention sans nouvelle demande auprès des médecins conseils français.

Pour tout soin au-delà de trois mois à compter de la première sortie d'hospitalisation, une demande d'autorisation préalable est à adresser au pôle médical du CNSE par l'assuré en adressant tous les éléments médicaux utiles à l'étude de sa demande (compte rendu d'hospitalisation, compte rendu des soins ultérieurs). En cas d'accord, un formulaire S2 lui sera adressé.

L'avis favorable recueilli pour ces situations particulières conditionne la prise en charge des soins dans le cadre de la convention.

3.4 – Suivi médical du patient

Pour chaque assuré admis, les HUG doivent tenir à jour un dossier médical individuel, comportant tous renseignements relatifs à l'identité du patient, son lieu de résidence, le motif médical d'admission, le diagnostic, le traitement, les examens complémentaires, la date des interventions, le mode de sortie et la destination, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation.

Les HUG s'engagent à communiquer, dans les meilleurs délais, toute information sollicitée par le Médecin Conseil du Service Médical de la caisse pivot ou de liaison.

3.5 - Modalités de sortie du patient

3.5.1 – Sortie directe

Dans le cas de sortie directe du patient, les HUG lui délivrent les produits pharmaceutiques utiles aux premières 48 heures, en cas de nécessité (pharmacie fermée, sortie le week-end).

Le médecin de l'hôpital prescrit les médicaments au patient jusqu'à ce qu'il consulte son médecin traitant.

Une copie de la lettre de sortie sera envoyée au Service Médical de la caisse pivot ou de liaison.

3.5.2 – Transfert des assurés hospitalisés vers un autre établissement

Après hospitalisation d'un patient aux HUG, le transfert ne peut s'effectuer qu'au bénéfice d'un établissement français, sauf accord express pour un transfert vers un autre établissement suisse par le Médecin Conseil de la Caisse compétente (cf. ANNEXE 5), exception faite des répartitions des spécialités médicales entre hôpitaux universitaires (exemple : grands brûlés traités au CHUV uniquement).

Dans le cas d'un transfert vers un autre établissement suisse, le transport inter-établissement sera financièrement pris en charge par l'établissement à l'initiative de la demande de transfert.

3.5.3 – Transports à la sortie de l'établissement

A la sortie des HUG, seuls les transports effectués par un transporteur français sont pris en charge.

Le mode de transport à la sortie de l'établissement doit être médicalement justifié et strictement adapté à l'état de santé de l'assuré.

Sa prise en charge par la caisse pivot pour le régime général ou par la caisse de rattachement de l'assuré pour le régime agricole se fera en application de la législation française de l'assurance maladie.

En cas de recours à un transporteur pour convenance personnelle du patient, le coût du transport est à la charge du patient.

Les rapatriements des corps n'entrent pas dans le champ de la présente convention. Ils ne sont pas à charge des caisses d'assurance maladie.

3.5.4 – Suite d’hospitalisation

Lorsqu’un suivi post-interventionnel est nécessaire, celui-ci est réalisé dans l’établissement de santé transfrontalier ayant accueilli le patient en première intention (cf. article 1).

3.6 – Tarifs applicables

Les tarifs applicables sont ceux prévus à l’ANNEXE 6.

Article 4 – Modalités de facturation et de paiement

4.1 – Modalités de facturation par les HUG

La facturation des prestations se fait selon les modalités indiquées à l’ANNEXE 6.

Les soins prévus à l’article 2.1 sont facturés par le prestataire de soins dans un délai de 30 jours à compter de la fin de l’hospitalisation, ou des suites de soins, de la personne assurée ou du membre de sa famille concerné par lesdits soins.

Pour les assurés du régime obligatoire, la facture est libellée à l’ordre de l’Assurance Maladie, de la MSA, ou des autres régimes.

L’original est adressé par voie postale ainsi que par messagerie sécurisée selon le cadre juridique relatif à la protection des données à caractère personnel (cf. article 7), aux correspondants dont les coordonnées sont indiquées en ANNEXE 5.

La facture est rédigée en euros.

Ne peuvent donner lieu à règlement et sont frappés de forclusion les états de frais présentés plus de cinq ans après la fin du séjour.

Dans l’attente d’un nouvel outil de gestion administrative et financière, les HUG adressent la facture originale au correspondant administratif de la caisse pivot ou de liaison par voie postale ainsi qu’une version dématérialisée par messagerie sécurisée.

Un nouveau circuit informatisé sera ultérieurement développé et fera l’objet d’une annexe additionnelle, signée par les parties.

4.2 – Traitement par la caisse pivot ou de liaison

La caisse pivot ou de liaison concernée peut effectuer un contrôle de la facture :

- sur le service d’hospitalisation : conformément à la prière d’admettre communiquée par les HUG et à l’accord de prise en charge délivré par la CPAM74,
- sur les tarifs facturés pour les prestations d’hospitalisation et pour les suites de soins, conformément à la tarification suisse.

Pour le régime général, la CPAM de Haute-Savoie crée avec les HUG une instance de suivi technique des factures impayées qui procédera, chaque trimestre, à la révision de ces factures.

4.3 – Paiement par les caisses d'affiliation pour le régime agricole

La caisse de liaison transmet les factures aux organismes d'affiliation concernés pour qu'ils effectuent les règlements, directement auprès des HUG.
Elle règle les factures relevant de sa compétence (ses assurés).

Les règlements se font en euros, sur le compte bancaire en euros, domicilié en Suisse, désigné par les HUG.

L'organisme payeur s'engage à faire figurer le numéro de facture dans le libellé du virement bancaire.

4.4 – Paiement par la caisse pivot pour le régime général

La caisse pivot règle l'ensemble des factures relevant du régime général et adresse aux caisses d'affiliation des autres régimes obligatoires français (hors MSA) les factures relatives à leurs bénéficiaires.

Les règlements se font en euros, sur le compte bancaire en euros, domicilié en Suisse, désigné par les HUG.

La caisse pivot s'engage à faire figurer le numéro de facture dans le libellé du virement bancaire.

4.5 – Cas des résidents étrangers

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie est caisse pivot pour l'ensemble des affiliés à un régime d'assurance maladie non français, tels que désignés à l'article 2.2. Après acquittement des sommes dues à ce titre aux HUG, la Caisse transmet au Centre National des Soins à l'Etranger selon les procédures prévues pour l'application des règlements européens 883/2004 et 987/2009, ainsi que des conventions bilatérales applicables, les formulaires relatifs aux factures correspondantes, afin que soit prise en charge la compensation financière avec les organismes d'affiliation étrangers.

Article 5 – Evaluation

Les parties signataires établissent un bilan d'activité annuel retraçant l'activité liée à la présente convention et l'adresse au comité de suivi prévu à l'article 6 de la présente convention ainsi qu'aux organismes régionaux et nationaux compétents.

Le bilan d'activité repose sur les indicateurs définis dans l'ANNEXE 7.

Article 6 – Comité de suivi

Un Comité de suivi transfrontalier, composé de membres représentant les parties signataires, est créé.

Chaque année, la présidence du comité de suivi sera assumée par l'une des parties selon le principe de l'alternance. Le secrétariat du comité de suivi sera assuré par la partie ayant la présidence.

Le Comité de suivi peut inviter des personnalités compétentes en la matière.
Les établissements partie prenante au parcours de santé prévu par cette convention font partie du comité de suivi et sont invités aux réunions.
Il se réunit une fois par an.

Ce Comité est chargé :

- du suivi de la mise en œuvre de la présente convention,
- de l'examen des éventuelles réclamations déposées par l'une des parties signataires ainsi que, le cas échéant, celles des patients.

Les éventuels litiges sont soumis au comité de suivi qui s'efforcera de les résoudre à l'amiable.

Article 7: Protection des Données à Caractère Personnel

La mise en œuvre de cette convention se réalise dans le respect du cadre juridique de la protection des données à caractère personnel décrit à l'ANNEXE 10.

Article 8 – Choix de tribunal en cas de litige / Traitement des précontentieux

Le droit applicable en matière de responsabilité médicale est celui de l'Etat sur le territoire duquel ont été prodigués les soins.

En cas de plainte d'un patient concernant des soins médicaux dans un pays voisin, la législation sanitaire en vigueur dans ce pays s'applique de la même manière que la responsabilité médicale en cas d'erreur médicale.

En cas de réclamation concernant la facturation des frais de soins de santé, le lieu de recours juridique est le lieu où les soins de santé ont été dispensés.

Article 9 – Date d'effet, révision et résiliation

La convention est conclue pour une durée d'un an, à compter du 1^{er} janvier 2023. Elle est renouvelable par tacite reconduction par période d'un an.

La présente convention peut être résiliée en tout temps, par l'une ou l'autre partie, par le biais d'une dénonciation notifiée par lettre recommandée, à destination de chacune des parties signataires, avec un préavis de trois mois pour la fin d'un mois.

Les traitements, au sens de la présente convention, qui auraient débuté avant l'échéance ou la résiliation de la convention, sont soumis aux dispositions de la présente convention jusqu'à leur terme.

Les créances nées avant révision ou résiliation gardent leurs effets jusqu'à leur entier paiement.

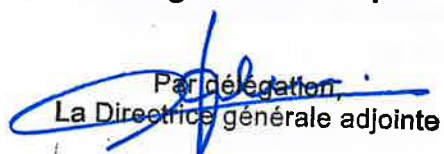
Toute modification de la présente convention et de ses annexes est effectuée par écrit, d'un commun accord entre les parties.

Fait à ...Annecy.....

Le ...2 JANVIER 2023

Signataires pour la France

**Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes**


Par déléation,
La Directrice générale adjointe

**Muriel Vidalenc
Docteur Jean-Yves Grall
Directeur de l'ARS AURA**

Signataires pour la Suisse

**Conseil d'Etat
du Canton de Genève**


M. Mauro Poggia
Président et Conseiller d'Etat
du DSPS

**Caisse Primaire d'Assurance Maladie
de Haute-Savoie**


Mme Sandrine Cabot
Directrice de la CPAM de Haute-Savoie

**Les Hôpitaux Universitaires
de Genève**


M. Bertrand Levrat
Président du Comité de Direction


Pr. Arnaud Perrier
Directeur Médical

Liste des ANNEXES

ANNEXE 1 : liste des pays dont les assurés d'un régime local bénéficient de la présente convention (Article 2.2).

Liste des pays membres de l'Union Européenne :

Allemagne	Estonie	Lituanie	Slovaquie
Autriche	Finlande	Luxembourg	Slovénie
Belgique	France	Malte	Suède
Bulgarie	Grèce	Pays-Bas	
Chypre	Hongrie	Pologne	
Croatie	Irlande	Portugal	
Danemark	Italie	République tchèque	
Espagne	Lettonie	Roumanie	

Les 3 Etats membres de l'Espace économique européen (hors Union européenne) :

- Islande
- Liechtenstein
- Norvège

La Suisse

Conformément à l'annexe I de l'accord sur la libre circulation des personnes faisant partie des sept accords conclus entre l'Union Européenne et la Suisse publié par décision du conseil et de la commission du 4 avril 2002 (JOCE n°L114 du 30 avril 2002).

Le Royaume-Uni

Le 30 décembre 2020, un accord de commerce et de coopération a été signé entre l'Union Européenne et le Royaume-Uni.

Liste des pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale.

Les conventions bilatérales de sécurité sociale (également appelés accords bilatéraux) ont pour but de coordonner les législations de deux États ou territoires afin de garantir la continuité des droits à protection sociale aux personnes en situation de mobilité.

Algérie	Congo	Kosovo	Philippines
Andorre	Corée du Sud	Macédoine du Nord	Polynésie française
Argentine	Côte d'Ivoire	Madagascar	Québec
Bénin	États-Unis	Mali	Saint-Martin
Bosnie-Herzégovine	Gabon	Maroc	St Pierre et Miquelon
Brésil	Guernesey	Mayotte Mauritanie	Sénégal
Cameroun	Inde	Monaco	Serbie
Canada	Israël	Monténégro	Togo Tunisie
Cap-Vert	Japon	Niger	Turquie
Chili	Jersey	Nouvelle Calédonie	Uruguay

Site du CLEISS : <https://www.cleiss.fr/docs/textes/index.html>

S.A.M.U. 01 / S.A.M.U. 74 / Cellule régionale des transferts périnataux

Prière d'admettre

Docteur, médecin régulateur
vous prie d'admettre aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Service :

M ou Mme : **Prénom :** **Age :**

Adresse :

Bilan Médical :

Numéro d'intervention start :

Commune d'intervention :

Raison de la mutation : Détresse vitale non stabilisée

PLUSIEURS
CRITERES
POSSIBLES

Saturation des hôpitaux de proximité ou impossibilité de prise en charge

Absence de place en CHU Grenoble Lyon

Difficultés liées au transport

Autres

Coordonnées de l'assuré(e) :

Nom : **Prénom :**

Caisse :

N° d'immatriculation :

Date

Signature

Cachet

ANNEXE 3 : Modèle de l'accord de prise en charge mentionné à l'article 3.3

GARANTIE D'HOSPITALISATION

Convention relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence dans les Hôpitaux universitaires de Genève à partir du territoire français

- **1ère demande** **Rappel**

Prière d'admettre établie le :

Par :

Date d'hospitalisation :

Dossier n° :

Nature du cas :

Patient(e)

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Titulaire du contrat d'assurance

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

N° sécurité sociale :

Affilié(e) à la Caisse primaire d'assurance maladie de :

Adresse :

Adresse du patient

Adresse du titulaire

Réponse CPAM

Accord de prise en charge :

Du Au

Refus de prise en charge au motif :

.....

Lieu et date

Signature :

Cachet :

ANNEXE 4 : Notice à remettre aux bénéficiaires de la présente convention (article 3.2)

Madame, Monsieur,

Afin de prendre au mieux en charge la situation d'urgence médicale dans laquelle vous vous trouviez, vous avez été orienté vers les Hôpitaux Universitaires de Genève par les autorités sanitaires françaises.

Vous bénéficiez ainsi d'une prise en charge de votre hospitalisation en tiers payant, dans le cadre d'une coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Suisse.

A la suite de ce séjour, un justificatif administratif de sortie vous sera remis par les hôpitaux universitaires de Genève.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'à votre sortie d'hospitalisation,

- en cas de besoin, le transfert vers un autre établissement ne pourra s'effectuer qu'au bénéfice d'un établissement français, sauf accord express pour un transfert vers un autre établissement suisse par le Médecin Conseil de votre caisse d'assurance maladie de rattachement.

- pour votre retour en France, un transport adapté à votre état de santé pourra vous être proposé. Il sera justifié par une prescription médicale et pris en charge selon les règles de droit commun de la législation française. En revanche, si vous avez recours à un transporteur pour convenance personnelle, sans justification médicale, le coût du transport sera à votre charge.

Nous vous informons également que les suites de soins liées à votre hospitalisation d'urgence, sont également autorisées aux Hôpitaux Universitaires de Genève pendant un délai de 3 mois après votre sortie d'hospitalisation.

Pour bénéficier d'une prise en charge intégrale, en tiers-payant, de ces soins, vous présenterez au service médical des Hôpitaux Universitaires de Genève réalisant les soins le justificatif administratif de sortie établi par les HUG à votre sortie d'hospitalisation.

Par ailleurs, pour tout soin nécessaire au-delà de trois mois à compter de la première sortie d'hospitalisation, vous devez adresser au Pôle Médical du CNSE votre demande en joignant l'ensemble des éléments médicaux (compte rendu d'hospitalisation et compte rendu des soins ultérieurs reçus en Suisse) afin qu'il étudie votre demande de soins programmés. En cas d'accord, un formulaire S2 vous sera adressé.

ANNEXE 5 : Coordonnées des Caisses correspondantes (article 3.2) et du CNSE

Organisme d'assurance maladie	Correspondants administratifs	Correspondants médicaux Médecins Conseils
<p><u>Régime général</u></p> <p><u>Caisse pivot</u></p>	<p>Service Relations Etablissements de Santé 2 Rue Robert Schuman 74984 ANNECY Cedex 9</p> <p>relations-hug.cpam-annecy@assurance-maladie.fr</p> <p>04 50 88 60 29</p>	<p>Médecins Conseils Service Médical 74984 ANNECY Cedex 9</p> <p>soinsaetranger.elsm-annecy@assurance-maladie.fr</p> <p>04 50 88 52 31</p>
<p><u>Régime agricole</u></p> <p><u>Caisse de liaison</u></p>	<p>MSA Alpes du Nord Service Santé Avenue des Chevaliers Tireurs 73016 CHAMBERY Cedex</p> <p>04 50 88 17 21</p> <p>santeadn.blf@alpesdunord.msa.fr</p>	<p>Médecin Conseil MSA Docteur Catherine Surroca Avenue des Chevaliers Tireurs 73016 CHAMBERY Cedex</p> <p>09 69 36 87 00</p> <p>controlemedicaletdentaire.blf@alpesdunord.msa.fr</p>
<p>CNSE</p>	<p>CPAM DU MORBIHAN CNSE – MEDECIN CONSEIL CS 80330 56018 VANNES CEDEX</p> <p>service-medical.cnse.elsm-morbihan@assurance-maladie.fr</p>	

ANNEXE 6 : Modalités de facturation

La facture est rédigée en euros.

Hospitalisation d'urgence :

La prise en charge des soins hospitaliers dispensés aux HUG est réalisée sur la base des tarifs suisses en vigueur pour le canton de Genève. La facturation des prestations se fait selon les règles SwissDRG disponibles sur le site <https://www.swissdrg.org>.

Les tarifs applicables sont ceux en vigueur aux HUG (facturés aux assurés confédérés) et prévus à l'article 37 de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal).

Le tarif du séjour résulte du système DRG (Diagnostic Related Group) suisse. Le DRG de sortie est défini à l'aide d'un logiciel groupeur en fonction de la gravité du patient, de son diagnostic, de sa durée d'hospitalisation ainsi que de techniques médicales utilisées. A ce codage des actes correspond un cost-weight exprimé en points, qui, multiplié par la valeur du point donnera un tarif de base.

Le tarif selon le SwissDRG est appliqué en francs suisses puis converti en euros, en une facture unique, sur la base d'un taux de change actualisé de manière hebdomadaire, le vendredi.

Suites de soins :

La facturation des suites de soins se fait notamment sur la base de la structure tarifaire TARMED (à l'acte) disponibles sur le site <https://www.tarmed-browser.ch>.

Les tarifs (notamment le TARMED) sont appliqués en francs suisses puis converti en euros sur la base d'un taux de change actualisé de manière hebdomadaire, le vendredi.

La facturation est mensuelle.

ANNEXE 7 : Liste des indicateurs permettant d'évaluer la présente convention (article 5).

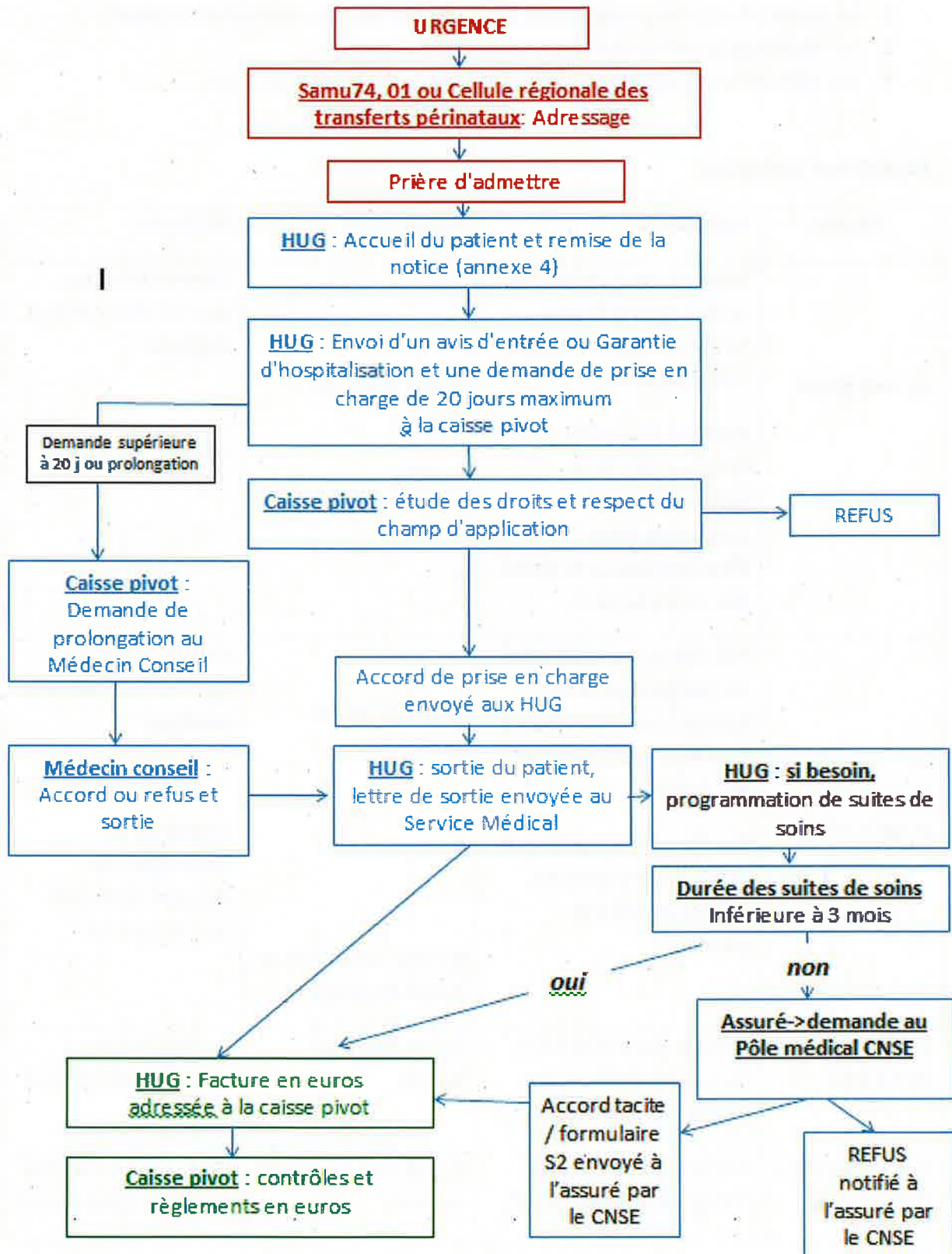
Quatre champs sont pris en compte dans l'évaluation :

1. Le coût global de la convention
2. Le respect du champ d'application (avec un contrôle administratif et médical)
3. Le respect de la tarification (avec un contrôle financier)
4. Les difficultés rencontrées dans l'application (via le comité de suivi).

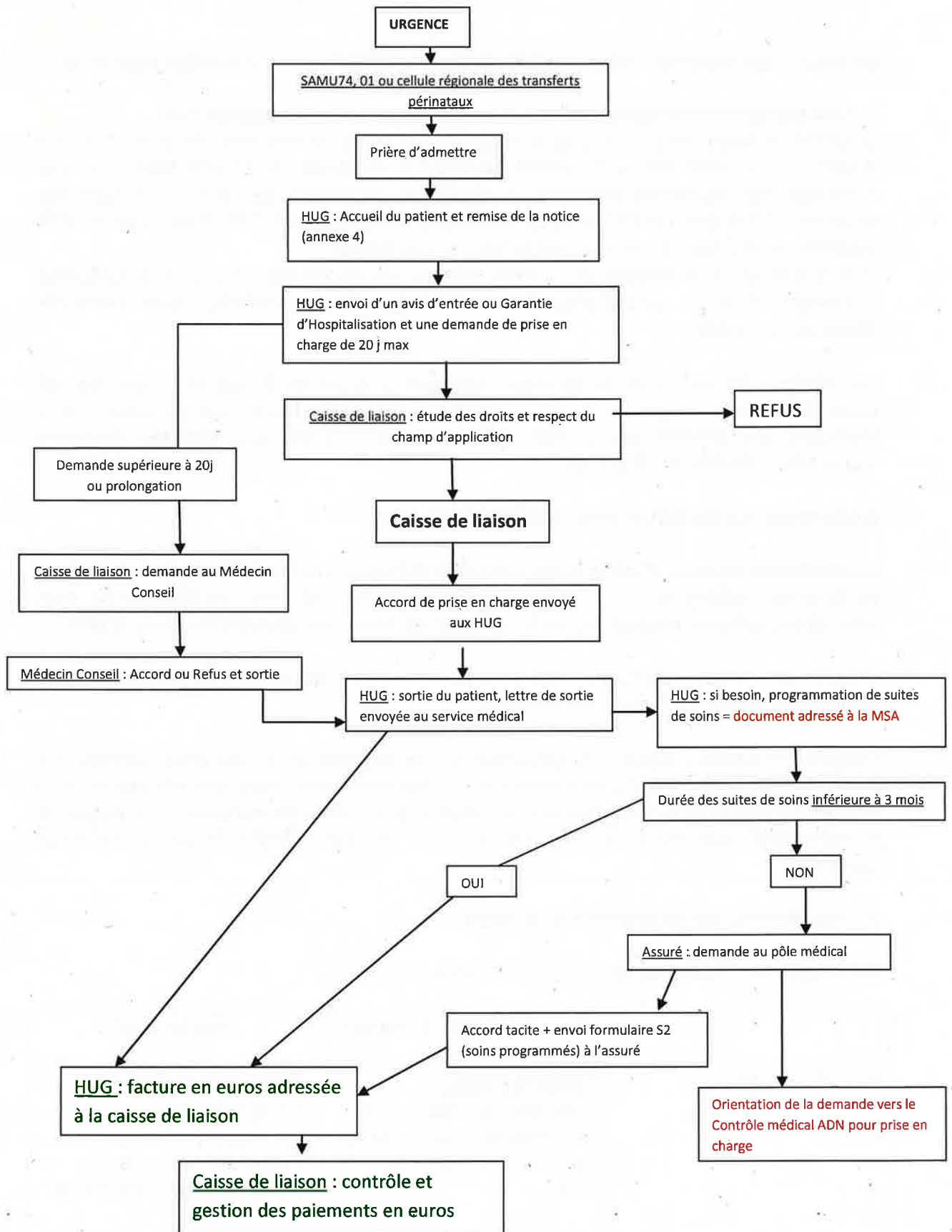
Modalités d'évaluation

Champ	Indicateurs	Responsable	Méthode
Le coût global	Montant total remboursé en distinguant la part hospitalisation de la part suites de soins Nombre de patients admis dans la cadre de la présente convention, nombre de jours d'hospitalisation et détail des suites de soins	Caisse pivot, de liaison et HUG	Tableau Excel ou outil de back-office à déployer Idem
Le respect du champ d'application	Nombre de refus de prise en charge pour motif administratif (hors champ) / nombre total de prises en charge Nombre d'inadéquations médicales/nombre de dossiers médicaux examinés	Caisse pivot, de liaison Service médical de la caisse de liaison	Tableau Excel ou outil de back-office à déployer Examen d'un échantillon de dossiers médicaux une fois par an
Le respect de la tarification	Nombre de tarifications non conformes/nombre total de tarifications	Caisse pivot, de liaison	Tableau Excel ou outil de back-office à déployer
Les problèmes d'application	Nombre de saisines du comité de suivi par motif	Secrétariat du comité de suivi	Recueil au fil de l'eau dans un tableau Excel

ANNEXE 8 : Schéma récapitulatif de la procédure



ANNEXE 9 : schéma récapitulatif MSA



ANNEXE 10 : Protection des données à caractère personnel

La zone de responsabilité conjointe est strictement limitée à la mise à disposition des données

1 - Conformité informatique et libertés et protection des données personnelles

La CPAM de Haute-Savoie s'engage à respecter, en ce qui la concerne, les dispositions du Règlement (UE) 2016-679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et celles de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour le traitement de données personnelles visé par cet accord, elle s'engage à se conformer strictement au RGPD, qui s'appliquera en toute circonstance, nonobstant toute éventuelle stipulation contraire.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève s'engagent à respecter la législation qui leur est applicable, soit la Loi genevoise sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles (LIPAD ; RS GE 1 2 08) ainsi que son règlement d'application (RIPAD ; RS GE A 2 08.01).

2 Responsabilité des Parties dans l'échange de données.

Les Parties conviennent d'une solution technique d'échanges de données validée à la fois par les Hôpitaux Universitaires de Genève et par l'Assurance Maladie, en fonction de leurs obligations juridiques respectives, sur les serveurs de l'Assurance Maladie (solution PETRA).

Chacune des Parties reste responsable individuellement des traitements de données exercés en amont et en aval du transfert de données.

Chacune des parties s'engage à communiquer les coordonnées de contact de son *Délégué à la Protection des Données* (DPO) et à tenir à jour la documentation nécessaire à la preuve de la conformité du traitement (registre des traitements, documentation nécessaire à la preuve de la conformité) pour autant qu'elle soit soumise à de telles obligations par la législation applicable.

3 – Finalité et moyen du transfert de données

Les finalités du transfert de données sont définies comme suit :

	Pour la CPAM74, ELSM et la MSA	Pour les HUG
Finalités du traitement	CPAM74 / MSA : Apporter une réponse à la demande de prise en charge du patient formulée par les HUG Paiement aux HUG par les caisses d'affiliation après réception des factures par la	Transmettre la garantie d'hospitalisation accompagnée de la prière d'admettre pour une demande de prise en charge. Demande de paiement par l'envoi d'une facture

	<p>caisse de liaison pour le régime agricole ou paiement par la caisse pivot pour le régime général</p> <p>Suivi des règlements (envoi d'un tableur avec un récapitulatif des factures)</p> <p>ELSM : Apporter une réponse à la demande de prolongation d'hospitalisation au-delà de 20 jours formulée par les HUG</p>	<p>Suivi des règlements (envoi d'un tableur avec un récapitulatif des factures)</p> <p>Transmettre à l'ELSM pour avis la demande de prolongation d'hospitalisation au-delà de 20 jours</p>
Moyens du transfert	Dépôt sur un serveur sécurisé	Dépôt sur un serveur sécurisé
Type de données à caractère personnel transféré	<p><u>Prière d'admettre</u></p> <p>Nom du médecin régulateur du SAMU ou de la cellule régionale des transferts périnataux Coordonnées du patient Bilan médical Commune d'intervention N° d'intervention start Raison de l'orientation vers les HUG Coordonnées de l'assuré (nom, prénom, NIR)</p> <p><u>Garantie d'hospitalisation</u></p> <p><i>Données supplémentaires :</i> Date d'hospitalisation N° de dossier Adresse du patient Avis de prise en charge Date de prise en charge</p> <p><u>Facture</u> Montant de la prise en charge</p>	
Catégories de personnes concernées	Assurés	
Durée de conservation des données transférées	La durée de conservation légale des données transmises par les HUG à l'Assurance Maladie française est de 5 ans	

4 – Engagement de chacune des Parties

Chacune des parties s'engage à :

- Transférer les données uniquement prévues par la présente convention ;
- Respecter la finalité du traitement des données personnelles, notamment s'agissant des situations dans lesquelles un transfert de données est nécessaire. Toute autre utilisation des données devra respecter les conditions fixées par la législation applicable et sera de la responsabilité exclusive de la Partie qui y procédera ;
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel ;
- Utiliser uniquement les solutions informatiques validées par les HUG et l'Assurance Maladie pour le transfert de données.

4.1 – Information des personnes

Chacune des Parties reste responsable des mentions faites aux personnes concernant le transfert de leurs données personnelles.

La partie qui collecte les données doit porter à la connaissance des personnes concernées la source de ces données. Sauf cas particulier, la partie qui met à disposition les données doit également prévoir une information des personnes précisant le ou les éventuels destinataires.

4.2 – Incidents de sécurité, suspicion de violation de données à caractère personnel

Les Parties s'engagent à se tenir informées en cas de suspicion ou de violation de données avérée lors du transfert de données. A cet effet, il reviendra aux Parties de s'accorder sur les mesures à prendre concernant la notification auprès des autorités compétentes et à l'obligation d'informer les personnes en cas de risque élevé sur la vie privée.

Les parties n'ont pas de responsabilité sur le traitement réalisé par l'autre responsable de traitement.