



CONVENTION

de financement et de partenariat entre la CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées au titre de la Protection Maternelle et infantile :

- activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- activités de promotion en santé sexuelle

Conclue entre :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE-ET-VILAINE, située à Rennes, cours des Alliés , représentée par Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN, Directeur

Ci-après dénommée « la CPAM »

Et

LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, situé à Rennes, 1 avenue de la Préfecture, représenté par Monsieur Jean-Luc CHENUT, Président du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 28 août 2023,

Ci-après dénommé « le Département »

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants: L.2112-2 alinéas 1°, 2°, 3°,4° et 4bis et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le Département au titre de la protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Le Directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine est le signataire unique de la convention pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire du département d'Ille-et-Vilaine (régime général, MSA Mutualité Sociale Agricole, ENIM Etablissement National des Invalides de la Marine - régime spécial de sécurité sociale des marins) ainsi que pour l'AME (Aide Médicale de l'Etat) et la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) participative et non participative.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département d'Ille et Vilaine dont la liste est fournie en annexe 3 par le Département à la CPAM et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants **de moins de six ans**. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence aux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.160-1 et L.160-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la CPAM d'Ille et Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- L'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- Les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois' avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement:
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), -comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement. .
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires - et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2: actes réalisés par les sages-femmes),
- Les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D160-3 du code de la sécurité sociale)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6ème mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de

- la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le Département :
 - Aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
 - Aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant, font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le Département, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La CPAM d'Ille-et-Vilaine verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- Dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- Sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- Dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu.

Article 6	MODALITES DE FACTURATION
-----------	---------------------------------

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

6.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Le Département adresse à la CPAM au 1er janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec les fournisseurs.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son N° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son N° RPPS, sa signature

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »

- la codification des actes et prestations réalisés, et la date des soins

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante : 35024 Rennes Cedex 9, mensuellement au 15 de chaque mois.

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Département délègue, au titre sa mission PMI, un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant:

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- L'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- L'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- La codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

Un tableau-récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant

- Le nombre de factures transmises et pour chacune :
- L'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- L'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- Le taux de remboursement des actes réalisés,
- Le montant attendu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait est précisée en annexe 5 de la convention et actualisée en tant que de besoin.

Dans le cas où de nouvelles modalités pratiques seraient applicables, elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

TITRE II
PROMOTION EN SANTE SEXUELLE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la CPAM d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge **au titre de l'assurance maladie** :

- Les consultations de maîtrise de la fécondité, frais d'analyses et d'examens de laboratoire et actes d'imagerie médicale ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (Ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Département d'Ille-et-Vilaine),
- L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- Les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311 7-4° du code de la santé publique, le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 10 MODALITES DE FACTURATION
--

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le Département sur les supports suivants :

10.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques ; un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

10.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS, sa signature,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »,
- la codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

10.3 Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 042/93 ou 1 55 55 55 351 042/46 et la date de naissance réelle du ou de la patient.e.**

10.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

- Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental ou majeure désirant garder le secret.

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 030/08** et la **date de naissance réelle de la patiente**.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le Département à la caisse qui procède au remboursement au Département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :
 - FHV: forfait honoraires de ville,
 - FMV: forfait médicaments de ville.
 - JC : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins généralistes et les sages-femmes)
 - JCS : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins spécialistes)

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention « Forfait médical ». La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.3 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le Département assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineur.es qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'exams de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La CPAM est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe 6, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.4 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement, des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE ELIGIBLES À UNE PARTICIPATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 11 ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le Département et la caisse d'Assurance Maladie, peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional, notamment la stratégie nationale de santé et le Projet Régional de Santé (PRS).

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- **Vaccinations** : suivi des recommandations liées au calendrier vaccinal mis à jour annuellement (au mois d'avril), et notamment :
 - Amélioration de la couverture **vaccinale ROR** pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - Amélioration de la **couverture vaccinale Méningocoque C** pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - Vaccination des **femmes enceintes contre la grippe saisonnière**, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - A chaque grossesse, vaccination des **femmes enceintes contre la coqueluche**, au deuxième trimestre, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaine d'aménorrhée, entre le mois de grossesse et par le cocooning¹ après l'accouchement.
 - Amélioration de la **couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** des adolescents, filles et garçons, entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 de 19 ans
 - Participation à la **semaine européenne de la vaccination**.
- **Suivi de grossesse et soutien à la parentalité** :
 - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation d'évènements autour de la maternité et le relai d'informations et d'outils de communication autour de ce public.
- **Nutrition** :

¹ Stratégie de protection indirecte des petits nourrissons par la vaccination de leurs proches.

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec le dispositif « Mission retrouve ton cap » de l'Assurance Maladie qui permet aux enfants de 3 à 12 ans, à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sans avance de frais ni dépassement d'honoraire).
- Tabac :
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage accompagnés par la PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :
 - **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils d'information et des actions « d'aller vers » lors du programme « mois sans tabac » en novembre),
 - **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage (liste des lieux de consultations en tabacologie, application mobile, ligne téléphonique dédiée, outils motivationnels ...),
 - **Améliorer l'accessibilité à la prescription des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Parmi les professionnels de PMI, les médecins, infirmiers et sages-femmes peuvent prescrire ces traitements aux femmes enceintes et à leur entourage, elles pourront également être accompagnées par les pharmaciens au moment de la délivrance des produits,
 - **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée via un appel à projet organisé dans le cadre du mois sans tabac (parution en juin pour mise en place en octobre et novembre de la même année) et un accompagnement méthodologique pourra être mis en place pour le premier dossier de demande. D'autres actions pourront être soutenues financièrement par l'intermédiaire du fond de lutte contre les addictions via un appel à candidature auprès de l'assurance maladie.
- Examen bucco dentaire:
 - Un examen bucco-dentaire composé d'un dépistage et de soins dentaires si nécessaire, est entièrement pris en charge par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. L'assurance maladie pourra proposer des outils d'informations aux PMI pour faciliter la diffusion de cette information aux femmes enceintes qu'elles suivent.

- La PMI peut s'assurer auprès des parents des enfants de 3 et 6 ans qu'ils ont bien reçu l'invitation à un dépistage bucco-dentaire dans le cadre du programme M'T DENTS et qu'ils ont entamé une démarche de réalisation de l'examen auprès d'un chirurgien-dentiste.

Au niveau local,

• Parcours Naissance

Dans le cadre de l'évolution des modalités d'accompagnement des sorties maternité, l'assurance maladie et le Département s'attachent au respect effectif des recommandations HAS pour le suivi pré et postpartum, par la consultation ou la visite du couple mère enfant par un professionnel de santé.

A ce titre, la CPAM s'engage à :

- accompagner les acteurs du système de santé dans la coordination et la structuration d'une offre territoriale.
- participer à la formalisation du parcours naissance en identifiant les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maternité.
- mener des campagnes d'informations vers chaque profession et maternité.

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.
- valoriser l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) vers les professionnels de santé et les assurées.
- transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

Pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, et dans l'attente de droits, notamment aide médicale d'Etat (AME), le Département s'engage à rembourser en première intention les frais d'analyses biologiques et d'exams radiologiques ou échographiques rendus nécessaires en urgence (ex : datation de grossesse). Il est convenu avec la CPAM d'Ille-et-Vilaine que le Département bénéficiera d'un circuit privilégié pour une ouverture de droits rapide. Le remboursement des actes effectués par le praticien de santé PMI ainsi que des frais d'analyses biologiques et d'exams radiologiques ou échographiques pourra être différé et s'effectuer par l'envoi des feuilles de soins papier à la CPAM, dès que la femme aura en sa possession la notification de droits.

• Suivi des enfants vulnérables

Le Département d'Ille-et-Vilaine affirme sa volonté d'agir dès la naissance pour réduire le plus possible les inégalités. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les praticiens libéraux et hospitaliers et l'ensemble des professionnels de santé, il souhaite promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients et notamment les plus vulnérables d'entre eux.

A ce titre le Département participe activement au réseau de santé périnatale et concourt au suivi des nouveau-nés vulnérables (suivi des enfants hospitalisés à la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans) et à l'accompagnement de leurs parents et familles.

Par ailleurs, pour faciliter la continuité des soins, éviter autant que faire se peut le recours à la médecine d'urgence voire à l'hospitalisation, il propose de contribuer au

suivi de la santé au titre de la maladie pour les enfants dont les parents vivent dans une situation de grande vulnérabilité.

La CPAM s'engage à rembourser au Département au titre de l'assurance-maladie:

- Les consultations médicales intercurrentes rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et de la situation de vulnérabilité familiale,
- Les consultations médicales en sus de la surveillance de l'enfant de moins de six ans rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV **DISPOSITIONS COMMUNES**

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation de leurs services afin de permettre la télétransmission.

Le Département peut utiliser l'application ADRI (Acquisition des DRoits intégrés) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du Département s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, ils se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Le Département s'inscrit dans le plan national d'accompagnement des publics en difficultés dans leur accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, le Département s'engage à informer et orienter le public vers les services appropriés de l'assurance maladie.

La CPAM d'Ille-et-Vilaine s'engage à fournir les supports explicatifs nécessaires de type flyers destinés au public, ainsi que l'accès à son site extranet destiné aux partenaires www.ameli-bretagne.fr/ExtranetAMS. Le code d'accès est pour le Département est : cg35.

Elle s'engage également à assurer des réunions d'information autant que de besoin auprès des professionnels de santé du Département afin de les informer de l'évolution de la réglementation et des dispositifs.

Le Département pourra également, avec l'accord des personnes concernées, prendre contact avec Mission Accompagnement Santé (MISAS) de la CPAM, qui a pour mission d'accompagner les assurés en difficultés pour accéder aux soins jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
-------------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués à :

Identité Titulaire : Paierie Départementale d'Ille-et-Vilaine

Domiciliation : BOF Rennes

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00682

W Compte : C355000000

Clé RIB: 84

IBAN : FR92 3000 1006 82C3 5500 0000 084

BIC : BDFEFRPPCCT

Code APE/NAF :

8411Z W SIREN :

223500018

W SIRET : 223500018 00013

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17	CONTROLE DES REGLEMENTS
-------------------	--------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont ils sont à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L315-1 ou code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18	SUIVI ET EVALUATION
-------------------	----------------------------

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés au Département par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le Département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'accéder aux droits et aux soins,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

- Le nombre de formation et d'information proposé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre de professionnels du Département ayant participé à une formation ou une information mise en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre et la typologie des signalements MisAS par les professionnels du Département.

Article 19	DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION
------------	---

La présente convention est signée pour une durée de 4 ans.
Elle sera renouvelée ensuite par reconduction expresse par période de 4 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20	RESILIATION
------------	--------------------

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21	REGLEMENT DES LITIGES
------------	------------------------------

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à Rennes, le xx/xx/xxxx - en deux exemplaires originaux

Pour la CPAM

Pour le Département

Monsieur le Directeur

Monsieur le Président
du Conseil départemental

Jean-Baptiste CALCOEN

Jean-Luc CHENUT

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Actions de prévention concernant les futurs parents							
Examens prénataux L 2112-2, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CS	Femmes enceintes	7 examens prénataux obligatoires (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS		
		Examens complémentaires à proposer systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Prise en charge des prestations recommandées par la HAS et figurant à la CCAM et NGAP		
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70%	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	
				3ème : 100%	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	Décision UNCAM du 19/12/2018		SF 12,6
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020		SF 15 SF12 SF 11,6 SF 6
		Visites à domicile en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois	VG VS	V+MSF	
				100% à partir du 1er jour du 6ème mois			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	G/VG CS/VS	C/V+MSF
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	Examen de suivi à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés	G/VG CS/VS	SF9
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en Cabinet ou à Domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012		SF 15,6 SF 22,6
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes		SF 12,5 SF 19,5
Examen du futur père L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	Consultation + Examens complémentaires si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	G CS	C
	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en oeuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux		1 Enfant SF 16,5 SF 12 Plusieurs enfants SF 23 SF 17

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	Décision UNCAM 5/02/2008		1 patiente SP9 2/3 patientes SP7 4/6 Patientes SP 6
				après le 12ème jour : 70%			
		1 examen médical postnatal obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS		SP 14 SP 12 A domicile
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sagefemme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90ème jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseurkinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100% Pendant 3 ans	L 331-1, L. 160-9 du CSS Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité		SF7,5
	Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement après le 12ème jour : 70%		G+VG CS/VS	C+V+MSF	
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 65%	L. 160-8.5°du CSS		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			
Dépistage du saturisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
--	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	----------------------	-------------------------

Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans

Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2ème semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019	VOIR tableau ACTES ENFANTS	
				100% sur risque maladie à partir du 13ème jour de vie de l'enfant			
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois -17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.		
Dépistages							
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
		Plombémies de dépistage					
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	CDRP002	

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM	BLQP010	
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP006	
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP	Code acte CTE code agrégé CCE	
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP002	
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Assurés de moins de 26 ans	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019	CCP	CCP
Maîtrise de la fécondité	Toute population	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme Examens de laboratoire ordonnés en vue de la prescription d'une contraception Forfait comprenant :	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L 2112-2 du code de la santé publique L 160-8 du code de la sécurité sociale		
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement	Forfait comprenant :	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009	IC IC FMV FHV	IC IC FMV FHV
		• 1 consultation de recueil de consentement					
		• 2 consultations d'administration du médicament					
		• 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)	Mineures sans consentement parental	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits		

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Entretien préalable à l'IVG L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS		
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%			
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle L 2311.5 R 2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants – soit sur proposition du médecin	Consultation Analyses et examens de laboratoire Frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement	Assurés sociaux et Ayants droit*** (sauf mineures ayants droit qui en font la demande)	70%	L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS		
			Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'AM ou qui n'ont pas de droits ouverts	100%			

Prise en charge au titre de l'assurance maternité

Prise en charge au titre de l'assurance maladie

ACTES ENFANTS PAR LES MEDECINS

Catégorie	Type d'examen	Age de l'enfant	Codes actes	Tarif	Observations
Médecin Généraliste	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	G+MEG	30 €	en risque maternité
		De 0-6 ans hors : de 0 à 12 jours /Entre 8 et 9 mois/ Entre 23 et 24 mois	COD	30 €	
		de 6 à 16 ans	COB	25 €	
	Consultations	De 0 à 6ans	G/GS+MEG	30 €	
		6 et plus	G/GS G/GS + MCG	25 € 30 €	si retour d'informations vers le médecin traitant
Pédiatre	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	CS+MEP+NFP	37 €	en risque maternité
		De 0-2 ans	COH	37€	
		De 2 à 6 ans	COK	32 €	
		Entre 6 et 16 ans	COG	28 €	si pédiatre traitant
			COD	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant
	Consultations	tout âge	CS	23 €	
		[0 et 2 ans	NFP	10 €	
		[0 et 2 ans]	CS+MEP+NFP	37 €	
		[2 et 6 ans	CS+MEP+NFE	32 €	
[6 et plus		CS+NFE	28 €	si pédiatre traitant	
	CS+MPC+MCS	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant		

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1ère année	11 examens : -dans les 8 jours qui suivent la naissance -au cours de la 2e semaine -avant la fin du 1er mois -1 fois par mois entre le 2e et le 6e mois (5 examens) -au cours des 9e, 12e et 13e mois
Au cours de la 2e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24e ou du 25e mois
De la 3e à la 6e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Les codes agrégés facturables par les médecins

Les médecins généralistes

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité CSO	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste CSE	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées / réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.</p> <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant CTE	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</p> <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne ; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant</p> <p>Quand ?</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ASE	<p>Quel patient ? Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant</p> <p>Comment ? Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)</p> <p>Quand ? 1 fois</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH MPH	<p>Quel patient ? Patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH</p> <p>Comment ? Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. +/- Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints</p> <p>Quand ? Facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Non facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère MPH	<p>Quel patient ? Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.</p> <p>Comment ? D'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère.</p> <p>Quand ? Facturable par les deux médecins après échanges d'information</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

**Majoration pour
information Initiale et
mise en place Stratégie
thérapeutique**

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave :
cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à
caractère chronique, pathologie neurodégénérative, ou d'un
trouble du neuro-développement

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + MIS (30 €) = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + MIS (30 €) = 55 €

**Prise en charge
Infection VIH**

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection
VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de
l'initiation de la prise en charge

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + PIV (30 €) = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + PIV (30 €) = 55 €

Les pédiatres

Code facturation affiné



Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé



Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité

CSO

Quel patient ?

Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant

Comment ?

Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois par an maximum

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Suivi de Maternité

CSM

Quel patient ?

Nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique

Comment ?

Suivi spécifique

Quand ?

Possibilité de facturer entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour suivant la naissance

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable
La MBB est supprimée

Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste

CSE

Quel patient ?

Les enfants atteints d'autisme (TSA)

Comment ?

En lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- Réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ;
- Réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ;
- Conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- Inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Quand ?

Une seule fois par an

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme

CTE

Quel patient ?

Un enfant présentant des signes inhabituels du développement

Comment ?

Réalisation :

- D'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel,
- Des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf. détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP). Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^{ème} ligne chargée de le coordonner / retour au médecin traitant

Quand ?

Une consultation au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Enfant Pathologie Handicap

EPH

Quel patient ?

Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier

Comment ?

Le suivi somatique, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer une fois par trimestre au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Grand Prématuré

CGP

Quel patient ?

Enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave

Comment ?

Suivi moteur, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable
La MPP est supprimée

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

Majoration Suivi Prématurés	Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Comment ? Réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuropsychologique / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusion dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois par an		Enfant de 6 ans CS + MPC + MCS + MSP (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MSP (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MSP			
Trouble du Comportement Alimentaire	Quel patient ? Première consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) / met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) / élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois lors de la première consultation		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + TCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + TCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
TCA			
Majoration Consultation Asthme déstabilisé	Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre ayant des compétences en pneumologie		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCA	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an + ou – en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge		
Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés	Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre ayant des compétences en neurologie		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCT (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCT	Quand ? Possibilité de facturer 4 fois au plus par an et par patient		
Prise en charge Pathologies Neurologiques	Quel patient ? Patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre avec compétence spécifique en neurologie		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46 € OU CS + NFE + PPN (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
PPN	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique		

Code facturation affiné

Majoration pour information initiale et mise en place stratégie thérapeutique

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

Code agrégé

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **MIS (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **MIS (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

Exemple

Prise en charge Infection VIH

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **PIV (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **PIV (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

LA TELEMEDECINE

	Description de l'acte	Catégorie	code acte	tarif	
Téléconsultation	Acte de téléconsultation	Médecin généraliste	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Pédiatre	TC	23 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Sage-femme	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient à l'exclusion de la majoration conventionnelle MSF.
	Actes à distance		TSF	2.80 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour ces actes réalisés en présence du patient
	Téléconsultation de recueil de consentement pour lvg médicamenteuse	Médecin généraliste	JC	25.00 €	
Télé-expertise	demande de télé-expertise	Médecin généraliste	RQD	10 €	
		Pédiatre	RQD	10 €	
		Sage-femme	RQD	10 €	
	Télé expertise de niveau 2	Médecin généraliste	TE2	20 €	
		Pédiatre	TE2	20 €	
		Sage-femme	TE2	20 €	

IVG MEDICAMENTEUSE

LES ACTES

Code prestation	Libellé	Tarif
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de recueil de consentement	25 €
JC (spécialité 01 et sagesfemmes) ou JCS (spécialité 07)	Téléconsultation de recueil de consentement	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables	69.12 €
IPE	Investigations échographiques préalables	35.65 €
FHV	2 consultations pour administration des médicament	50 €
FMV	Coût TTC des médicaments	83,57€ <i>jusqu'à la 6ème semaine de grossesse</i> 96,53€ <i>la 6ème et la 7ème semaine de grossesse</i>
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de contrôle	25 €
IVE	Vérification par méthode échographique : (L'échographie ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle)	30.24 €

CONFIDENTIALITE

NIR fictif	NIR fictif Ille-et Vilaine	
2 55 55 55 XXX 030/XX	2 55 55 351 030 /08	indiquer la date de naissance réelle

Contraception assurés de moins de 26 ans – Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux quel que soit leur sexe et jusqu'à 25 ans inclus. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ La **première consultation de contraception/prévention santé sexuelle** (cotée CCP) prise en charge à 100%,

Modalités de facturation : pour la CCP pas d'utilisation du code exonération 3 (DIV)

Pour une assurée jeune femme consultation réalisée par un médecin ou sage-femme.

Pour un assuré jeune homme, consultation réalisée par un médecin.

→ **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception,

→ **Une consultation annuelle, à partir de la 2^{ème} année de contraception, (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits une contraception ou des examens de biologie médicale en vue d'une contraception,

→ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif,**

→ **Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,

→ **Les contraceptifs remboursables.**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret pour les mineurs (fille ou garçon). Si le/la mineur(e) le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MINEURS	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que l'assuré bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et, le cas échéant des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge du/de la mineur(e) + « contraception mineurs ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> Le/la mineur(e) est immatriculé personnellement et vous présente sa carte Vitale*** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La mineur(e) présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si il/elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur (ou de l'ouvrant droit) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur. Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> Le/La mineur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX et 1 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10)

Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP)
Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement

***ou attestation de droits.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MAJEURS	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u>
<u>Hypothèse 1</u> Le/la majeur(e) vous présente sa carte Vitale	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La majeur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale mais présente l'attestation papier	Feuille de soins : FSE en mode dégradé ou FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****
Ou n'a pas en sa possession ni sa carte Vitale ni son attestation	FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré (à renseigner par l'assuré sur la FSP) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****

**** la pratique du tiers payant reste préconisée selon les modalités habituelles :

Dispense d'Avance des Frais (DAF)

Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en application de la convention signée le ----

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le département recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection maternelle et Infantile,
- de la planification et de l'éducation familiale,

qui font l'objet d'une participation financière de l'assurance maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse. Les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la dispense d'avance des frais. La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'assurance maladie.

Le présent protocole, qui est annexé à la convention signée entre le Conseil Départemental et la caisse fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) représentés par le Conseil Départemental de ont la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 2 : Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, les centres de PMI doivent se doter :

- d'un équipement informatique, permettant la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM VITALE publié par le GIE SESAM VITALE, et sous réserve que le logiciel soit agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie ou que l'équipement soit homologué par le GIE SESAM VITALE,

- de cartes de la famille CPS émise par l'ASIP Santé,
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement.

Article 3 : Liberté de choix du réseau

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet conforme aux spécifications SESAM Vitale.

Le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de cette entité qui doit conclure un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Départemental doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Départemental doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Article 5 : Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique aux centres de PMI représentés par le Conseil Départemental signataire de cette convention ainsi qu'aux assurés selon les règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges SESAM Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE complétées par les dispositions de la présente convention.

Les assurés devront effectuer régulièrement la mise à jour annuelle de leur carte Vitale selon les dispositions réglementaires en vigueur.

La transmission des feuilles de soins électroniques s'effectue dans les délais réglementairement prévus (8 jours en cas de tiers payant).

Article 6 : Traitement des incidents

- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques :

dans le cas où le centre de PMI n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique matériel ou logiciel, il télétransmet une feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » dont la signature n'est apportée que par la seule carte du professionnel de santé.

Parallèlement, la PMI adresse aux caisses les feuilles de soins correspondantes sous forme papier.

Dans ce cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale.

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, la PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une FSE dans les conditions décrites à l'article R 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si la PMI n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, la PMI établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la FSE.

Pour cela, le centre de PMI utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par la PMI à la caisse après avoir été signé par le praticien et l'assuré (sauf impossibilité).

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 7 : Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

Validité de la carte d'assurance maladie :

Afin de préserver l'accès aux soins et particulièrement la dispense d'avance des frais et d'assurer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par la PMI via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de PMI qui s'installent ou qui veulent s'informatiser sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au dépannage informatique),
- pour apporter aux centres de PMI toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM Vitale,
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM Vitale imposées par la réglementation et par les changements techniques.

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM Vitale,
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce dans les 18 mois suivants la publication de ce dernier ; dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour,
- pour disposer sur le poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur,
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

<p style="text-align: center;">SAINT-MALO</p> <p style="text-align: center;">12 bd de la Tour d'Auvergne 35400 SAINT-MALO Tél : 02 22 93 66 70 cdas-stmalo@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS MALOUIN</p> <p style="text-align: center;">10 rue du Clos de la Poterie 35430 SAINT-JOUAN DES GUERETS Tél : 02 22 93 66 00 cdas-paysmalouin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">SEMNON</p> <p style="text-align: center;">Parc d'Activités Château Gaillard 14 Rue de la Seine 35470 BAIN DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.93.30 cdas-semnon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">SAINT-AUBIN D'AUBIGNE</p> <p style="text-align: center;">1 rue de l'Etang 35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE Tél : 02.99.02.37.77 cdas-staubin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE VITRE</p> <p style="text-align: center;">6 bd Irène Joliot Curie - CS 10201 35506 VITRE Cedex Tél : 02.90.02.92.10 cdas-vitre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS DE LA ROCHE AUX FEES</p> <p style="text-align: center;">28 rue Nantaise 35150 JANZE Tél : 02 22 93 68 00 cdas-rocheauxfees@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE EST</p> <p style="text-align: center;">Village des Collectivités 2 avenue de Tizé 35235 THORIGNE FOUILLARD Tél : 02.99.02.20.20 cdas-crest@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE SUD</p> <p style="text-align: center;">1 rue Madame de Janzé 35131 CHARTRES DE BRETAGNE Tél : 02.22.93.68.40. cdas-crsud@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">CHAMPS MANCEAUX</p> <p style="text-align: center;">Espace Social et Culturel Aimé Césaire 15 rue Louis et René Moine 35200 RENNES Tél : 02.99.02.48.88 cdas-champsmanceaux@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE</p> <p style="text-align: center;">7 bd de Yougoslavie 35200 RENNES Tél : 02.90.02.77.20 cdas-blosne@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE COMBOURG</p> <p style="text-align: center;">Square Emile Bohuon 35270 COMBOURG Tél : 02.90.02.77.00 cdas-combourg@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">DE LA BAIE</p> <p style="text-align: center;">1 rue des Tendières 35120 DOL DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.76.50 cdas-baie@ille-et-vilaine.fr</p>

<p>MARCHES DE BRETAGNE 1 rue Albert Camus 35460 MAEN-ROCH Tél : 02 22 93 64 60 cdas-marchesdebretagne@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>PAYS DE FOUGERES 88 rue de la Forêt 35300 FOUGERES Tél : 02 22 93 65 40 cdas-fougeres@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE REDON 9 rue de la Gare 35600 REDON Tél : 02 22 93 66 50 cdas-redon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>MAUREPAS-PATTON 11 C place du Gros Chêne 35700 RENNES Tél : 02.90.02.77.77 cdas-maurepas@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>RENNES CENTRE 7 rue Kléber 35000 RENNES Tél : 02.99.02.30.35. cdas-rennescentre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>VILLEJEAN NORD ST MARTIN 42 bd J. F. Kennedy 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.10 cdas-villejean@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE GUICHEN 18 rue du Commandant Charcot 35580 GUICHEN Tél : 02 22 93 66 60 cdas-guichen@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>COURONNE RENNAISE NORD OUEST 4 bd Dumaine de la Josserie 35740 PACE Tél : 02 22 93 67 50 cdas-crno@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE BROCELIANDE 26 bd Carnot 35160 MONTFORT SUR MEU Tél : 02 22 93 64 00 cdas-broceliande@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>CLEUNAY SAINT-CYR 25 rue Noël Blayau 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.13 cdas-cleunay@ille-et-vilaine.fr</p>

vaccination - volet de facturation

(article L. 160-8 5° du Code de la sécurité sociale)

PMI

cet imprimé est spécifiquement réservé aux professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile ayant délivré un vaccin à un enfant de moins de six ans ou à une femme suivie en PMI pour sa grossesse

bénéficiaire de la vaccination et assuré(e)

● **bénéficiaire de la vaccination**

nom et prénom
numéro d'immatriculation
date de naissance

● **assuré(e)** (à compléter si le bénéficiaire de la vaccination n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

● **adresse de l'assuré(e)**

--

CPAM (code 1) MSA (code 2) RSI (code 3) SLM (code 4)

vaccin

vaccin délivré	code CIP	date de vaccination	prix du vaccin délivré
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

paiement

● **montant total** €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant	n° structure (FINESS)

signature du médecin ou de la sage-femme
--

signature de l'assuré(e)

date

Annexe 5 : liste des personnes
habilitées pour la PMI

Nom	Prénom	Titre
Ablain	Elise	Directrice Enfance Famille
Brossay	Evelyne	Cheffe de service PMI Accueil Petite Enfance
Brulat	Romane	Directrice Adjoint Enfance Famille
Faligot	Anne	Cheffe de service PMI Parentalité
Gindt-Ducros	Agnès	Médecin Départemental

Eléments financiers

Commission permanente
du 28/08/2023

N° 48415

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	300 000 €



CONVENTION

de financement et de partenariat entre la CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées au titre de la Protection Maternelle et infantile :

- activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- activités de promotion en santé sexuelle

Conclue entre :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE-ET-VILAINE, située à Rennes, cours des Alliés , représentée par Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN, Directeur

Ci-après dénommée « la CPAM »

Et

LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, situé à Rennes, 1 avenue de la Préfecture, représenté par Monsieur Jean-Luc CHENUT, Président du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 28 août 2023,

Ci-après dénommé « le Département »

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants: L.2112-2 alinéas 1°, 2°, 3°,4° et 4bis et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le Département au titre de la protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Le Directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine est le signataire unique de la convention pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire du département d'Ille-et-Vilaine (régime général, MSA Mutualité Sociale Agricole, ENIM Etablissement National des Invalides de la Marine - régime spécial de sécurité sociale des marins) ainsi que pour l'AME (Aide Médicale de l'Etat) et la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) participative et non participative.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département d'Ille et Vilaine dont la liste est fournie en annexe 3 par le Département à la CPAM et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants **de moins de six ans**. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence aux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.160-1 et L.160-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la CPAM d'Ille et Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- L'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- Les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois' avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement:
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), -comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement. .
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires - et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2: actes réalisés par les sages-femmes),
- Les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D160-3 du code de la sécurité sociale)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6ème mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de

- la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le Département :
 - Aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
 - Aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant, font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le Département, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La CPAM d'Ille-et-Vilaine verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- Dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- Sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- Dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu.

Article 6	MODALITES DE FACTURATION
-----------	---------------------------------

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

6.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Le Département adresse à la CPAM au 1er janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec les fournisseurs.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son N° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son N° RPPS, sa signature

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »

- la codification des actes et prestations réalisés, et la date des soins

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante : 35024 Rennes Cedex 9, mensuellement au 15 de chaque mois.

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Département délègue, au titre sa mission PMI, un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant:

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- L'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- L'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- La codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

Un tableau-récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant

- Le nombre de factures transmises et pour chacune :
- L'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- L'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- Le taux de remboursement des actes réalisés,
- Le montant attendu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait est précisée en annexe 5 de la convention et actualisée en tant que de besoin.

Dans le cas où de nouvelles modalités pratiques seraient applicables, elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

TITRE II
PROMOTION EN SANTE SEXUELLE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la CPAM d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge **au titre de l'assurance maladie** :

- Les consultations de maîtrise de la fécondité, frais d'analyses et d'examens de laboratoire et actes d'imagerie médicale ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (Ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Département d'Ille-et-Vilaine),
- L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- Les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311 7-4° du code de la santé publique, le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 10 MODALITES DE FACTURATION

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le Département sur les supports suivants :

10.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques ; un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

10.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS, sa signature,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »,
- la codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

10.3 Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 042/93 ou 1 55 55 55 351 042/46 et la date de naissance réelle du ou de la patient.e.**

10.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

- Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental ou majeure désirant garder le secret.

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 030/08** et la **date de naissance réelle de la patiente**.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le Département à la caisse qui procède au remboursement au Département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :
 - FHV: forfait honoraires de ville,
 - FMV: forfait médicaments de ville.
 - JC : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins généralistes et les sages-femmes)
 - JCS : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins spécialistes)

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention « Forfait médical ». La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.3 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le Département assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineur.es qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'exams de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La CPAM est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe 6, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.4 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement, des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III
AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE ELIGIBLES À UNE PARTICIPATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 11 ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le Département et la caisse d'Assurance Maladie, peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional, notamment la stratégie nationale de santé et le Projet Régional de Santé (PRS).

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- Vaccinations : suivi des recommandations liées au calendrier vaccinal mis à jour annuellement (au mois d'avril), et notamment :
 - Amélioration de la couverture **vaccinale ROR** pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - Amélioration de la **couverture vaccinale Méningocoque C** pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - Vaccination des **femmes enceintes contre la grippe saisonnière**, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - A chaque grossesse, vaccination des **femmes enceintes contre la coqueluche**, au deuxième trimestre, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaine d'aménorrhée, entre le mois de grossesse et par le cocooning¹ après l'accouchement.
 - Amélioration de la **couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** des adolescents, filles et garçons, entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 de 19 ans
 - Participation à la **semaine européenne de la vaccination**.
- Suivi de grossesse et soutien à la parentalité :
 - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation d'évènements autour de la maternité et le relai d'informations et d'outils de communication autour de ce public.
- Nutrition :

¹ Stratégie de protection indirecte des petits nourrissons par la vaccination de leurs proches.

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec le dispositif « Mission retrouve ton cap » de l'Assurance Maladie qui permet aux enfants de 3 à 12 ans, à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sans avance de frais ni dépassement d'honoraire).
- Tabac :
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage accompagnés par la PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :
 - **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils d'information et des actions « d'aller vers » lors du programme « mois sans tabac » en novembre),
 - **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage (liste des lieux de consultations en tabacologie, application mobile, ligne téléphonique dédiée, outils motivationnels ...),
 - **Améliorer l'accessibilité à la prescription des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Parmi les professionnels de PMI, les médecins, infirmiers et sages-femmes peuvent prescrire ces traitements aux femmes enceintes et à leur entourage, elles pourront également être accompagnées par les pharmaciens au moment de la délivrance des produits,
 - **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée via un appel à projet organisé dans le cadre du mois sans tabac (parution en juin pour mise en place en octobre et novembre de la même année) et un accompagnement méthodologique pourra être mis en place pour le premier dossier de demande. D'autres actions pourront être soutenues financièrement par l'intermédiaire du fond de lutte contre les addictions via un appel à candidature auprès de l'assurance maladie.
- Examen bucco dentaire:
 - Un examen bucco-dentaire composé d'un dépistage et de soins dentaires si nécessaire, est entièrement pris en charge par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. L'assurance maladie pourra proposer des outils d'informations aux PMI pour faciliter la diffusion de cette information aux femmes enceintes qu'elles suivent.

- La PMI peut s'assurer auprès des parents des enfants de 3 et 6 ans qu'ils ont bien reçu l'invitation à un dépistage bucco-dentaire dans le cadre du programme M'T DENTS et qu'ils ont entamé une démarche de réalisation de l'examen auprès d'un chirurgien-dentiste.

Au niveau local,

• Parcours Naissance

Dans le cadre de l'évolution des modalités d'accompagnement des sorties maternité, l'assurance maladie et le Département s'attachent au respect effectif des recommandations HAS pour le suivi pré et postpartum, par la consultation ou la visite du couple mère enfant par un professionnel de santé.

A ce titre, la CPAM s'engage à :

- accompagner les acteurs du système de santé dans la coordination et la structuration d'une offre territoriale.
- participer à la formalisation du parcours naissance en identifiant les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maternité.
- mener des campagnes d'informations vers chaque profession et maternité.

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.
- valoriser l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) vers les professionnels de santé et les assurées.
- transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

Pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, et dans l'attente de droits, notamment aide médicale d'Etat (AME), le Département s'engage à rembourser en première intention les frais d'analyses biologiques et d'exams radiologiques ou échographiques rendus nécessaires en urgence (ex : datation de grossesse). Il est convenu avec la CPAM d'Ille-et-Vilaine que le Département bénéficiera d'un circuit privilégié pour une ouverture de droits rapide. Le remboursement des actes effectués par le praticien de santé PMI ainsi que des frais d'analyses biologiques et d'exams radiologiques ou échographiques pourra être différé et s'effectuer par l'envoi des feuilles de soins papier à la CPAM, dès que la femme aura en sa possession la notification de droits.

• Suivi des enfants vulnérables

Le Département d'Ille-et-Vilaine affirme sa volonté d'agir dès la naissance pour réduire le plus possible les inégalités. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les praticiens libéraux et hospitaliers et l'ensemble des professionnels de santé, il souhaite promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients et notamment les plus vulnérables d'entre eux.

A ce titre le Département participe activement au réseau de santé périnatale et concourt au suivi des nouveau-nés vulnérables (suivi des enfants hospitalisés à la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans) et à l'accompagnement de leurs parents et familles.

Par ailleurs, pour faciliter la continuité des soins, éviter autant que faire se peut le recours à la médecine d'urgence voire à l'hospitalisation, il propose de contribuer au

suivi de la santé au titre de la maladie pour les enfants dont les parents vivent dans une situation de grande vulnérabilité.

La CPAM s'engage à rembourser au Département au titre de l'assurance-maladie:

- Les consultations médicales intercurrentes rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et de la situation de vulnérabilité familiale,
- Les consultations médicales en sus de la surveillance de l'enfant de moins de six ans rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV **DISPOSITIONS COMMUNES**

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation de leurs services afin de permettre la télétransmission.

Le Département peut utiliser l'application ADRI (Acquisition des DRoits intégrés) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du Département s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, ils se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Le Département s'inscrit dans le plan national d'accompagnement des publics en difficultés dans leur accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, le Département s'engage à informer et orienter le public vers les services appropriés de l'assurance maladie.

La CPAM d'Ille-et-Vilaine s'engage à fournir les supports explicatifs nécessaires de type flyers destinés au public, ainsi que l'accès à son site extranet destiné aux partenaires www.ameli-bretagne.fr/ExtranetAMS. Le code d'accès est pour le Département est : cg35.

Elle s'engage également à assurer des réunions d'information autant que de besoin auprès des professionnels de santé du Département afin de les informer de l'évolution de la réglementation et des dispositifs.

Le Département pourra également, avec l'accord des personnes concernées, prendre contact avec Mission Accompagnement Santé (MISAS) de la CPAM, qui a pour mission d'accompagner les assurés en difficultés pour accéder aux soins jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
-------------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués à :

Identité Titulaire : Paierie Départementale d'Ille-et-Vilaine

Domiciliation : BOF Rennes

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00682

W Compte : C355000000

Clé RIB: 84

IBAN : FR92 3000 1006 82C3 5500 0000 084

BIC : BDFEFRPPCCT

Code APE/NAF :

8411Z W SIREN :

223500018

W SIRET : 223500018 00013

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17	CONTROLE DES REGLEMENTS
-------------------	--------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont ils sont à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L315-1 ou code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18	SUIVI ET EVALUATION
-------------------	----------------------------

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés au Département par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le Département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'accéder aux droits et aux soins,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

- Le nombre de formation et d'information proposé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre de professionnels du Département ayant participé à une formation ou une information mise en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre et la typologie des signalements MisAS par les professionnels du Département.

Article 19	DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION
------------	---

La présente convention est signée pour une durée de 4 ans.
Elle sera renouvelée ensuite par reconduction expresse par période de 4 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20	RESILIATION
------------	--------------------

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21	REGLEMENT DES LITIGES
------------	------------------------------

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à Rennes, le xx/xx/xxxx - en deux exemplaires originaux

Pour la CPAM

Pour le Département

Monsieur le Directeur

Monsieur le Président
du Conseil départemental

Jean-Baptiste CALCOEN

Jean-Luc CHENUT

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Actions de prévention concernant les futurs parents							
Examens prénataux L 2112-2, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CS	Femmes enceintes	7 examens prénataux obligatoires (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS		
		Examens complémentaires à proposer systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Prise en charge des prestations recommandées par la HAS et figurant à la CCAM et NGAP		
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70%	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	
				3ème : 100%	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	Décision UNCAM du 19/12/2018		SF 12,6
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020		SF 15 SF12 SF 11,6 SF 6
		Visites à domicile en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois	VG VS	V+MSF	
				100% à partir du 1er jour du 6ème mois			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	G/VG CS/VS	C/V+MSF
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	Examen de suivi à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés	G/VG CS/VS	SF9
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en Cabinet ou à Domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012		SF 15,6 SF 22,6
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes		SF 12,5 SF 19,5
Examen du futur père L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	Consultation + Examens complémentaires si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	G CS	C
	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en oeuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux		1 Enfant SF 16,5 SF 12 Plusieurs enfants SF 23 SF 17

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	Décision UNCAM 5/02/2008		1 patiente SP9 2/3 patientes SP7 4/6 Patientes SP 6
				après le 12ème jour : 70%			
		1 examen médical postnatal obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS		SP 14 SP 12 A domicile
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sagefemme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90ème jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseurkinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100% Pendant 3 ans	L 331-1, L. 160-9 du CSS Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité		SF7,5
	Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement après le 12ème jour : 70%		G+VG CS/VS	C+V+MSF	
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 65%	L. 160-8.5°du CSS		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			
Dépistage du saturisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
--	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	----------------------	-------------------------

Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans

Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2ème semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019	VOIR tableau ACTES ENFANTS	
				100% sur risque maladie à partir du 13ème jour de vie de l'enfant			
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois -17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.		
Dépistages							
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
		Plombémies de dépistage					
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	CDRP002	

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM	BLQP010	
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP006	
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP	Code acte CTE code agréé CCE	
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP002	
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Assurés de moins de 26 ans	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019	CCP	CCP
Maîtrise de la fécondité	Toute population	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme Examens de laboratoire ordonnés en vue de la prescription d'une contraception Forfait comprenant :	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L 2112-2 du code de la santé publique L 160-8 du code de la sécurité sociale		
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement	• 1 consultation de recueil de consentement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009	IC IC FMV FHV	IC IC FMV FHV
		• 2 consultations d'administration du médicament					
		• 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)					
		• examens de biologie médicale et échographie	Mineures sans consentement parental	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits		

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Entretien préalable à l'IVG L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS		
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%			
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle L 2311.5 R 2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants – soit sur proposition du médecin	Consultation Analyses et examens de laboratoire Frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement	Assurés sociaux et Ayants droit*** (sauf mineures ayants droit qui en font la demande)	70%	L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS		
			Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'AM ou qui n'ont pas de droits ouverts	100%			

Prise en charge au titre de l'assurance maternité

Prise en charge au titre de l'assurance maladie

ACTES ENFANTS PAR LES MEDECINS

Catégorie	Type d'examen	Age de l'enfant	Codes actes	Tarif	Observations
Médecin Généraliste	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	G+MEG	30 €	en risque maternité
		De 0-6 ans hors : de 0 à 12 jours /Entre 8 et 9 mois/ Entre 23 et 24 mois	COD	30 €	
		de 6 à 16 ans	COB	25 €	
	Consultations	De 0 à 6ans	G/GS+MEG	30 €	
		6 et plus	G/GS	25 €	
		G/GS + MCG	30 €	si retour d'informations vers le médecin traitant	
Pédiatre	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	CS+MEP+NFP	37 €	en risque maternité
		De 0-2 ans	COH	37€	
		De 2 à 6 ans	COK	32 €	
		Entre 6 et 16 ans	COG	28 €	si pédiatre traitant
			COD	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant
	Consultations	tout âge	CS	23 €	
		[0 et 2 ans	NFP	10 €	
		[0 et 2 ans]	CS+MEP+NFP	37 €	
		[2 et 6 ans	CS+MEP+NFE	32 €	
[6 et plus		CS+NFE	28 €	si pédiatre traitant	
	CS+MPC+MCS	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant		

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1ère année	11 examens : -dans les 8 jours qui suivent la naissance -au cours de la 2e semaine -avant la fin du 1er mois -1 fois par mois entre le 2e et le 6e mois (5 examens) -au cours des 9e, 12e et 13e mois
Au cours de la 2e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24e ou du 25e mois
De la 3e à la 6e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Les codes agrégés facturables par les médecins

Les médecins généralistes

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité CSO	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste CSE	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées / réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.</p> <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant CTE	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</p> <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne ; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant</p> <p>Quand ?</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ASE	<p>Quel patient ? Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant</p> <p>Comment ? Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)</p> <p>Quand ? 1 fois</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH MPH	<p>Quel patient ? Patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH</p> <p>Comment ? Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. +/- Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints</p> <p>Quand ? Facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Non facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère MPH	<p>Quel patient ? Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.</p> <p>Comment ? D'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère.</p> <p>Quand ? Facturable par les deux médecins après échanges d'information</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

**Majoration pour
information Initiale et
mise en place Stratégie
thérapeutique**

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave :
cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à
caractère chronique, pathologie neurodégénérative, ou d'un
trouble du neuro-développement

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **MIS (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **MIS (30 €)** = 55 €

**Prise en charge
Infection VIH**

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection
VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de
l'initiation de la prise en charge

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **PIV (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **PIV (30 €)** = 55 €

Les pédiatres

Code facturation affiné



Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé



Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité

CSO

Quel patient ?

Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant

Comment ?

Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois par an maximum

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Suivi de Maternité

CSM

Quel patient ?

Nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique

Comment ?

Suivi spécifique

Quand ?

Possibilité de facturer entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour suivant la naissance

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable
La MBB est supprimée

Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste

CSE

Quel patient ?

Les enfants atteints d'autisme (TSA)

Comment ?

En lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- Réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ;
- Réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ;
- Conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- Inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Quand ?

Une seule fois par an

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme

CTE

Quel patient ?

Un enfant présentant des signes inhabituels du développement

Comment ?

Réalisation :

- D'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel,
- Des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf. détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP). Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^{ème} ligne chargée de le coordonner / retour au médecin traitant

Quand ?

Une consultation au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Enfant Pathologie Handicap

EPH

Quel patient ?

Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier

Comment ?

Le suivi somatique, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer une fois par trimestre au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Grand Prématuré

CGP

Quel patient ?

Enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave

Comment ?

Suivi moteur, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable
La MPP est supprimée

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

Majoration Suivi Prématurés	Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Comment ? Réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuropsychologique / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois par an		Enfant de 6 ans	CS + MPC + MCS + MSP (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MSP (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MSP				
Trouble du Comportement Alimentaire	Quel patient ? Première consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) / met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) / élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois lors de la première consultation		Enfant de 6 ans et plus	CS + MPC + MCS + TCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + TCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
TCA				
Majoration Consultation Asthme déstabilisé	Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an + ou – en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge		Enfant de 6 à 16 ans	CS + MPC + MCS + MCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCA				
Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés	Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer 4 fois au plus par an et par patient		Enfant de 6 à 16 ans	CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCT (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCT				
Prise en charge Pathologies Neurologiques	Quel patient ? Patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique		Enfant de 6 ans et plus	CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46 € OU CS + NFE + PPN (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
PPN				

Code facturation affiné

Majoration pour information initiale et mise en place stratégie thérapeutique

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

Code agrégé

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **MIS (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **MIS (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

Exemple

Prise en charge Infection VIH

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **PIV (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **PIV (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

LA TELEMEDECINE

	Description de l'acte	Catégorie	code acte	tarif	
Téléconsultation	Acte de téléconsultation	Médecin généraliste	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Pédiatre	TC	23 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Sage-femme	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient à l'exclusion de la majoration conventionnelle MSF.
	Actes à distance		TSF	2.80 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour ces actes réalisés en présence du patient
	Téléconsultation de recueil de consentement pour lvg médicamenteuse	Médecin généraliste	JC	25.00 €	
Télé-expertise	demande de télé-expertise	Médecin généraliste	RQD	10 €	
		Pédiatre	RQD	10 €	
		Sage-femme	RQD	10 €	
	Télé expertise de niveau 2	Médecin généraliste	TE2	20 €	
		Pédiatre	TE2	20 €	
		Sage-femme	TE2	20 €	

IVG MEDICAMENTEUSE

LES ACTES

Code prestation	Libellé	Tarif
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de recueil de consentement	25 €
JC (spécialité 01 et sagesfemmes) ou JCS (spécialité 07)	Téléconsultation de recueil de consentement	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables	69.12 €
IPE	Investigations échographiques préalables	35.65 €
FHV	2 consultations pour administration des médicament	50 €
FMV	Coût TTC des médicaments	83,57€ <i>jusqu'à la 6ème semaine de grossesse</i> 96,53€ <i>la 6ème et la 7ème semaine de grossesse</i>
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de contrôle	25 €
IVE	Vérification par méthode échographique : (L'échographie ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle)	30.24 €

CONFIDENTIALITE

NIR fictif	NIR fictif Ille-et Vilaine	
2 55 55 55 XXX 030/XX	2 55 55 351 030 /08	indiquer la date de naissance réelle

Contraception assurés de moins de 26 ans – Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux quel que soit leur sexe et jusqu'à 25 ans inclus. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ La **première consultation de contraception/prévention santé sexuelle** (cotée CCP) prise en charge à 100%,

Modalités de facturation : pour la CCP pas d'utilisation du code exonération 3 (DIV)

Pour une assurée jeune femme consultation réalisée par un médecin ou sage-femme.

Pour un assuré jeune homme, consultation réalisée par un médecin.

→ **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception,

→ **Une consultation annuelle, à partir de la 2^{ème} année de contraception, (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits une contraception ou des examens de biologie médicale en vue d'une contraception,

→ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif,**

→ **Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,

→ **Les contraceptifs remboursables.**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret pour les mineurs (fille ou garçon). Si le/la mineur(e) le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MINEURS	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que l'assuré bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et, le cas échéant des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge du/de la mineur(e) + « contraception mineurs ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> Le/la mineur(e) est immatriculé personnellement et vous présente sa carte Vitale*** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La mineur(e) présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si il/elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur (ou de l'ouvrant droit) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur. Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> Le/La mineur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX et 1 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10)

Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP)
Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement

***ou attestation de droits.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MAJEURS	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u>
<u>Hypothèse 1</u> Le/la majeur(e) vous présente sa carte Vitale	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La majeur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale mais présente l'attestation papier	Feuille de soins : FSE en mode dégradé ou FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****
Ou n'a pas en sa possession ni sa carte Vitale ni son attestation	FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré (à renseigner par l'assuré sur la FSP) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****

**** la pratique du tiers payant reste préconisée selon les modalités habituelles :

Dispense d'Avance des Frais (DAF)

Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en application de la convention signée le ----

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le département recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection maternelle et Infantile,
- de la planification et de l'éducation familiale,

qui font l'objet d'une participation financière de l'assurance maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse. Les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la dispense d'avance des frais. La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'assurance maladie.

Le présent protocole, qui est annexé à la convention signée entre le Conseil Départemental et la caisse fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) représentés par le Conseil Départemental de ont la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 2 : Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, les centres de PMI doivent se doter :

- d'un équipement informatique, permettant la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM VITALE publié par le GIE SESAM VITALE, et sous réserve que le logiciel soit agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie ou que l'équipement soit homologué par le GIE SESAM VITALE,

- de cartes de la famille CPS émise par l'ASIP Santé,
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement.

Article 3 : Liberté de choix du réseau

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet conforme aux spécifications SESAM Vitale.

Le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de cette entité qui doit conclure un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Départemental doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Départemental doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Article 5 : Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique aux centres de PMI représentés par le Conseil Départemental signataire de cette convention ainsi qu'aux assurés selon les règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges SESAM Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE complétées par les dispositions de la présente convention.

Les assurés devront effectuer régulièrement la mise à jour annuelle de leur carte Vitale selon les dispositions réglementaires en vigueur.

La transmission des feuilles de soins électroniques s'effectue dans les délais réglementairement prévus (8 jours en cas de tiers payant).

Article 6 : Traitement des incidents

- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques :

dans le cas où le centre de PMI n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique matériel ou logiciel, il télétransmet une feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » dont la signature n'est apportée que par la seule carte du professionnel de santé.

Parallèlement, la PMI adresse aux caisses les feuilles de soins correspondantes sous forme papier.

Dans ce cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale.

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, la PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une FSE dans les conditions décrites à l'article R 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si la PMI n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, la PMI établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la FSE.

Pour cela, le centre de PMI utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par la PMI à la caisse après avoir été signé par le praticien et l'assuré (sauf impossibilité).

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 7 : Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

Validité de la carte d'assurance maladie :

Afin de préserver l'accès aux soins et particulièrement la dispense d'avance des frais et d'assurer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par la PMI via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de PMI qui s'installent ou qui veulent s'informatiser sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au dépannage informatique),
- pour apporter aux centres de PMI toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM Vitale,
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM Vitale imposées par la réglementation et par les changements techniques.

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM Vitale,
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce dans les 18 mois suivants la publication de ce dernier ; dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour,
- pour disposer sur le poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur,
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

<p style="text-align: center;">SAINT-MALO</p> <p style="text-align: center;">12 bd de la Tour d'Auvergne 35400 SAINT-MALO Tél : 02 22 93 66 70 cdas-stmalo@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS MALOUIN</p> <p style="text-align: center;">10 rue du Clos de la Poterie 35430 SAINT-JOUAN DES GUERETS Tél : 02 22 93 66 00 cdas-paysmalouin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">SEMNON</p> <p style="text-align: center;">Parc d'Activités Château Gaillard 14 Rue de la Seine 35470 BAIN DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.93.30 cdas-semnon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">SAINT-AUBIN D'AUBIGNE</p> <p style="text-align: center;">1 rue de l'Etang 35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE Tél : 02.99.02.37.77 cdas-staubin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE VITRE</p> <p style="text-align: center;">6 bd Irène Joliot Curie - CS 10201 35506 VITRE Cedex Tél : 02.90.02.92.10 cdas-vitre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS DE LA ROCHE AUX FEES</p> <p style="text-align: center;">28 rue Nantaise 35150 JANZE Tél : 02 22 93 68 00 cdas-rocheauxfees@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE EST</p> <p style="text-align: center;">Village des Collectivités 2 avenue de Tizé 35235 THORIGNE FOUILLARD Tél : 02.99.02.20.20 cdas-crest@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE SUD</p> <p style="text-align: center;">1 rue Madame de Janzé 35131 CHARTRES DE BRETAGNE Tél : 02.22.93.68.40. cdas-crsud@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">CHAMPS MANCEAUX</p> <p style="text-align: center;">Espace Social et Culturel Aimé Césaire 15 rue Louis et René Moine 35200 RENNES Tél : 02.99.02.48.88 cdas-champsmanceaux@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE</p> <p style="text-align: center;">7 bd de Yougoslavie 35200 RENNES Tél : 02.90.02.77.20 cdas-blosne@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE COMBOURG</p> <p style="text-align: center;">Square Emile Bohuon 35270 COMBOURG Tél : 02.90.02.77.00 cdas-combourg@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">DE LA BAIE</p> <p style="text-align: center;">1 rue des Tendières 35120 DOL DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.76.50 cdas-baie@ille-et-vilaine.fr</p>

<p>MARCHES DE BRETAGNE 1 rue Albert Camus 35460 MAEN-ROCH Tél : 02 22 93 64 60 cdas-marchesdebretagne@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>PAYS DE FOUGERES 88 rue de la Forêt 35300 FOUGERES Tél : 02 22 93 65 40 cdas-fougeres@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE REDON 9 rue de la Gare 35600 REDON Tél : 02 22 93 66 50 cdas-redon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>MAUREPAS-PATTON 11 C place du Gros Chêne 35700 RENNES Tél : 02.90.02.77.77 cdas-maurepas@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>RENNES CENTRE 7 rue Kléber 35000 RENNES Tél : 02.99.02.30.35. cdas-rennescentre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>VILLEJEAN NORD ST MARTIN 42 bd J. F. Kennedy 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.10 cdas-villejean@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE GUICHEN 18 rue du Commandant Charcot 35580 GUICHEN Tél : 02 22 93 66 60 cdas-guichen@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>COURONNE RENNAISE NORD OUEST 4 bd Dumaine de la Josserie 35740 PACE Tél : 02 22 93 67 50 cdas-crno@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE BROCELIANDE 26 bd Carnot 35160 MONTFORT SUR MEU Tél : 02 22 93 64 00 cdas-broceliande@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>CLEUNAY SAINT-CYR 25 rue Noël Blayau 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.13 cdas-cleunay@ille-et-vilaine.fr</p>

vaccination - volet de facturation

(article L. 160-8 5° du Code de la sécurité sociale)

PMI

cet imprimé est spécifiquement réservé aux professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile ayant délivré un vaccin à un enfant de moins de six ans ou à une femme suivie en PMI pour sa grossesse

bénéficiaire de la vaccination et assuré(e)

● **bénéficiaire de la vaccination**

nom et prénom
numéro d'immatriculation
date de naissance

● **assuré(e)** (à compléter si le bénéficiaire de la vaccination n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

● **adresse de l'assuré(e)**

--

CPAM (code 1) MSA (code 2) RSI (code 3) SLM (code 4)

vaccin

vaccin délivré	code CIP	date de vaccination	prix du vaccin délivré
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

paiement

● **montant total** €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom identifiant	raison sociale adresse n° structure (FINESS)
--------------------------------------	--

signature du médecin ou de la sage-femme
--

signature de l'assuré(e)

date

Annexe 5 : liste des personnes
habilitées pour la PMI

Nom	Prénom	Titre
Ablain	Elise	Directrice Enfance Famille
Brossay	Evelyne	Cheffe de service PMI Accueil Petite Enfance
Brulat	Romane	Directrice Adjoint Enfance Famille
Faligot	Anne	Cheffe de service PMI Parentalité
Gindt-Ducros	Agnès	Médecin Départemental

Eléments financiers

Commission permanente
du 28/08/2023

N° 48415

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	300 000 €



CONVENTION

de financement et de partenariat entre la CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées au titre de la Protection Maternelle et infantile :

- activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- activités de promotion en santé sexuelle

Conclue entre :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE-ET-VILAINE, située à Rennes, cours des Alliés , représentée par Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN, Directeur

Ci-après dénommée « la CPAM »

Et

LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, situé à Rennes, 1 avenue de la Préfecture, représenté par Monsieur Jean-Luc CHENUT, Président du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 28 août 2023,

Ci-après dénommé « le Département »

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants: L.2112-2 alinéas 1°, 2°, 3°,4° et 4bis et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le Département au titre de la protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Le Directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine est le signataire unique de la convention pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire du département d'Ille-et-Vilaine (régime général, MSA Mutualité Sociale Agricole, ENIM Etablissement National des Invalides de la Marine - régime spécial de sécurité sociale des marins) ainsi que pour l'AME (Aide Médicale de l'Etat) et la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) participative et non participative.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département d'Ille et Vilaine dont la liste est fournie en annexe 3 par le Département à la CPAM et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants **de moins de six ans**. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence aux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.160-1 et L.160-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la CPAM d'Ille et Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- L'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- Les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois' avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement:
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), -comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement. .
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires - et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2: actes réalisés par les sages-femmes),
- Les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D160-3 du code de la sécurité sociale)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6ème mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de

- la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le Département :
 - Aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
 - Aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant, font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le Département, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La CPAM d'Ille-et-Vilaine verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- Dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- Sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- Dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu.

Article 6	MODALITES DE FACTURATION
-----------	---------------------------------

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

6.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Le Département adresse à la CPAM au 1er janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec les fournisseurs.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son N° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son N° RPPS, sa signature

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »

- la codification des actes et prestations réalisés, et la date des soins

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante : 35024 Rennes Cedex 9, mensuellement au 15 de chaque mois.

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Département délègue, au titre sa mission PMI, un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant:

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- L'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- L'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- La codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

Un tableau-récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant

- Le nombre de factures transmises et pour chacune :
- L'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- L'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- Le taux de remboursement des actes réalisés,
- Le montant attendu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait est précisée en annexe 5 de la convention et actualisée en tant que de besoin.

Dans le cas où de nouvelles modalités pratiques seraient applicables, elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

TITRE II
PROMOTION EN SANTE SEXUELLE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la CPAM d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge **au titre de l'assurance maladie** :

- Les consultations de maîtrise de la fécondité, frais d'analyses et d'examens de laboratoire et actes d'imagerie médicale ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (Ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Département d'Ille-et-Vilaine),
- L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- Les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311 7-4° du code de la santé publique, le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 10 MODALITES DE FACTURATION

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le Département sur les supports suivants :

10.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques ; un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

10.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS, sa signature,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »,
- la codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

10.3 Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 042/93 ou 1 55 55 55 351 042/46 et la date de naissance réelle du ou de la patient.e.**

10.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

- Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental ou majeure désirant garder le secret.

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 030/08** et la **date de naissance réelle de la patiente**.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le Département à la caisse qui procède au remboursement au Département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :
 - FHV: forfait honoraires de ville,
 - FMV: forfait médicaments de ville.
 - JC : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins généralistes et les sages-femmes)
 - JCS : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins spécialistes)

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention « Forfait médical ». La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.3 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le Département assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineur.es qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'exams de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La CPAM est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe 6, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.4 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement, des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III
AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE ELIGIBLES À UNE PARTICIPATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 11 ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le Département et la caisse d'Assurance Maladie, peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional, notamment la stratégie nationale de santé et le Projet Régional de Santé (PRS).

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- **Vaccinations** : suivi des recommandations liées au calendrier vaccinal mis à jour annuellement (au mois d'avril), et notamment :
 - Amélioration de la couverture **vaccinale ROR** pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - Amélioration de la **couverture vaccinale Méningocoque C** pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - Vaccination des **femmes enceintes contre la grippe saisonnière**, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - A chaque grossesse, vaccination des **femmes enceintes contre la coqueluche**, au deuxième trimestre, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaine d'aménorrhée, entre le mois de grossesse et par le cocooning¹ après l'accouchement.
 - Amélioration de la **couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** des adolescents, filles et garçons, entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 de 19 ans
 - Participation à la **semaine européenne de la vaccination**.
- **Suivi de grossesse et soutien à la parentalité** :
 - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation d'évènements autour de la maternité et le relai d'informations et d'outils de communication autour de ce public.
- **Nutrition** :

¹ Stratégie de protection indirecte des petits nourrissons par la vaccination de leurs proches.

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec le dispositif « Mission retrouve ton cap » de l'Assurance Maladie qui permet aux enfants de 3 à 12 ans, à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sans avance de frais ni dépassement d'honoraire).
- Tabac :
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage accompagnés par la PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :
 - **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils d'information et des actions « d'aller vers » lors du programme « mois sans tabac » en novembre),
 - **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage (liste des lieux de consultations en tabacologie, application mobile, ligne téléphonique dédiée, outils motivationnels ...),
 - **Améliorer l'accessibilité à la prescription des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Parmi les professionnels de PMI, les médecins, infirmiers et sages-femmes peuvent prescrire ces traitements aux femmes enceintes et à leur entourage, elles pourront également être accompagnées par les pharmaciens au moment de la délivrance des produits,
 - **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée via un appel à projet organisé dans le cadre du mois sans tabac (parution en juin pour mise en place en octobre et novembre de la même année) et un accompagnement méthodologique pourra être mis en place pour le premier dossier de demande. D'autres actions pourront être soutenues financièrement par l'intermédiaire du fond de lutte contre les addictions via un appel à candidature auprès de l'assurance maladie.
- Examen bucco dentaire:
 - Un examen bucco-dentaire composé d'un dépistage et de soins dentaires si nécessaire, est entièrement pris en charge par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. L'assurance maladie pourra proposer des outils d'informations aux PMI pour faciliter la diffusion de cette information aux femmes enceintes qu'elles suivent.

- La PMI peut s'assurer auprès des parents des enfants de 3 et 6 ans qu'ils ont bien reçu l'invitation à un dépistage bucco-dentaire dans le cadre du programme M'T DENTS et qu'ils ont entamé une démarche de réalisation de l'examen auprès d'un chirurgien-dentiste.

Au niveau local,

• Parcours Naissance

Dans le cadre de l'évolution des modalités d'accompagnement des sorties maternité, l'assurance maladie et le Département s'attachent au respect effectif des recommandations HAS pour le suivi pré et postpartum, par la consultation ou la visite du couple mère enfant par un professionnel de santé.

A ce titre, la CPAM s'engage à :

- accompagner les acteurs du système de santé dans la coordination et la structuration d'une offre territoriale.
- participer à la formalisation du parcours naissance en identifiant les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maternité.
- mener des campagnes d'informations vers chaque profession et maternité.

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.
- valoriser l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) vers les professionnels de santé et les assurées.
- transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

Pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, et dans l'attente de droits, notamment aide médicale d'Etat (AME), le Département s'engage à rembourser en première intention les frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques rendus nécessaires en urgence (ex : datation de grossesse). Il est convenu avec la CPAM d'Ille-et-Vilaine que le Département bénéficiera d'un circuit privilégié pour une ouverture de droits rapide. Le remboursement des actes effectués par le praticien de santé PMI ainsi que des frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques pourra être différé et s'effectuer par l'envoi des feuilles de soins papier à la CPAM, dès que la femme aura en sa possession la notification de droits.

• Suivi des enfants vulnérables

Le Département d'Ille-et-Vilaine affirme sa volonté d'agir dès la naissance pour réduire le plus possible les inégalités. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les praticiens libéraux et hospitaliers et l'ensemble des professionnels de santé, il souhaite promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients et notamment les plus vulnérables d'entre eux.

A ce titre le Département participe activement au réseau de santé périnatale et concourt au suivi des nouveau-nés vulnérables (suivi des enfants hospitalisés à la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans) et à l'accompagnement de leurs parents et familles.

Par ailleurs, pour faciliter la continuité des soins, éviter autant que faire se peut le recours à la médecine d'urgence voire à l'hospitalisation, il propose de contribuer au

suivi de la santé au titre de la maladie pour les enfants dont les parents vivent dans une situation de grande vulnérabilité.

La CPAM s'engage à rembourser au Département au titre de l'assurance-maladie:

- Les consultations médicales intercurrentes rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et de la situation de vulnérabilité familiale,
- Les consultations médicales en sus de la surveillance de l'enfant de moins de six ans rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation de leurs services afin de permettre la télétransmission.

Le Département peut utiliser l'application ADRi (Acquisition des DRoits intégrés) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du Département s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, ils se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Le Département s'inscrit dans le plan national d'accompagnement des publics en difficultés dans leur accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, le Département s'engage à informer et orienter le public vers les services appropriés de l'assurance maladie.

La CPAM d'Ille-et-Vilaine s'engage à fournir les supports explicatifs nécessaires de type flyers destinés au public, ainsi que l'accès à son site extranet destiné aux partenaires www.ameli-bretagne.fr/ExtranetAMS. Le code d'accès est pour le Département est : cg35.

Elle s'engage également à assurer des réunions d'information autant que de besoin auprès des professionnels de santé du Département afin de les informer de l'évolution de la réglementation et des dispositifs.

Le Département pourra également, avec l'accord des personnes concernées, prendre contact avec Mission Accompagnement Santé (MISAS) de la CPAM, qui a pour mission d'accompagner les assurés en difficultés pour accéder aux soins jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
-------------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués à :

Identité Titulaire : Paierie Départementale d'Ille-et-Vilaine

Domiciliation : BOF Rennes

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00682

W Compte : C355000000

Clé RIB: 84

IBAN : FR92 3000 1006 82C3 5500 0000 084

BIC : BDFEFRPPCCT

Code APE/NAF :

8411Z W SIREN :

223500018

W SIRET : 223500018 00013

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17	CONTROLE DES REGLEMENTS
-------------------	--------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont ils sont à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L315-1 ou code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18	SUIVI ET EVALUATION
-------------------	----------------------------

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés au Département par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le Département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'accéder aux droits et aux soins,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

- Le nombre de formation et d'information proposé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre de professionnels du Département ayant participé à une formation ou une information mise en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre et la typologie des signalements MisAS par les professionnels du Département.

Article 19	DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION
------------	---

La présente convention est signée pour une durée de 4 ans.
Elle sera renouvelée ensuite par reconduction expresse par période de 4 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20	RESILIATION
------------	--------------------

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21	REGLEMENT DES LITIGES
------------	------------------------------

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à Rennes, le xx/xx/xxxx - en deux exemplaires originaux

Pour la CPAM

Pour le Département

Monsieur le Directeur

Monsieur le Président
du Conseil départemental

Jean-Baptiste CALCOEN

Jean-Luc CHENUT

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Actions de prévention concernant les futurs parents							
Examens prénataux L 2112-2, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CS	Femmes enceintes	7 examens prénataux obligatoires (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS		
		Examens complémentaires à proposer systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Prise en charge des prestations recommandées par la HAS et figurant à la CCAM et NGAP		
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70%	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	
				3ème : 100%	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	Décision UNCAM du 19/12/2018		SF 12,6
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020		SF 15 SF12 SF 11,6 SF 6
		Visites à domicile en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois	VG VS	V+MSF	
				100% à partir du 1er jour du 6ème mois			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	G/VG CS/VS	C/V+MSF
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	Examen de suivi à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés	G/VG CS/VS	SF9
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en Cabinet ou à Domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012		SF 15,6 SF 22,6
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes		SF 12,5 SF 19,5
Examen du futur père L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	Consultation + Examens complémentaires si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	G CS	C
	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en oeuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux		1 Enfant SF 16,5 SF 12 Plusieurs enfants SF 23 SF 17

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	Décision UNCAM 5/02/2008		1 patiente SP9 2/3 patientes SP7 4/6 Patientes SP 6
				après le 12ème jour : 70%			
		1 examen médical postnatal obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS		SP 14 SP 12 A domicile
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sagefemme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90ème jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseurkinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100% Pendant 3 ans	L 331-1, L. 160-9 du CSS Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité		SF7,5
	Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement après le 12ème jour : 70%		G+VG CS/VS	C+V+MSF	
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 65%	L. 160-8.5°du CSS		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			
Dépistage du saturisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
--	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	----------------------	-------------------------

Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans

Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2ème semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019	VOIR tableau ACTES ENFANTS	
				100% sur risque maladie à partir du 13ème jour de vie de l'enfant			
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois –17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.		
Dépistages							
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
		Plombémies de dépistage					
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	CDRP002	

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM	BLQP010	
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP006	
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP	Code acte CTE code agrégé CCE	
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP002	
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Assurés de moins de 26 ans	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019	CCP	CCP
Maîtrise de la fécondité	Toute population	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme Examens de laboratoire ordonnés en vue de la prescription d'une contraception Forfait comprenant :	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L 2112-2 du code de la santé publique L 160-8 du code de la sécurité sociale		
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement	• 1 consultation de recueil de consentement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009	IC IC FMV FHV	IC IC FMV FHV
		• 2 consultations d'administration du médicament					
		• 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)					
		• examens de biologie médicale et échographie	Mineures sans consentement parental	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits		

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Entretien préalable à l'IVG L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS		
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%			
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle L 2311.5 R 2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants – soit sur proposition du médecin	Consultation Analyses et examens de laboratoire Frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement	Assurés sociaux et Ayants droit*** (sauf mineures ayants droit qui en font la demande)	70%	L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS		
			Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'AM ou qui n'ont pas de droits ouverts	100%			

Prise en charge au titre de l'assurance maternité

Prise en charge au titre de l'assurance maladie

ACTES ENFANTS PAR LES MEDECINS

Catégorie	Type d'examen	Age de l'enfant	Codes actes	Tarif	Observations
Médecin Généraliste	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	G+MEG	30 €	en risque maternité
		De 0-6 ans hors : de 0 à 12 jours /Entre 8 et 9 mois/ Entre 23 et 24 mois	COD	30 €	
		de 6 à 16 ans	COB	25 €	
	Consultations	De 0 à 6ans	G/GS+MEG	30 €	
		6 et plus	G/GS	25 €	
			G/GS + MCG	30 €	si retour d'informations vers le médecin traitant
Pédiatre	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	CS+MEP+NFP	37 €	en risque maternité
		De 0-2 ans	COH	37€	
		De 2 à 6 ans	COK	32 €	
		Entre 6 et 16 ans	COG	28 €	si pédiatre traitant
			COD	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant
	Consultations	tout âge	CS	23 €	
		[0 et 2 ans	NFP	10 €	
		[0 et 2 ans]	CS+MEP+NFP	37 €	
		[2 et 6 ans	CS+MEP+NFE	32 €	
[6 et plus		CS+NFE	28 €	si pédiatre traitant	
	CS+MPC+MCS	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant		

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1ère année	11 examens : -dans les 8 jours qui suivent la naissance -au cours de la 2e semaine -avant la fin du 1er mois -1 fois par mois entre le 2e et le 6e mois (5 examens) -au cours des 9e, 12e et 13e mois
Au cours de la 2e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24e ou du 25e mois
De la 3e à la 6e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Les codes agrégés facturables par les médecins

Les médecins généralistes

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité CSO	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste CSE	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées / réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.</p> <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant CTE	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</p> <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne ; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant</p> <p>Quand ?</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ASE	<p>Quel patient ? Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant</p> <p>Comment ? Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)</p> <p>Quand ? 1 fois</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH MPH	<p>Quel patient ? Patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH</p> <p>Comment ? Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. +/- Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints</p> <p>Quand ? Facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Non facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère MPH	<p>Quel patient ? Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.</p> <p>Comment ? D'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère.</p> <p>Quand ? Facturable par les deux médecins après échanges d'information</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

**Majoration pour
information Initiale et
mise en place Stratégie
thérapeutique**

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave :
cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à
caractère chronique, pathologie neurodégénérative, ou d'un
trouble du neuro-développement

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + MIS (30 €) = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + MIS (30 €) = 55 €

**Prise en charge
Infection VIH**

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection
VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de
l'initiation de la prise en charge

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + PIV (30 €) = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + PIV (30 €) = 55 €

Les pédiatres

Code facturation affiné



Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé



Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

<p>Consultation Suivi Obésité</p> <p>CSO</p>	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an maximum</p>	<p>CCX = 46 €</p> <p>Facturée à tarif opposable</p>
<p>Consultation Suivi de Maternité</p> <p>CSM</p>	<p>Quel patient ? Nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique</p> <p>Comment ? Suivi spécifique</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour suivant la naissance</p>	<p>CCX = 46 €</p> <p>Facturée à tarif opposable La MBB est supprimée</p>
<p>Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste</p> <p>CSE</p>	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ; - Réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ; - Conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ; - Inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant. <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	<p>CCX = 46 €</p> <p>Facturée à tarif opposable</p>
<p>Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme</p> <p>CTE</p>	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - Des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf. détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP). Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique. <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^{ème} ligne chargée de le coordonner / retour au médecin traitant</p> <p>Quand ? Une consultation au plus par patient</p>	<p>CCE = 60 €</p> <p>Facturée à tarif opposable</p>
<p>Enfant Pathologie Handicap</p> <p>EPH</p>	<p>Quel patient ? Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier</p> <p>Comment ? Le suivi somatique, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer une fois par trimestre au plus par patient</p>	<p>CCE = 60 €</p> <p>Facturée à tarif opposable</p>
<p>Consultation Grand Prématuré</p> <p>CGP</p>	<p>Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave</p> <p>Comment ? Suivi moteur, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant</p>	<p>CCE = 60 €</p> <p>Facturée à tarif opposable La MPP est supprimée</p>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

Majoration Suivi Prématurés	Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Comment ? Réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuropsychologique / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois par an		Enfant de 6 ans	CS + MPC + MCS + MSP (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MSP (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MSP				
Trouble du Comportement Alimentaire	Quel patient ? Première consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) / met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) / élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois lors de la première consultation		Enfant de 6 ans et plus	CS + MPC + MCS + TCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + TCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
TCA				
Majoration Consultation Asthme déstabilisé	Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an + ou – en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge		Enfant de 6 à 16 ans	CS + MPC + MCS + MCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCA				
Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés	Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer 4 fois au plus par an et par patient		Enfant de 6 à 16 ans	CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCT (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCT				
Prise en charge Pathologies Neurologiques	Quel patient ? Patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement	MCX	Enfant de 0 à 2 ans	CS + NFP + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans	CS + NFE + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique		Enfant de 6 ans et plus	CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46 € OU CS + NFE + PPN (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
PPN				

Code facturation affiné

Majoration pour information initiale et mise en place stratégie thérapeutique

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

Code agrégé

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **MIS (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **MIS (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

Exemple

Prise en charge Infection VIH

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **PIV (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **PIV (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

LA TELEMEDECINE

	Description de l'acte	Catégorie	code acte	tarif	
Téléconsultation	Acte de téléconsultation	Médecin généraliste	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Pédiatre	TC	23 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Sage-femme	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient à l'exclusion de la majoration conventionnelle MSF.
	Actes à distance		TSF	2.80 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour ces actes réalisés en présence du patient
	Téléconsultation de recueil de consentement pour lvg médicamenteuse	Médecin généraliste	JC	25.00 €	
Télé-expertise	demande de télé-expertise	Médecin généraliste	RQD	10 €	
		Pédiatre	RQD	10 €	
		Sage-femme	RQD	10 €	
	Télé expertise de niveau 2	Médecin généraliste	TE2	20 €	
		Pédiatre	TE2	20 €	
		Sage-femme	TE2	20 €	

IVG MEDICAMENTEUSE

LES ACTES

Code prestation	Libellé	Tarif
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de recueil de consentement	25 €
JC (spécialité 01 et sagesfemmes) ou JCS (spécialité 07)	Téléconsultation de recueil de consentement	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables	69.12 €
IPE	Investigations échographiques préalables	35.65 €
FHV	2 consultations pour administration des médicament	50 €
FMV	Coût TTC des médicaments	83,57€ <i>jusqu'à la 6ème semaine de grossesse</i> 96,53€ <i>la 6ème et la 7ème semaine de grossesse</i>
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de contrôle	25 €
IVE	Vérification par méthode échographique : (L'échographie ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle)	30.24 €

CONFIDENTIALITE

NIR fictif	NIR fictif Ille-et Vilaine	
2 55 55 55 XXX 030/XX	2 55 55 351 030 /08	indiquer la date de naissance réelle

Contraception assurés de moins de 26 ans – Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux quel que soit leur sexe et jusqu'à 25 ans inclus. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ La **première consultation de contraception/prévention santé sexuelle** (cotée CCP) prise en charge à 100%,

Modalités de facturation : pour la CCP pas d'utilisation du code exonération 3 (DIV)

Pour une assurée jeune femme consultation réalisée par un médecin ou sage-femme.

Pour un assuré jeune homme, consultation réalisée par un médecin.

→ **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception,

→ **Une consultation annuelle, à partir de la 2^{ème} année de contraception, (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits une contraception ou des examens de biologie médicale en vue d'une contraception,

→ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif,**

→ **Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,

→ **Les contraceptifs remboursables.**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret pour les mineurs (fille ou garçon). Si le/la mineur(e) le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MINEURS	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que l'assuré bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et, le cas échéant des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge du/de la mineur(e) + « contraception mineurs ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> Le/la mineur(e) est immatriculé personnellement et vous présente sa carte Vitale*** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La mineur(e) présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si il/elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur (ou de l'ouvrant droit) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur. Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> Le/La mineur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX et 1 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10)

Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP)
Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement

***ou attestation de droits.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MAJEURS	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u>
<u>Hypothèse 1</u> Le/la majeur(e) vous présente sa carte Vitale	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La majeur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale mais présente l'attestation papier	Feuille de soins : FSE en mode dégradé ou FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****
Ou n'a pas en sa possession ni sa carte Vitale ni son attestation	FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré (à renseigner par l'assuré sur la FSP) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****

**** la pratique du tiers payant reste préconisée selon les modalités habituelles :

Dispense d'Avance des Frais (DAF)

Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en application de la convention signée le ----

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le département recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection maternelle et Infantile,
- de la planification et de l'éducation familiale,

qui font l'objet d'une participation financière de l'assurance maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse. Les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la dispense d'avance des frais. La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'assurance maladie.

Le présent protocole, qui est annexé à la convention signée entre le Conseil Départemental et la caisse fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) représentés par le Conseil Départemental de ont la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 2 : Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, les centres de PMI doivent se doter :

- d'un équipement informatique, permettant la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM VITALE publié par le GIE SESAM VITALE, et sous réserve que le logiciel soit agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie ou que l'équipement soit homologué par le GIE SESAM VITALE,

- de cartes de la famille CPS émise par l'ASIP Santé,
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement.

Article 3 : Liberté de choix du réseau

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet conforme aux spécifications SESAM Vitale.

Le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de cette entité qui doit conclure un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Départemental doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Départemental doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Article 5 : Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique aux centres de PMI représentés par le Conseil Départemental signataire de cette convention ainsi qu'aux assurés selon les règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges SESAM Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE complétées par les dispositions de la présente convention.

Les assurés devront effectuer régulièrement la mise à jour annuelle de leur carte Vitale selon les dispositions réglementaires en vigueur.

La transmission des feuilles de soins électroniques s'effectue dans les délais réglementairement prévus (8 jours en cas de tiers payant).

Article 6 : Traitement des incidents

- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques :

dans le cas où le centre de PMI n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique matériel ou logiciel, il télétransmet une feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » dont la signature n'est apportée que par la seule carte du professionnel de santé.

Parallèlement, la PMI adresse aux caisses les feuilles de soins correspondantes sous forme papier.

Dans ce cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale.

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, la PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une FSE dans les conditions décrites à l'article R 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si la PMI n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, la PMI établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la FSE.

Pour cela, le centre de PMI utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par la PMI à la caisse après avoir été signé par le praticien et l'assuré (sauf impossibilité).

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 7 : Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

Validité de la carte d'assurance maladie :

Afin de préserver l'accès aux soins et particulièrement la dispense d'avance des frais et d'assurer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par la PMI via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de PMI qui s'installent ou qui veulent s'informatiser sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au dépannage informatique),
- pour apporter aux centres de PMI toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM Vitale,
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM Vitale imposées par la réglementation et par les changements techniques.

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM Vitale,
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce dans les 18 mois suivants la publication de ce dernier ; dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour,
- pour disposer sur le poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur,
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

<p style="text-align: center;">SAINT-MALO</p> <p style="text-align: center;">12 bd de la Tour d'Auvergne 35400 SAINT-MALO Tél : 02 22 93 66 70 cdas-stmalo@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS MALOUIN</p> <p style="text-align: center;">10 rue du Clos de la Poterie 35430 SAINT-JOUAN DES GUERETS Tél : 02 22 93 66 00 cdas-paysmalouin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">SEMNON</p> <p style="text-align: center;">Parc d'Activités Château Gaillard 14 Rue de la Seine 35470 BAIN DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.93.30 cdas-semnon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">SAINT-AUBIN D'AUBIGNE</p> <p style="text-align: center;">1 rue de l'Etang 35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE Tél : 02.99.02.37.77 cdas-staubin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE VITRE</p> <p style="text-align: center;">6 bd Irène Joliot Curie - CS 10201 35506 VITRE Cedex Tél : 02.90.02.92.10 cdas-vitre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS DE LA ROCHE AUX FEES</p> <p style="text-align: center;">28 rue Nantaise 35150 JANZE Tél : 02 22 93 68 00 cdas-rocheauxfees@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE EST</p> <p style="text-align: center;">Village des Collectivités 2 avenue de Tizé 35235 THORIGNE FOUILLARD Tél : 02.99.02.20.20 cdas-crest@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE SUD</p> <p style="text-align: center;">1 rue Madame de Janzé 35131 CHARTRES DE BRETAGNE Tél : 02.22.93.68.40. cdas-crsud@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">CHAMPS MANCEAUX</p> <p style="text-align: center;">Espace Social et Culturel Aimé Césaire 15 rue Louis et René Moine 35200 RENNES Tél : 02.99.02.48.88 cdas-champsmanceaux@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE</p> <p style="text-align: center;">7 bd de Yougoslavie 35200 RENNES Tél : 02.90.02.77.20 cdas-blosne@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE COMBOURG</p> <p style="text-align: center;">Square Emile Bohuon 35270 COMBOURG Tél : 02.90.02.77.00 cdas-combourg@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">DE LA BAIE</p> <p style="text-align: center;">1 rue des Tendières 35120 DOL DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.76.50 cdas-baie@ille-et-vilaine.fr</p>

<p>MARCHES DE BRETAGNE 1 rue Albert Camus 35460 MAEN-ROCH Tél : 02 22 93 64 60 cdas-marchesdebretagne@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>PAYS DE FOUGERES 88 rue de la Forêt 35300 FOUGERES Tél : 02 22 93 65 40 cdas-fougeres@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE REDON 9 rue de la Gare 35600 REDON Tél : 02 22 93 66 50 cdas-redon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>MAUREPAS-PATTON 11 C place du Gros Chêne 35700 RENNES Tél : 02.90.02.77.77 cdas-maurepas@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>RENNES CENTRE 7 rue Kléber 35000 RENNES Tél : 02.99.02.30.35. cdas-rennescentre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>VILLEJEAN NORD ST MARTIN 42 bd J. F. Kennedy 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.10 cdas-villejean@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE GUICHEN 18 rue du Commandant Charcot 35580 GUICHEN Tél : 02 22 93 66 60 cdas-guichen@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>COURONNE RENNAISE NORD OUEST 4 bd Dumaine de la Josserie 35740 PACE Tél : 02 22 93 67 50 cdas-crno@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE BROCELIANDE 26 bd Carnot 35160 MONTFORT SUR MEU Tél : 02 22 93 64 00 cdas-broceliande@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>CLEUNAY SAINT-CYR 25 rue Noël Blayau 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.13 cdas-cleunay@ille-et-vilaine.fr</p>

Annexe 5 : liste des personnes
habilitées pour la PMI

Nom	Prénom	Titre
Ablain	Elise	Directrice Enfance Famille
Brossay	Evelyne	Cheffe de service PMI Accueil Petite Enfance
Brulat	Romane	Directrice Adjoint Enfance Famille
Faligot	Anne	Cheffe de service PMI Parentalité
Gindt-Ducros	Agnès	Médecin Départemental

Eléments financiers

Commission permanente
du 28/08/2023

N° 48415

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	300 000 €



CONVENTION

de financement et de partenariat entre la CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées au titre de la Protection Maternelle et infantile :

- activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- activités de promotion en santé sexuelle

Conclue entre :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE-ET-VILAINE, située à Rennes, cours des Alliés , représentée par Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN, Directeur

Ci-après dénommée « la CPAM »

Et

LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, situé à Rennes, 1 avenue de la Préfecture, représenté par Monsieur Jean-Luc CHENUT, Président du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 28 août 2023,

Ci-après dénommé « le Département »

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants: L.2112-2 alinéas 1°, 2°, 3°,4° et 4bis et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le Département au titre de la protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Le Directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine est le signataire unique de la convention pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire du département d'Ille-et-Vilaine (régime général, MSA Mutualité Sociale Agricole, ENIM Etablissement National des Invalides de la Marine - régime spécial de sécurité sociale des marins) ainsi que pour l'AME (Aide Médicale de l'Etat) et la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) participative et non participative.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département d'Ille et Vilaine dont la liste est fournie en annexe 3 par le Département à la CPAM et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants **de moins de six ans**. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence aux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.160-1 et L.160-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la CPAM d'Ille et Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- L'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- Les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois' avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement:
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), -comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement. .
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires - et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2: actes réalisés par les sages-femmes),
- Les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D160-3 du code de la sécurité sociale)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6ème mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de

- la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le Département :
 - Aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
 - Aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant, font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le Département, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La CPAM d'Ille-et-Vilaine verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- Dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- Sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- Dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu.

Article 6	MODALITES DE FACTURATION
-----------	---------------------------------

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

6.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Le Département adresse à la CPAM au 1er janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec les fournisseurs.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son N° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son N° RPPS, sa signature

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »

- la codification des actes et prestations réalisés, et la date des soins

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante : 35024 Rennes Cedex 9, mensuellement au 15 de chaque mois.

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Département délègue, au titre sa mission PMI, un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant:

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- L'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- L'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- La codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

Un tableau-récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant

- Le nombre de factures transmises et pour chacune :
- L'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- L'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- Le taux de remboursement des actes réalisés,
- Le montant attendu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait est précisée en annexe 5 de la convention et actualisée en tant que de besoin.

Dans le cas où de nouvelles modalités pratiques seraient applicables, elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

TITRE II
PROMOTION EN SANTE SEXUELLE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la CPAM d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge **au titre de l'assurance maladie** :

- Les consultations de maîtrise de la fécondité, frais d'analyses et d'examens de laboratoire et actes d'imagerie médicale ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (Ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Département d'Ille-et-Vilaine),
- L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- Les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311 7-4° du code de la santé publique, le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 10 MODALITES DE FACTURATION

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le Département sur les supports suivants :

10.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques ; un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

10.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS, sa signature,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »,
- la codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

10.3 Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 042/93 ou 1 55 55 55 351 042/46 et la date de naissance réelle du ou de la patient.e.**

10.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

- Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental ou majeure désirant garder le secret.

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 030/08** et la **date de naissance réelle de la patiente**.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le Département à la caisse qui procède au remboursement au Département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :
 - FHV: forfait honoraires de ville,
 - FMV: forfait médicaments de ville.
 - JC : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins généralistes et les sages-femmes)
 - JCS : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins spécialistes)

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention « Forfait médical ». La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.3 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le Département assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineur.es qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'exams de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La CPAM est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe 6, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.4 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement, des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III
AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE ELIGIBLES À UNE PARTICIPATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 11 ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le Département et la caisse d'Assurance Maladie, peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional, notamment la stratégie nationale de santé et le Projet Régional de Santé (PRS).

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- Vaccinations : suivi des recommandations liées au calendrier vaccinal mis à jour annuellement (au mois d'avril), et notamment :
 - Amélioration de la couverture **vaccinale ROR** pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - Amélioration de la **couverture vaccinale Méningocoque C** pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - Vaccination des **femmes enceintes contre la grippe saisonnière**, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - A chaque grossesse, vaccination des **femmes enceintes contre la coqueluche**, au deuxième trimestre, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaine d'aménorrhée, entre le mois de grossesse et par le cocooning¹ après l'accouchement.
 - Amélioration de la **couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** des adolescents, filles et garçons, entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 de 19 ans
 - Participation à la **semaine européenne de la vaccination**.
- Suivi de grossesse et soutien à la parentalité :
 - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation d'évènements autour de la maternité et le relai d'informations et d'outils de communication autour de ce public.
- Nutrition :

¹ Stratégie de protection indirecte des petits nourrissons par la vaccination de leurs proches.

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec le dispositif « Mission retrouve ton cap » de l'Assurance Maladie qui permet aux enfants de 3 à 12 ans, à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sans avance de frais ni dépassement d'honoraire).
- Tabac :
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage accompagnés par la PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :
 - **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils d'information et des actions « d'aller vers » lors du programme « mois sans tabac » en novembre),
 - **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage (liste des lieux de consultations en tabacologie, application mobile, ligne téléphonique dédiée, outils motivationnels ...),
 - **Améliorer l'accessibilité à la prescription des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Parmi les professionnels de PMI, les médecins, infirmiers et sages-femmes peuvent prescrire ces traitements aux femmes enceintes et à leur entourage, elles pourront également être accompagnées par les pharmaciens au moment de la délivrance des produits,
 - **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée via un appel à projet organisé dans le cadre du mois sans tabac (parution en juin pour mise en place en octobre et novembre de la même année) et un accompagnement méthodologique pourra être mis en place pour le premier dossier de demande. D'autres actions pourront être soutenues financièrement par l'intermédiaire du fond de lutte contre les addictions via un appel à candidature auprès de l'assurance maladie.
- Examen bucco dentaire:
 - Un examen bucco-dentaire composé d'un dépistage et de soins dentaires si nécessaire, est entièrement pris en charge par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. L'assurance maladie pourra proposer des outils d'informations aux PMI pour faciliter la diffusion de cette information aux femmes enceintes qu'elles suivent.

- La PMI peut s'assurer auprès des parents des enfants de 3 et 6 ans qu'ils ont bien reçu l'invitation à un dépistage bucco-dentaire dans le cadre du programme M'T DENTS et qu'ils ont entamé une démarche de réalisation de l'examen auprès d'un chirurgien-dentiste.

Au niveau local,

• Parcours Naissance

Dans le cadre de l'évolution des modalités d'accompagnement des sorties maternité, l'assurance maladie et le Département s'attachent au respect effectif des recommandations HAS pour le suivi pré et postpartum, par la consultation ou la visite du couple mère enfant par un professionnel de santé.

A ce titre, la CPAM s'engage à :

- accompagner les acteurs du système de santé dans la coordination et la structuration d'une offre territoriale.
- participer à la formalisation du parcours naissance en identifiant les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maternité.
- mener des campagnes d'informations vers chaque profession et maternité.

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.
- valoriser l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) vers les professionnels de santé et les assurées.
- transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

Pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, et dans l'attente de droits, notamment aide médicale d'Etat (AME), le Département s'engage à rembourser en première intention les frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques rendus nécessaires en urgence (ex : datation de grossesse). Il est convenu avec la CPAM d'Ille-et-Vilaine que le Département bénéficiera d'un circuit privilégié pour une ouverture de droits rapide. Le remboursement des actes effectués par le praticien de santé PMI ainsi que des frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques pourra être différé et s'effectuer par l'envoi des feuilles de soins papier à la CPAM, dès que la femme aura en sa possession la notification de droits.

• Suivi des enfants vulnérables

Le Département d'Ille-et-Vilaine affirme sa volonté d'agir dès la naissance pour réduire le plus possible les inégalités. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les praticiens libéraux et hospitaliers et l'ensemble des professionnels de santé, il souhaite promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients et notamment les plus vulnérables d'entre eux.

A ce titre le Département participe activement au réseau de santé périnatale et concourt au suivi des nouveau-nés vulnérables (suivi des enfants hospitalisés à la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans) et à l'accompagnement de leurs parents et familles.

Par ailleurs, pour faciliter la continuité des soins, éviter autant que faire se peut le recours à la médecine d'urgence voire à l'hospitalisation, il propose de contribuer au

suivi de la santé au titre de la maladie pour les enfants dont les parents vivent dans une situation de grande vulnérabilité.

La CPAM s'engage à rembourser au Département au titre de l'assurance-maladie:

- Les consultations médicales intercurrentes rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et de la situation de vulnérabilité familiale,
- Les consultations médicales en sus de la surveillance de l'enfant de moins de six ans rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV **DISPOSITIONS COMMUNES**

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation de leurs services afin de permettre la télétransmission.

Le Département peut utiliser l'application ADRi (Acquisition des DRoits intégrés) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du Département s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, ils se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Le Département s'inscrit dans le plan national d'accompagnement des publics en difficultés dans leur accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, le Département s'engage à informer et orienter le public vers les services appropriés de l'assurance maladie.

La CPAM d'Ille-et-Vilaine s'engage à fournir les supports explicatifs nécessaires de type flyers destinés au public, ainsi que l'accès à son site extranet destiné aux partenaires www.ameli-bretagne.fr/ExtranetAMS. Le code d'accès est pour le Département est : cg35.

Elle s'engage également à assurer des réunions d'information autant que de besoin auprès des professionnels de santé du Département afin de les informer de l'évolution de la réglementation et des dispositifs.

Le Département pourra également, avec l'accord des personnes concernées, prendre contact avec Mission Accompagnement Santé (MISAS) de la CPAM, qui a pour mission d'accompagner les assurés en difficultés pour accéder aux soins jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
-------------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués à :

Identité Titulaire : Paierie Départementale d'Ille-et-Vilaine

Domiciliation : BOF Rennes

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00682

W Compte : C3550000000

Clé RIB: 84

IBAN : FR92 3000 1006 82C3 5500 0000 084

BIC : BDFEFRPPCCT

Code APE/NAF :

8411Z W SIREN :

223500018

W SIRET : 223500018 00013

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17	CONTROLE DES REGLEMENTS
-------------------	--------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont ils sont à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L315-1 ou code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18	SUIVI ET EVALUATION
-------------------	----------------------------

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés au Département par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le Département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'accéder aux droits et aux soins,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

- Le nombre de formation et d'information proposé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre de professionnels du Département ayant participé à une formation ou une information mise en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre et la typologie des signalements MisAS par les professionnels du Département.

Article 19	DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION
------------	---

La présente convention est signée pour une durée de 4 ans.
Elle sera renouvelée ensuite par reconduction expresse par période de 4 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20	RESILIATION
------------	--------------------

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21	REGLEMENT DES LITIGES
------------	------------------------------

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à Rennes, le xx/xx/xxxx - en deux exemplaires originaux

Pour la CPAM

Pour le Département

Monsieur le Directeur

Monsieur le Président
du Conseil départemental

Jean-Baptiste CALCOEN

Jean-Luc CHENUT

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Actions de prévention concernant les futurs parents							
Examens prénataux L 2112-2, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CS	Femmes enceintes	7 examens prénataux obligatoires (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS		
		Examens complémentaires à proposer systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Prise en charge des prestations recommandées par la HAS et figurant à la CCAM et NGAP		
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70%	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	
				3ème : 100%	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	Décision UNCAM du 19/12/2018		SF 12,6
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020		SF 15 SF12 SF 11,6 SF 6
				70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois		VG VS	V+MSF
		Visites à domicile en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***				

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	G/VG CS/VS	C/V+MSF
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	Examen de suivi à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés	G/VG CS/VS	SF9
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en Cabinet ou à Domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012		SF 15,6 SF 22,6
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes		SF 12,5 SF 19,5
Examen du futur père L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	Consultation + Examens complémentaires si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	G CS	C
	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en oeuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux		1 Enfant SF 16,5 SF 12 Plusieurs enfants SF 23 SF 17

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	Décision UNCAM 5/02/2008		1 patiente SP9 2/3 patientes SP7 4/6 Patientes SP 6
				après le 12ème jour : 70%			
		1 examen médical postnatal obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS		SP 14 SP 12 A domicile
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sagefemme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90ème jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseurkinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100% Pendant 3 ans	L 331-1, L. 160-9 du CSS Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité		SF7,5
	Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement après le 12ème jour : 70%		G+VG CS/VS	C+V+MSF	
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 65%	L. 160-8.5°du CSS		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			
Dépistage du saturisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
--	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	----------------------	-------------------------

Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans

Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2ème semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019	VOIR tableau ACTES ENFANTS	
				100% sur risque maladie à partir du 13ème jour de vie de l'enfant			
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois –17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.		
Dépistages							
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
		Plombémies de dépistage					
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	CDRP002	

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM	BLQP010	
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP006	
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP	Code acte CTE code agréé CCE	
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP002	
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Assurés de moins de 26 ans	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019	CCP	CCP
Maîtrise de la fécondité	Toute population	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme Examens de laboratoire ordonnés en vue de la prescription d'une contraception Forfait comprenant :	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L 2112-2 du code de la santé publique L 160-8 du code de la sécurité sociale		
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement	• 1 consultation de recueil de consentement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009	IC IC FMV FHV	IC IC FMV FHV
		• 2 consultations d'administration du médicament					
		• 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)					
		• examens de biologie médicale et échographie	Mineures sans consentement parental	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits		

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Entretien préalable à l'IVG L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS		
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%			
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle L 2311.5 R 2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants – soit sur proposition du médecin	Consultation Analyses et examens de laboratoire Frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement	Assurés sociaux et Ayants droit*** (sauf mineures ayants droit qui en font la demande)	70%	L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS		
			Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'AM ou qui n'ont pas de droits ouverts	100%			

Prise en charge au titre de l'assurance maternité

Prise en charge au titre de l'assurance maladie

ACTES ENFANTS PAR LES MEDECINS

Catégorie	Type d'examen	Age de l'enfant	Codes actes	Tarif	Observations
Médecin Généraliste	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	G+MEG	30 €	en risque maternité
		De 0-6 ans hors : de 0 à 12 jours /Entre 8 et 9 mois/ Entre 23 et 24 mois	COD	30 €	
		de 6 à 16 ans	COB	25 €	
	Consultations	De 0 à 6ans	G/GS+MEG	30 €	
		6 et plus	G/GS G/GS + MCG	25 € 30 €	si retour d'informations vers le médecin traitant
Pédiatre	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	CS+MEP+NFP	37 €	en risque maternité
		De 0-2 ans	COH	37€	
		De 2 à 6 ans	COK	32 €	
		Entre 6 et 16 ans	COG	28 €	si pédiatre traitant
			COD	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant
	Consultations	tout âge	CS	23 €	
		[0 et 2 ans	NFP	10 €	
		[0 et 2 ans]	CS+MEP+NFP	37 €	
		[2 et 6 ans	CS+MEP+NFE	32 €	
[6 et plus		CS+NFE	28 €	si pédiatre traitant	
	CS+MPC+MCS	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant		

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1ère année	11 examens : -dans les 8 jours qui suivent la naissance -au cours de la 2e semaine -avant la fin du 1er mois -1 fois par mois entre le 2e et le 6e mois (5 examens) -au cours des 9e, 12e et 13e mois
Au cours de la 2e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24e ou du 25e mois
De la 3e à la 6e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Les codes agrégés facturables par les médecins

Les médecins généralistes

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité CSO	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste CSE	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées / réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.</p> <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant CTE	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</p> <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne ; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant</p> <p>Quand ?</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ASE	<p>Quel patient ? Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant</p> <p>Comment ? Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)</p> <p>Quand ? 1 fois</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH MPH	<p>Quel patient ? Patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH</p> <p>Comment ? Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. +/- Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints</p> <p>Quand ? Facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Non facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère MPH	<p>Quel patient ? Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.</p> <p>Comment ? D'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère.</p> <p>Quand ? Facturable par les deux médecins après échanges d'information</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

**Majoration pour
information Initiale et
mise en place Stratégie
thérapeutique**

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave :
cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à
caractère chronique, pathologie neurodégénérative, ou d'un
trouble du neuro-développement

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **MIS (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **MIS (30 €)** = 55 €

**Prise en charge
Infection VIH**

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection
VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de
l'initiation de la prise en charge

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **PIV (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **PIV (30 €)** = 55 €

Les pédiatres

Code facturation affiné



Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé



Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité

CSO

Quel patient ?

Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant

Comment ?

Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois par an maximum

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Suivi de Maternité

CSM

Quel patient ?

Nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique

Comment ?

Suivi spécifique

Quand ?

Possibilité de facturer entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour suivant la naissance

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable
La MBB est supprimée

Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste

CSE

Quel patient ?

Les enfants atteints d'autisme (TSA)

Comment ?

En lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- Réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ;
- Réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ;
- Conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- Inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Quand ?

Une seule fois par an

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme

CTE

Quel patient ?

Un enfant présentant des signes inhabituels du développement

Comment ?

Réalisation :

- D'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel,
- Des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf. détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP). Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^{ème} ligne chargée de le coordonner / retour au médecin traitant

Quand ?

Une consultation au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Enfant Pathologie Handicap

EPH

Quel patient ?

Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier

Comment ?

Le suivi somatique, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer une fois par trimestre au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Grand Prématuré

CGP

Quel patient ?

Enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave

Comment ?

Suivi moteur, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable
La MPP est supprimée

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

Majoration Suivi Prématurés	Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Comment ? Réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuropsychologique / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusion dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois par an		Enfant de 6 ans CS + MPC + MCS + MSP (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MSP (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MSP			
Trouble du Comportement Alimentaire	Quel patient ? Première consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) / met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) / élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois lors de la première consultation		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + TCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + TCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
TCA			
Majoration Consultation Asthme déstabilisé	Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an + ou – en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCA			
Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés	Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer 4 fois au plus par an et par patient		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCT (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCT			
Prise en charge Pathologies Neurologiques	Quel patient ? Patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46 € OU CS + NFE + PPN (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
PPN			

Code facturation affiné

Majoration pour information initiale et mise en place stratégie thérapeutique

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

Code agrégé

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **MIS (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **MIS (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

Prise en charge Infection VIH

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **PIV (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **PIV (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

LA TELEMEDECINE

	Description de l'acte	Catégorie	code acte	tarif	
Téléconsultation	Acte de téléconsultation	Médecin généraliste	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Pédiatre	TC	23 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Sage-femme	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient à l'exclusion de la majoration conventionnelle MSF.
	Actes à distance		TSF	2.80 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour ces actes réalisés en présence du patient
	Téléconsultation de recueil de consentement pour lvg médicamenteuse	Médecin généraliste	JC	25.00 €	
Télé-expertise	demande de télé-expertise	Médecin généraliste	RQD	10 €	
		Pédiatre	RQD	10 €	
		Sage-femme	RQD	10 €	
	Télé expertise de niveau 2	Médecin généraliste	TE2	20 €	
		Pédiatre	TE2	20 €	
		Sage-femme	TE2	20 €	

IVG MEDICAMENTEUSE

LES ACTES

Code prestation	Libellé	Tarif
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de recueil de consentement	25 €
JC (spécialité 01 et sagesfemmes) ou JCS (spécialité 07)	Téléconsultation de recueil de consentement	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables	69.12 €
IPE	Investigations échographiques préalables	35.65 €
FHV	2 consultations pour administration des médicament	50 €
FMV	Coût TTC des médicaments	83,57€ <i>jusqu'à la 6ème semaine de grossesse</i> 96,53€ <i>la 6ème et la 7ème semaine de grossesse</i>
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de contrôle	25 €
IVE	Vérification par méthode échographique : (L'échographie ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle)	30.24 €

CONFIDENTIALITE

NIR fictif	NIR fictif Ille-et Vilaine	
2 55 55 55 XXX 030/XX	2 55 55 351 030 /08	indiquer la date de naissance réelle

Contraception assurés de moins de 26 ans – Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux quel que soit leur sexe et jusqu'à 25 ans inclus. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ La **première consultation de contraception/prévention santé sexuelle** (cotée CCP) prise en charge à 100%,

Modalités de facturation : pour la CCP pas d'utilisation du code exonération 3 (DIV)

Pour une assurée jeune femme consultation réalisée par un médecin ou sage-femme.

Pour un assuré jeune homme, consultation réalisée par un médecin.

→ **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception,

→ **Une consultation annuelle, à partir de la 2^{ème} année de contraception, (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits une contraception ou des examens de biologie médicale en vue d'une contraception,

→ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif,**

→ **Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,

→ **Les contraceptifs remboursables.**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret pour les mineurs (fille ou garçon). Si le/la mineur(e) le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MINEURS	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que l'assuré bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et, le cas échéant des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge du/de la mineur(e) + « contraception mineurs ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> Le/la mineur(e) est immatriculé personnellement et vous présente sa carte Vitale*** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La mineur(e) présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si il/elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur (ou de l'ouvrant droit) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur. Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> Le/La mineur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX et 1 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10)

Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP)
Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement

***ou attestation de droits.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MAJEURS	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u>
<u>Hypothèse 1</u> Le/la majeur(e) vous présente sa carte Vitale	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La majeur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale mais présente l'attestation papier	Feuille de soins : FSE en mode dégradé ou FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****
Ou n'a pas en sa possession ni sa carte Vitale ni son attestation	FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré (à renseigner par l'assuré sur la FSP) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****

**** la pratique du tiers payant reste préconisée selon les modalités habituelles :

Dispense d'Avance des Frais (DAF)

Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en application de la convention signée le ----

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le département recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection maternelle et Infantile,
- de la planification et de l'éducation familiale,

qui font l'objet d'une participation financière de l'assurance maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse. Les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la dispense d'avance des frais. La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'assurance maladie.

Le présent protocole, qui est annexé à la convention signée entre le Conseil Départemental et la caisse fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) représentés par le Conseil Départemental de ont la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 2 : Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, les centres de PMI doivent se doter :

- d'un équipement informatique, permettant la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM VITALE publié par le GIE SESAM VITALE, et sous réserve que le logiciel soit agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie ou que l'équipement soit homologué par le GIE SESAM VITALE,

- de cartes de la famille CPS émise par l'ASIP Santé,
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement.

Article 3 : Liberté de choix du réseau

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet conforme aux spécifications SESAM Vitale.

Le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de cette entité qui doit conclure un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Départemental doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Départemental doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Article 5 : Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique aux centres de PMI représentés par le Conseil Départemental signataire de cette convention ainsi qu'aux assurés selon les règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges SESAM Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE complétées par les dispositions de la présente convention.

Les assurés devront effectuer régulièrement la mise à jour annuelle de leur carte Vitale selon les dispositions réglementaires en vigueur.

La transmission des feuilles de soins électroniques s'effectue dans les délais réglementairement prévus (8 jours en cas de tiers payant).

Article 6 : Traitement des incidents

- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques :

dans le cas où le centre de PMI n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique matériel ou logiciel, il télétransmet une feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » dont la signature n'est apportée que par la seule carte du professionnel de santé.

Parallèlement, la PMI adresse aux caisses les feuilles de soins correspondantes sous forme papier.

Dans ce cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale.

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, la PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une FSE dans les conditions décrites à l'article R 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si la PMI n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, la PMI établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la FSE.

Pour cela, le centre de PMI utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par la PMI à la caisse après avoir été signé par le praticien et l'assuré (sauf impossibilité).

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 7 : Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

Validité de la carte d'assurance maladie :

Afin de préserver l'accès aux soins et particulièrement la dispense d'avance des frais et d'assurer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par la PMI via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de PMI qui s'installent ou qui veulent s'informatiser sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au dépannage informatique),
- pour apporter aux centres de PMI toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM Vitale,
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM Vitale imposées par la réglementation et par les changements techniques.

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM Vitale,
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce dans les 18 mois suivants la publication de ce dernier ; dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour,
- pour disposer sur le poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur,
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

<p style="text-align: center;">SAINT-MALO</p> <p style="text-align: center;">12 bd de la Tour d'Auvergne 35400 SAINT-MALO Tél : 02 22 93 66 70 cdas-stmalo@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS MALOUIN</p> <p style="text-align: center;">10 rue du Clos de la Poterie 35430 SAINT-JOUAN DES GUERETS Tél : 02 22 93 66 00 cdas-paysmalouin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">SEMNON</p> <p style="text-align: center;">Parc d'Activités Château Gaillard 14 Rue de la Seine 35470 BAIN DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.93.30 cdas-semnon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">SAINT-AUBIN D'AUBIGNE</p> <p style="text-align: center;">1 rue de l'Etang 35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE Tél : 02.99.02.37.77 cdas-staubin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE VITRE</p> <p style="text-align: center;">6 bd Irène Joliot Curie - CS 10201 35506 VITRE Cedex Tél : 02.90.02.92.10 cdas-vitre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS DE LA ROCHE AUX FEES</p> <p style="text-align: center;">28 rue Nantaise 35150 JANZE Tél : 02 22 93 68 00 cdas-rocheauxfees@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE EST</p> <p style="text-align: center;">Village des Collectivités 2 avenue de Tizé 35235 THORIGNE FOUILLARD Tél : 02.99.02.20.20 cdas-crest@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE SUD</p> <p style="text-align: center;">1 rue Madame de Janzé 35131 CHARTRES DE BRETAGNE Tél : 02.22.93.68.40. cdas-crsud@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">CHAMPS MANCEAUX</p> <p style="text-align: center;">Espace Social et Culturel Aimé Césaire 15 rue Louis et René Moine 35200 RENNES Tél : 02.99.02.48.88 cdas-champsmanceaux@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE</p> <p style="text-align: center;">7 bd de Yougoslavie 35200 RENNES Tél : 02.90.02.77.20 cdas-blosne@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE COMBOURG</p> <p style="text-align: center;">Square Emile Bohuon 35270 COMBOURG Tél : 02.90.02.77.00 cdas-combourg@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">DE LA BAIE</p> <p style="text-align: center;">1 rue des Tendières 35120 DOL DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.76.50 cdas-baie@ille-et-vilaine.fr</p>

<p>MARCHES DE BRETAGNE 1 rue Albert Camus 35460 MAEN-ROCH Tél : 02 22 93 64 60 cdas-marchesdebretagne@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>PAYS DE FOUGERES 88 rue de la Forêt 35300 FOUGERES Tél : 02 22 93 65 40 cdas-fougeres@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE REDON 9 rue de la Gare 35600 REDON Tél : 02 22 93 66 50 cdas-redon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>MAUREPAS-PATTON 11 C place du Gros Chêne 35700 RENNES Tél : 02.90.02.77.77 cdas-maurepas@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>RENNES CENTRE 7 rue Kléber 35000 RENNES Tél : 02.99.02.30.35. cdas-rennescentre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>VILLEJEAN NORD ST MARTIN 42 bd J. F. Kennedy 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.10 cdas-villejean@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE GUICHEN 18 rue du Commandant Charcot 35580 GUICHEN Tél : 02 22 93 66 60 cdas-guichen@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>COURONNE RENNAISE NORD OUEST 4 bd Dumaine de la Jossierie 35740 PACE Tél : 02 22 93 67 50 cdas-crno@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE BROCELIANDE 26 bd Carnot 35160 MONTFORT SUR MEU Tél : 02 22 93 64 00 cdas-broceliande@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>CLEUNAY SAINT-CYR 25 rue Noël Blayau 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.13 cdas-cleunay@ille-et-vilaine.fr</p>

Annexe 5 : liste des personnes
habilitées pour la PMI

Nom	Prénom	Titre
Ablain	Elise	Directrice Enfance Famille
Brossay	Evelyne	Cheffe de service PMI Accueil Petite Enfance
Brulat	Romane	Directrice Adjoint Enfance Famille
Faligot	Anne	Cheffe de service PMI Parentalité
Gindt-Ducros	Agnès	Médecin Départemental

Eléments financiers

Commission permanente
du 28/08/2023

N° 48415

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	300 000 €



CONVENTION

de financement et de partenariat entre la CAISSE PRIMAIRE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées au titre de la Protection Maternelle et infantile :

- activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- activités de promotion en santé sexuelle

Conclue entre :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE-ET-VILAINE, située à Rennes, cours des Alliés , représentée par Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN, Directeur

Ci-après dénommée « la CPAM »

Et

LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, situé à Rennes, 1 avenue de la Préfecture, représenté par Monsieur Jean-Luc CHENUT, Président du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 28 août 2023,

Ci-après dénommé « le Département »

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants: L.2112-2 alinéas 1°, 2°, 3°, 4° et 4bis et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le Département au titre de la protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Le Directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine est le signataire unique de la convention pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire du département d'Ille-et-Vilaine (régime général, MSA Mutualité Sociale Agricole, ENIM Etablissement National des Invalides de la Marine - régime spécial de sécurité sociale des marins) ainsi que pour l'AME (Aide Médicale de l'Etat) et la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) participative et non participative.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département d'Ille et Vilaine dont la liste est fournie en annexe 3 par le Département à la CPAM et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants **de moins de six ans**. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence aux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.160-1 et L.160-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la CPAM d'Ille et Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- L'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- Les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois' avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement:
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
 - Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), -comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement. .
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires - et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2: actes réalisés par les sages-femmes),
- Les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6ème mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- Les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D160-3 du code de la sécurité sociale)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6ème mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de

- la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- Pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le Département :
 - Aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
 - Aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant, font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le Département, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La CPAM d'Ille-et-Vilaine verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- Dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- Sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- Dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu.

Article 6	MODALITES DE FACTURATION
-----------	---------------------------------

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

6.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Le Département adresse à la CPAM au 1er janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec les fournisseurs.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son N° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son N° RPPS, sa signature

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »

- la codification des actes et prestations réalisés, et la date des soins

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante : 35024 Rennes Cedex 9, mensuellement au 15 de chaque mois.

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Département délègue, au titre sa mission PMI, un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant:

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- L'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- L'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- La codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

Un tableau-récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant

- Le nombre de factures transmises et pour chacune :
- L'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- L'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- Le taux de remboursement des actes réalisés,
- Le montant attendu par le Département d'Ille-et-Vilaine.

et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait est précisée en annexe 5 de la convention et actualisée en tant que de besoin.

Dans le cas où de nouvelles modalités pratiques seraient applicables, elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

TITRE II
PROMOTION EN SANTE SEXUELLE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la CPAM sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la CPAM d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge **au titre de l'assurance maladie** :

- Les consultations de maîtrise de la fécondité, frais d'analyses et d'examens de laboratoire et actes d'imagerie médicale ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (Ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Département d'Ille-et-Vilaine),
- L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- Les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311 7-4° du code de la santé publique, le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 1, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département d'Ille-et-Vilaine par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la CPAM intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 10 MODALITES DE FACTURATION

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le Département sur les supports suivants :

10.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques ; un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 2).

10.2 Support papier

Lorsque, par exception, la télétransmission n'est pas possible, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- L'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le n° FINESS géographique,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS, sa signature,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, sa signature ou à défaut, complétude de la case « impossibilité de signer »,
- la codification des actes et prestations réalisés, la date des soins.

10.3 Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 042/93 ou 1 55 55 55 351 042/46 et la date de naissance réelle du ou de la patient.e.**

10.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

- Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental ou majeure désirant garder le secret.

Le médecin ou la sage-femme, utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 351 030/08** et la **date de naissance réelle de la patiente**.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le Département à la caisse qui procède au remboursement au Département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

- Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :
 - FHV: forfait honoraires de ville,
 - FMV: forfait médicaments de ville.
 - JC : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins généralistes et les sages-femmes)
 - JCS : téléconsultation de recueil de consentement (pour les médecins spécialistes)

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention « Forfait médical ». La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.3 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le Département assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineur.es qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'exams de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La CPAM est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe 6, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.4 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement, des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III
AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE ELIGIBLES À UNE PARTICIPATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 11 ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le Département et la caisse d'Assurance Maladie, peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional, notamment la stratégie nationale de santé et le Projet Régional de Santé (PRS).

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- Vaccinations : suivi des recommandations liées au calendrier vaccinal mis à jour annuellement (au mois d'avril), et notamment :
 - Amélioration de la couverture **vaccinale ROR** pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - Amélioration de la **couverture vaccinale Méningocoque C** pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - Vaccination des **femmes enceintes contre la grippe saisonnière**, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - A chaque grossesse, vaccination des **femmes enceintes contre la coqueluche**, au deuxième trimestre, en privilégiant la période entre 20 et 36 semaine d'aménorrhée, entre le mois de grossesse et par le cocooning¹ après l'accouchement.
 - Amélioration de la **couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV)** des adolescents, filles et garçons, entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 de 19 ans
 - Participation à la **semaine européenne de la vaccination**.
- Suivi de grossesse et soutien à la parentalité :
 - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation d'évènements autour de la maternité et le relai d'informations et d'outils de communication autour de ce public.
- Nutrition :

¹ Stratégie de protection indirecte des petits nourrissons par la vaccination de leurs proches.

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec le dispositif « Mission retrouve ton cap » de l'Assurance Maladie qui permet aux enfants de 3 à 12 ans, à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sans avance de frais ni dépassement d'honoraire).
- Tabac :
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage accompagnés par la PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :
 - **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils d'information et des actions « d'aller vers » lors du programme « mois sans tabac » en novembre),
 - **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage (liste des lieux de consultations en tabacologie, application mobile, ligne téléphonique dédiée, outils motivationnels ...),
 - **Améliorer l'accessibilité à la prescription des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Parmi les professionnels de PMI, les médecins, infirmiers et sages-femmes peuvent prescrire ces traitements aux femmes enceintes et à leur entourage, elles pourront également être accompagnées par les pharmaciens au moment de la délivrance des produits,
 - **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée via un appel à projet organisé dans le cadre du mois sans tabac (parution en juin pour mise en place en octobre et novembre de la même année) et un accompagnement méthodologique pourra être mis en place pour le premier dossier de demande. D'autres actions pourront être soutenues financièrement par l'intermédiaire du fond de lutte contre les addictions via un appel à candidature auprès de l'assurance maladie.
- Examen bucco dentaire:
 - Un examen bucco-dentaire composé d'un dépistage et de soins dentaires si nécessaire, est entièrement pris en charge par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. L'assurance maladie pourra proposer des outils d'informations aux PMI pour faciliter la diffusion de cette information aux femmes enceintes qu'elles suivent.

- La PMI peut s'assurer auprès des parents des enfants de 3 et 6 ans qu'ils ont bien reçu l'invitation à un dépistage bucco-dentaire dans le cadre du programme M'T DENTS et qu'ils ont entamé une démarche de réalisation de l'examen auprès d'un chirurgien-dentiste.

Au niveau local,

• Parcours Naissance

Dans le cadre de l'évolution des modalités d'accompagnement des sorties maternité, l'assurance maladie et le Département s'attachent au respect effectif des recommandations HAS pour le suivi pré et postpartum, par la consultation ou la visite du couple mère enfant par un professionnel de santé.

A ce titre, la CPAM s'engage à :

- accompagner les acteurs du système de santé dans la coordination et la structuration d'une offre territoriale.
- participer à la formalisation du parcours naissance en identifiant les professionnels impliqués dans la prise en charge de la maternité.
- mener des campagnes d'informations vers chaque profession et maternité.

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.
- valoriser l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) vers les professionnels de santé et les assurées.
- transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

Pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, et dans l'attente de droits, notamment aide médicale d'Etat (AME), le Département s'engage à rembourser en première intention les frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques rendus nécessaires en urgence (ex : datation de grossesse). Il est convenu avec la CPAM d'Ille-et-Vilaine que le Département bénéficiera d'un circuit privilégié pour une ouverture de droits rapide. Le remboursement des actes effectués par le praticien de santé PMI ainsi que des frais d'analyses biologiques et d'examens radiologiques ou échographiques pourra être différé et s'effectuer par l'envoi des feuilles de soins papier à la CPAM, dès que la femme aura en sa possession la notification de droits.

• Suivi des enfants vulnérables

Le Département d'Ille-et-Vilaine affirme sa volonté d'agir dès la naissance pour réduire le plus possible les inégalités. Dans ce cadre, et en complémentarité avec les praticiens libéraux et hospitaliers et l'ensemble des professionnels de santé, il souhaite promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients et notamment les plus vulnérables d'entre eux.

A ce titre le Département participe activement au réseau de santé périnatale et concourt au suivi des nouveau-nés vulnérables (suivi des enfants hospitalisés à la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans) et à l'accompagnement de leurs parents et familles.

Par ailleurs, pour faciliter la continuité des soins, éviter autant que faire se peut le recours à la médecine d'urgence voire à l'hospitalisation, il propose de contribuer au

suivi de la santé au titre de la maladie pour les enfants dont les parents vivent dans une situation de grande vulnérabilité.

La CPAM s'engage à rembourser au Département au titre de l'assurance-maladie:

- Les consultations médicales intercurrentes rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et de la situation de vulnérabilité familiale,
- Les consultations médicales en sus de la surveillance de l'enfant de moins de six ans rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV **DISPOSITIONS COMMUNES**

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation de leurs services afin de permettre la télétransmission.

Le Département peut utiliser l'application ADRi (Acquisition des DRoits intégrés) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du Département s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, ils se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Le Département s'inscrit dans le plan national d'accompagnement des publics en difficultés dans leur accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, le Département s'engage à informer et orienter le public vers les services appropriés de l'assurance maladie.

La CPAM d'Ille-et-Vilaine s'engage à fournir les supports explicatifs nécessaires de type flyers destinés au public, ainsi que l'accès à son site extranet destiné aux partenaires www.ameli-bretagne.fr/ExtranetAMS. Le code d'accès est pour le Département est : cg35.

Elle s'engage également à assurer des réunions d'information autant que de besoin auprès des professionnels de santé du Département afin de les informer de l'évolution de la réglementation et des dispositifs.

Le Département pourra également, avec l'accord des personnes concernées, prendre contact avec Mission Accompagnement Santé (MISAS) de la CPAM, qui a pour mission d'accompagner les assurés en difficultés pour accéder aux soins jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
-------------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués à :

Identité Titulaire : Paierie Départementale d'Ille-et-Vilaine

Domiciliation : BOF Rennes

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00682

W Compte : C355000000

Clé RIB: 84

IBAN : FR92 3000 1006 82C3 5500 0000 084

BIC : BDFEFRPPCCT

Code APE/NAF :

8411Z W SIREN :

223500018

W SIRET : 223500018 00013

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17	CONTROLE DES REGLEMENTS
-------------------	--------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont ils sont à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L315-1 ou code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18	SUIVI ET EVALUATION
-------------------	----------------------------

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés au Département par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le Département et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'accéder aux droits et aux soins,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

- Le nombre de formation et d'information proposé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre de professionnels du Département ayant participé à une formation ou une information mise en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Le nombre et la typologie des signalements MisAS par les professionnels du Département.

Article 19	DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION
------------	---

La présente convention est signée pour une durée de 4 ans.
Elle sera renouvelée ensuite par reconduction expresse par période de 4 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20	RESILIATION
------------	--------------------

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21	REGLEMENT DES LITIGES
------------	------------------------------

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à Rennes, le xx/xx/xxxx - en deux exemplaires originaux

Pour la CPAM

Pour le Département

Monsieur le Directeur

Monsieur le Président
du Conseil départemental

Jean-Baptiste CALCOEN

Jean-Luc CHENUT

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Actions de prévention concernant les futurs parents							
Examens prénataux L 2112-2, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CS	Femmes enceintes	7 examens prénataux obligatoires (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS		
		Examens complémentaires à proposer systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Prise en charge des prestations recommandées par la HAS et figurant à la CCAM et NGAP		
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70%	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	1 enfant: JQQM010 JQQM015 Plusieurs enfants: JQQM018 JQQM019	
				3ème : 100%	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	1 enfant: JQQM016 Plusieurs enfants: JQQM017	
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	Décision UNCAM du 19/12/2018		SF 12,6
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020		SF 15 SF12 SF 11,6 SF 6
		Visites à domicile en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois	VG VS	V+MSF	
				100% à partir du 1er jour du 6ème mois			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	G/VG CS/VS	C/V+MSF
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	Examen de suivi à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés	G/VG CS/VS	SF9
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en Cabinet ou à Domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1er jour du 6ème mois 100% à partir du 1er jour du 6ème mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012		SF 15,6 SF 22,6
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur	Femmes enceintes	Examen	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005 / actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 : actes réalisés par les sages-femmes		SF 12,5 SF 19,5
Examen du futur père L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	Consultation + Examens complémentaires si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	G CS	C
	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en oeuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux		1 Enfant SF 16,5 SF 12 Plusieurs enfants SF 23 SF 17

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement	Décision UNCAM 5/02/2008		1 patiente SP9 2/3 patientes SP7 4/6 Patientes SP 6
				après le 12ème jour : 70%			
		1 examen médical postnatal obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS		SP 14 SP 12 A domicile
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sagefemme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90ème jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseurkinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100% Pendant 3 ans	L 331-1, L. 160-9 du CSS Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité		SF7,5
	Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement après le 12ème jour : 70%		G+VG CS/VS	C+V+MSF	
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 65%	L. 160-8.5°du CSS		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			
Dépistage du saturisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	avant 1er jour du 6ème mois et après le 12ème jour suivant l'accouchement 100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
				100% du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après l'accouchement			

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
--	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	----------------------	-------------------------

Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans

Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2ème semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019	VOIR tableau ACTES ENFANTS	
				100% sur risque maladie à partir du 13ème jour de vie de l'enfant			
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois –17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.		
Dépistages							
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015		
		Plombémies de dépistage					
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	CDRP002	

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM	BLQP010	
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP006	
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP	Code acte CTE code agrégé CCE	
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	ALQP002	
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Assurés de moins de 26 ans	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019	CCP	CCP
Maîtrise de la fécondité	Toute population	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme Examens de laboratoire ordonnés en vue de la prescription d'une contraception Forfait comprenant :	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L 2112-2 du code de la santé publique L 160-8 du code de la sécurité sociale		
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement	• 1 consultation de recueil de consentement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009	IC IC FMV FHV	IC IC FMV FHV
		• 2 consultations d'administration du médicament					
		• 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)					
		• examens de biologie médicale et échographie	Mineures sans consentement parental	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits		

Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)
ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	cotation par Médecin	cotation par Sage-femme
Entretien préalable à l'IVG L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS		
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%			
			Mineures souhaitant garder le secret	100%			
Dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle L 2311.5 R 2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants – soit sur proposition du médecin	Consultation Analyses et examens de laboratoire Frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement	Assurés sociaux et Ayants droit*** (sauf mineures ayants droit qui en font la demande)	70%	L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS		
			Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'AM ou qui n'ont pas de droits ouverts	100%			

Prise en charge au titre de l'assurance maternité

Prise en charge au titre de l'assurance maladie

ACTES ENFANTS PAR LES MEDECINS

Catégorie	Type d'examen	Age de l'enfant	Codes actes	Tarif	Observations
Médecin Généraliste	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	G+MEG	30 €	en risque maternité
		De 0-6 ans hors : de 0 à 12 jours /Entre 8 et 9 mois/ Entre 23 et 24 mois	COD	30 €	
		de 6 à 16 ans	COB	25 €	
	Consultations	De 0 à 6ans	G/GS+MEG	30 €	
		6 et plus	G/GS	25 €	
		G/GS + MCG	30 €	si retour d'informations vers le médecin traitant	
Pédiatre	Examens obligatoires	De 0 à 8 jours ou Entre 8 et 9 mois ou Entre 23 et 24 mois	COE	46 €	en risque maternité de 0 à 8 jours
		De 9 à 12 jours inclus	CS+MEP+NFP	37 €	en risque maternité
		De 0-2 ans	COH	37€	
		De 2 à 6 ans	COK	32 €	
		Entre 6 et 16 ans	COG	28 €	si pédiatre traitant
			COD	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant
	Consultations	tout âge	CS	23 €	
		[0 et 2 ans	NFP	10 €	
		[0 et 2 ans]	CS+MEP+NFP	37 €	
		[2 et 6 ans	CS+MEP+NFE	32 €	
[6 et plus		CS+NFE	28 €	si pédiatre traitant	
	CS+MPC+MCS	30 €	si ce n'est pas le pédiatre traitant		

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1ère année	11 examens : -dans les 8 jours qui suivent la naissance -au cours de la 2e semaine -avant la fin du 1er mois -1 fois par mois entre le 2e et le 6e mois (5 examens) -au cours des 9e, 12e et 13e mois
Au cours de la 2e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24e ou du 25e mois
De la 3e à la 6e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Les codes agrégés facturables par les médecins

Les médecins généralistes

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité CSO	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant</p> <p>Quand ? Possibilité de facturer 2 fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste CSE	<p>Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA)</p> <p>Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées / réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.</p> <p>Quand ? Une seule fois par an</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant CTE	<p>Quel patient ? Un enfant présentant des signes inhabituels du développement</p> <p>Comment ? Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</p> <p>Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne ; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de la relation mère-enfant</p> <p>Quand ?</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ASE	<p>Quel patient ? Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant</p> <p>Comment ? Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)</p> <p>Quand ? 1 fois</p>	CCX = 46 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH MPH	<p>Quel patient ? Patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH</p> <p>Comment ? Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. +/- Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints</p> <p>Quand ? Facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Non facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>
Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère MPH	<p>Quel patient ? Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.</p> <p>Comment ? D'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère.</p> <p>Quand ? Facturable par les deux médecins après échanges d'information</p>	CCE = 60 € <i>Facturée à tarif opposable</i>

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

**Majoration pour
information Initiale et
mise en place Stratégie
thérapeutique**

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave :
cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à
caractère chronique, pathologie neurodégénérative, ou d'un
trouble du neuro-développement

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **MIS (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **MIS (30 €)** = 55 €

**Prise en charge
Infection VIH**

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection
VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations
thérapeutiques inscrites dans le dossier médical

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de
l'initiation de la prise en charge

MTX

0 à moins de 6 ans

G ou GS + MEG + **PIV (30 €)** = 60 €

6 ans et plus

G ou GS + **PIV (30 €)** = 55 €

Les pédiatres

Code facturation affiné



Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé



Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Consultation Suivi Obésité

CSO

Quel patient ?

Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant

Comment ?

Entretien de l'enfant et de sa famille / recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique / explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne / inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois par an maximum

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Suivi de Maternité

CSM

Quel patient ?

Nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique

Comment ?

Suivi spécifique

Quand ?

Possibilité de facturer entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour suivant la naissance

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable
La MBB est supprimée

Consultation annuelle de Suivi de l'Enfant autiste

CSE

Quel patient ?

Les enfants atteints d'autisme (TSA)

Comment ?

En lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- Réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, au regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ;
- Réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ;
- Conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- Inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Quand ?

Une seule fois par an

CCX = 46 €

Facturée à tarif opposable

Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme

CTE

Quel patient ?

Un enfant présentant des signes inhabituels du développement

Comment ?

Réalisation :

- D'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel,
- Des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf. détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP). Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^{ème} ligne chargée de le coordonner / retour au médecin traitant

Quand ?

Une consultation au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Enfant Pathologie Handicap

EPH

Quel patient ?

Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier

Comment ?

Le suivi somatique, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant

Quand ?

Possibilité de facturer une fois par trimestre au plus par patient

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable

Consultation Grand Prématuré

CGP

Quel patient ?

Enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave

Comment ?

Suivi moteur, sensoriel et neuropsychologique de l'enfant / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer 2 fois au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant

CCE = 60 €

Facturée à tarif opposable
La MPP est supprimée

Code facturation affiné

Saisir si solution à jour
(solution cible)

Code agrégé

Saisir si solution non à jour
(solution transitoire)
ou sur FSP

Exemple

Majoration Suivi Prématurés	Quel patient ? Enfant de moins de 7 ans	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Comment ? Réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuropsychologique / conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique / inscrit ses conclusion dans le carnet de santé de l'enfant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MSP (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois par an		Enfant de 6 ans CS + MPC + MCS + MSP (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MSP (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MSP			
Trouble du Comportement Alimentaire	Quel patient ? Première consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) / met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) / élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + TCA (16 €) = 48 €
	Quand ? Possibilité de facturer une seule fois lors de la première consultation		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + TCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + TCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
TCA			
Majoration Consultation Asthme déstabilisé	Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCA (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre ayant des compétences en pneumologie		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCA (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCA (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCA	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an + ou – en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge		
Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés	Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + MCT (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre ayant des compétences en neurologie		Enfant de 6 à 16 ans CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 € OU CS + NFE + MCT (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
MCT	Quand ? Possibilité de facturer 4 fois au plus par an et par patient		
Prise en charge Pathologies Neurologiques	Quel patient ? Patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement	MCX	Enfant de 0 à 2 ans CS + NFP + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour médecin traitant		Enfant de 2 à 6 ans CS + NFE + MEP + PPN (16 €) = 48 €
	Qui ? Pédiatre avec compétence spécifique en neurologie		Enfant de 6 ans et plus CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46 € OU CS + NFE + PPN (16 €) = 44 € <i>Si le pédiatre est le médecin traitant</i>
PPN	Quand ? Possibilité de facturer une fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique		

Code facturation affiné

Majoration pour information initiale et mise en place stratégie thérapeutique

MIS

Quel patient ?

Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient

Code agrégé

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **MIS (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **MIS (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **MIS (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

Exemple

Prise en charge Infection VIH

PIV

Quel patient ?

Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH

Comment ?

Information et organisation de la prise en charge / orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour médecin traitant

Quand ?

Possibilité de facturer une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge

MTX

Enfant de 0 à 2 ans

CS + NFP + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 2 à 6 ans

CS + NFE + MEP + **PIV (30 €)** = 62 €

Enfant de 6 ans et plus

CS + MPC + MCS + **PIV (30 €)** = 60 €
OU
CS + NFE + **PIV (30 €)** = 58 €
Si le pédiatre est le médecin traitant

LA TELEMEDECINE

	Description de l'acte	Catégorie	code acte	tarif	
Téléconsultation	Acte de téléconsultation	Médecin généraliste	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Pédiatre	TC	23 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient
		Sage-femme	TCG	25 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient à l'exclusion de la majoration conventionnelle MSF.
	Actes à distance		TSF	2.80 €	Les majorations associées s'appliquent dans les mêmes conditions que pour ces actes réalisés en présence du patient
	Téléconsultation de recueil de consentement pour lvg médicamenteuse	Médecin généraliste	JC	25.00 €	
Télé-expertise	demande de télé-expertise	Médecin généraliste	RQD	10 €	
		Pédiatre	RQD	10 €	
		Sage-femme	RQD	10 €	
	Télé expertise de niveau 2	Médecin généraliste	TE2	20 €	
		Pédiatre	TE2	20 €	
		Sage-femme	TE2	20 €	

IVG MEDICAMENTEUSE

LES ACTES

Code prestation	Libellé	Tarif
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de recueil de consentement	25 €
JC (spécialité 01 et sagesfemmes) ou JCS (spécialité 07)	Téléconsultation de recueil de consentement	25 €
FPB	Investigations biologiques préalables	69.12 €
IPE	Investigations échographiques préalables	35.65 €
FHV	2 consultations pour administration des médicament	50 €
FMV	Coût TTC des médicaments	83,57€ <i>jusqu'à la 6ème semaine de grossesse</i> 96,53€ <i>la 6ème et la 7ème semaine de grossesse</i>
IC(spécialité 01 et sagesfemmes) ou ICS (spécialité 07)	Consultation de contrôle	25 €
IVE	Vérification par méthode échographique : (L'échographie ne se cumule pas avec la consultation ultérieure de contrôle)	30.24 €

CONFIDENTIALITE

NIR fictif	NIR fictif Ille-et Vilaine	
2 55 55 55 XXX 030/XX	2 55 55 351 030 /08	indiquer la date de naissance réelle

Contraception assurés de moins de 26 ans – Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des assurés sociaux quel que soit leur sexe et jusqu'à 25 ans inclus. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ La **première consultation de contraception/prévention santé sexuelle** (cotée CCP) prise en charge à 100%,

Modalités de facturation : pour la CCP pas d'utilisation du code exonération 3 (DIV)

Pour une assurée jeune femme consultation réalisée par un médecin ou sage-femme.

Pour un assuré jeune homme, consultation réalisée par un médecin.

→ **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception,

→ **Une consultation annuelle, à partir de la 2^{ème} année de contraception, (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits une contraception ou des examens de biologie médicale en vue d'une contraception,

→ **Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif,**

→ **Pour les contraceptifs médicamenteux, certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire,

→ **Les contraceptifs remboursables.**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret pour les mineurs (fille ou garçon). Si le/la mineur(e) le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MINEURS	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que l'assuré bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et, le cas échéant des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge du/de la mineur(e) + « contraception mineurs ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> Le/la mineur(e) est immatriculé personnellement et vous présente sa carte Vitale*** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La mineur(e) présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si il/elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré mineur (ou de l'ouvrant droit) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur. Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> Le/La mineur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX et 1 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de l'assuré mineur Nature d'assurance maladie 10 (AS/10)

Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP)
Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement

***ou attestation de droits.

SITUATIONS POSSIBLES POUR LES MAJEURS	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires le cas échéant	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u>
<u>Hypothèse 1</u> Le/la majeur(e) vous présente sa carte Vitale	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> Le/La majeur(e) n'a pas en sa possession sa carte Vitale mais présente l'attestation papier	Feuille de soins : FSE en mode dégradé ou FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****
Ou n'a pas en sa possession ni sa carte Vitale ni son attestation	FSP Facturation ISOLE NIR de l'assuré (à renseigner par l'assuré sur la FSP) Nature d'assurance maladie 10 (AS/10) Code exo 3 – 100% pour les consultations standards (sauf CCP) ****

**** la pratique du tiers payant reste préconisée selon les modalités habituelles :

Dispense d'Avance des Frais (DAF)

Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en application de la convention signée le ----

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le département recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection maternelle et Infantile,
- de la planification et de l'éducation familiale,

qui font l'objet d'une participation financière de l'assurance maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse. Les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la dispense d'avance des frais. La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'assurance maladie.

Le présent protocole, qui est annexé à la convention signée entre le Conseil Départemental et la caisse fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) représentés par le Conseil Départemental de ont la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 2 : Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, les centres de PMI doivent se doter :

- d'un équipement informatique, permettant la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM VITALE publié par le GIE SESAM VITALE, et sous réserve que le logiciel soit agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie ou que l'équipement soit homologué par le GIE SESAM VITALE,

- de cartes de la famille CPS émise par l'ASIP Santé,
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement.

Article 3 : Liberté de choix du réseau

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet conforme aux spécifications SESAM Vitale.

Le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental représentant la PMI a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de cette entité qui doit conclure un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Départemental doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Départemental doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Article 5 : Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique aux centres de PMI représentés par le Conseil Départemental signataire de cette convention ainsi qu'aux assurés selon les règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges SESAM Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE complétées par les dispositions de la présente convention.

Les assurés devront effectuer régulièrement la mise à jour annuelle de leur carte Vitale selon les dispositions réglementaires en vigueur.

La transmission des feuilles de soins électroniques s'effectue dans les délais réglementairement prévus (8 jours en cas de tiers payant).

Article 6 : Traitement des incidents

- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques :

dans le cas où le centre de PMI n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique matériel ou logiciel, il télétransmet une feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » dont la signature n'est apportée que par la seule carte du professionnel de santé.

Parallèlement, la PMI adresse aux caisses les feuilles de soins correspondantes sous forme papier.

Dans ce cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale.

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, la PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une FSE dans les conditions décrites à l'article R 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si la PMI n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, la PMI établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la FSE.

Pour cela, le centre de PMI utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par la PMI à la caisse après avoir été signé par le praticien et l'assuré (sauf impossibilité).

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 7 : Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

Validité de la carte d'assurance maladie :

Afin de préserver l'accès aux soins et particulièrement la dispense d'avance des frais et d'assurer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par la PMI via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de PMI qui s'installent ou qui veulent s'informatiser sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au dépannage informatique),
- pour apporter aux centres de PMI toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM Vitale,
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM Vitale imposées par la réglementation et par les changements techniques.

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM Vitale,
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce dans les 18 mois suivants la publication de ce dernier ; dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour,
- pour disposer sur le poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur,
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

<p style="text-align: center;">SAINT-MALO</p> <p style="text-align: center;">12 bd de la Tour d'Auvergne 35400 SAINT-MALO Tél : 02 22 93 66 70 cdas-stmalo@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS MALOUIN</p> <p style="text-align: center;">10 rue du Clos de la Poterie 35430 SAINT-JOUAN DES GUERETS Tél : 02 22 93 66 00 cdas-paysmalouin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">SEMNON</p> <p style="text-align: center;">Parc d'Activités Château Gaillard 14 Rue de la Seine 35470 BAIN DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.93.30 cdas-semnon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">SAINT-AUBIN D'AUBIGNE</p> <p style="text-align: center;">1 rue de l'Etang 35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE Tél : 02.99.02.37.77 cdas-staubin@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE VITRE</p> <p style="text-align: center;">6 bd Irène Joliot Curie - CS 10201 35506 VITRE Cedex Tél : 02.90.02.92.10 cdas-vitre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">PAYS DE LA ROCHE AUX FEES</p> <p style="text-align: center;">28 rue Nantaise 35150 JANZE Tél : 02 22 93 68 00 cdas-rocheauxfees@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE EST</p> <p style="text-align: center;">Village des Collectivités 2 avenue de Tizé 35235 THORIGNE FOUILLARD Tél : 02.99.02.20.20 cdas-crest@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">COURONNE RENNAISE SUD</p> <p style="text-align: center;">1 rue Madame de Janzé 35131 CHARTRES DE BRETAGNE Tél : 02.22.93.68.40. cdas-crsud@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">CHAMPS MANCEAUX</p> <p style="text-align: center;">Espace Social et Culturel Aimé Césaire 15 rue Louis et René Moine 35200 RENNES Tél : 02.99.02.48.88 cdas-champsmanceaux@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE</p> <p style="text-align: center;">7 bd de Yougoslavie 35200 RENNES Tél : 02.90.02.77.20 cdas-blosne@ille-et-vilaine.fr</p>
<p style="text-align: center;">PAYS DE COMBOURG</p> <p style="text-align: center;">Square Emile Bohuon 35270 COMBOURG Tél : 02.90.02.77.00 cdas-combourg@ille-et-vilaine.fr</p>	<p style="text-align: center;">DE LA BAIE</p> <p style="text-align: center;">1 rue des Tendières 35120 DOL DE BRETAGNE Tél : 02.90.02.76.50 cdas-baie@ille-et-vilaine.fr</p>

<p>MARCHES DE BRETAGNE 1 rue Albert Camus 35460 MAEN-ROCH Tél : 02 22 93 64 60 cdas-marchesdebretagne@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>PAYS DE FOUGERES 88 rue de la Forêt 35300 FOUGERES Tél : 02 22 93 65 40 cdas-fougeres@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE REDON 9 rue de la Gare 35600 REDON Tél : 02 22 93 66 50 cdas-redon@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>MAUREPAS-PATTON 11 C place du Gros Chêne 35700 RENNES Tél : 02.90.02.77.77 cdas-maurepas@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>RENNES CENTRE 7 rue Kléber 35000 RENNES Tél : 02.99.02.30.35. cdas-rennescentre@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>VILLEJEAN NORD ST MARTIN 42 bd J. F. Kennedy 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.10 cdas-villejean@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE GUICHEN 18 rue du Commandant Charcot 35580 GUICHEN Tél : 02 22 93 66 60 cdas-guichen@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>COURONNE RENNAISE NORD OUEST 4 bd Dumaine de la Jossierie 35740 PACE Tél : 02 22 93 67 50 cdas-crno@ille-et-vilaine.fr</p>
<p>PAYS DE BROCELIANDE 26 bd Carnot 35160 MONTFORT SUR MEU Tél : 02 22 93 64 00 cdas-broceliande@ille-et-vilaine.fr</p>	<p>CLEUNAY SAINT-CYR 25 rue Noël Blayau 35000 RENNES Tél : 02.99.02.20.13 cdas-cleunay@ille-et-vilaine.fr</p>

vaccination - volet de facturation

PMI*(article L. 160-8 5° du Code de la sécurité sociale)*

cet imprimé est spécifiquement réservé aux professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile
ayant délivré un vaccin à un enfant de moins de six ans ou à une femme suivie en PMI pour sa grossesse

bénéficiaire de la vaccination et assuré(e)● **bénéficiaire de la vaccination**

nom et prénom	
numéro d'immatriculation	_____
date de naissance	____/____/____

● **assuré(e)** (à compléter si le bénéficiaire de la vaccination n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom	
numéro d'immatriculation	_____
<small>nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste</small>	

● **adresse de l'assuré(e)**

CPAM (code 1) MSA (code 2) RSI (code 3) SLM (code 4)

vaccin

vaccin délivré	code CIP	date de vaccination	prix du vaccin délivré
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€
		____/____/____	€

paiement● **montant total** _____ €l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire **identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom	raison sociale
	adresse
identifiant _____	n° structure (FINESS) _____

signature du médecin ou de la sage-femme

signature de l'assuré(e)

date _____

Annexe 5 : liste des personnes
habilitées pour la PMI

Nom	Prénom	Titre
Ablain	Elise	Directrice Enfance Famille
Brossay	Evelyne	Cheffe de service PMI Accueil Petite Enfance
Brulat	Romane	Directrice Adjoint Enfance Famille
Faligot	Anne	Cheffe de service PMI Parentalité
Gindt-Ducros	Agnès	Médecin Départemental

Eléments financiers

Commission permanente
du 28/08/2023

N° 48415

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	300 000 €