Convention organisant la prise en charge du reste à charge des séjours temporaires en EHPAD en sortie d’hospitalisation des personnes âgées atteintes de Covid-19 jusqu’à la fin de la période d’état d’urgence sanitaire

Convention conclue entre

L’établissement XXX ou son gestionnaire XXX, ci-après dénommé « l’établissement »

Et

La Caisse[[1]](#footnote-1) XXX, ci-après dénommée « la caisse »

La présente convention vise à mettre en œuvre la mesure instaurée par le gouvernement pour permettre l’hébergement temporaire en EHPAD lorsque des personnes âgées ont besoin d’une solution intermédiaire d’hébergement à la suite d’une hospitalisation pour infection Covid-19, avant le retour à leur domicile. Elle a pour objet de définir les modalités d’une prise en charge exceptionnelle et partielle par l’assurance maladie du reste à charge de ces personnes âgées qui ont été hospitalisées pour le Covid-19 afin de faciliter leur sortie d’hospitalisation.

**Article 1. Champ des prestations prises en charge**

La prestation couverte par cette convention pour les patients admis en hébergement temporaire dans « l’établissement » en sortie d’hospitalisation pour Covid-19 prend la forme d’un forfait couvrant le reste à charge du patient dans la limite de 90 euros par jour. Il s’agit du tarif normalement facturé au résident diminué de sa participation au titre du forfait journalier hospitalier de 20 euros et non couvert par des prestations d’autre nature.

**Article 2. Durée du séjour**

Le séjour temporaire dans « l’établissement » couvert par cette disposition ne peut excéder une durée de 30 jours contigus.

**Article 3. Modalités de prise en charge par l’assurance maladie**

Les prestations définies à l’article 1 font l’objet d’une prise en charge par l’assurance maladie, conformément aux dispositions précisées dans la fiche ministérielle « Professionnels de santé, hospitalisation à domicile et services à domicile : Prise en charge des personnes âgées à domicile hors EHPAD dans le cadre de la gestion de l’épidémie de covid-19 » publiée sur le site du ministère en date du 20 avril 2020 (cf. sur le site : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-prise-charge-personne-agee-domicile-covid-19.pdf>).

Pour obtenir ce financement, « l’établissement » adresse avant le 15 du mois suivant à « la caisse » un relevé mensuel des bénéficiaires concernés, conforme au modèle établi en annexe, faisant office de facture synthétique, selon les circuits habituels de communication avec « la caisse ».

L’établissement s’engage à ne facturer que les prestations non couvertes par une autre prestation de quelque nature que ce soit et qui sont habituellement à la charge du résident. Ce dernier reste néanmoins redevable d’une participation équivalente au forfait journalier hospitalier fixé à 20 euros par jour en 2020. L’établissement doit donc préciser son tarif hébergement et le tarif dépendance applicable à chaque bénéficiaire en fonction de son niveau de dépendance. La prise en charge de ce tarif par l’assurance maladie étant diminuée du montant du forfait journalier de 20 euros.

Il s’engage à conserver les justificatifs de prise en charge, notamment :

* l’attestation de tarif hébergement et tarif dépendance (ces tarifs étant ceux communiqués à la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, conformément aux dispositions de l’article D. 312-207 du CASF),
* l’évaluation du niveau de GIR de chaque bénéficiaire,
* ainsi que le document d’orientation par le responsable du service médical de l’établissement de santé d’origine (ou le résumé de sortie d’hospitalisation le précisant).

L’établissement atteste que l’admission des bénéficiaires a été prononcée à l’issue d’une hospitalisation pour Covid-19 afin de permettre leur hébergement temporaire à titre transitoire et qu’ils ont été orientés par l’établissement de santé d’origine.

**Article 4. Modalités et rythme de remboursement par l’assurance maladie**

Après réception du relevé mensuel adressé par « l’établissement », « la caisse » verse le montant dû le 20 du mois suivant la transmission de la facture récapitulative.

Le remboursement est réalisé par le biais d’une dotation spécifique exceptionnelle versée à chaque établissement ou à son gestionnaire ou à l’établissement désigné comme percevant la dotation globalisée commune dans le cas d’un CPOM.

1. Caisse pivot pour les établissements médico-sociaux. [↑](#footnote-ref-1)