

**Convention de financement et de partenariat
entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Département**

Convention établie pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- des activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- des activités de santé sexuelle.

Conclue entre :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ile-et-Vilaine, située cours des alliés à Rennes,

Représentée par le Directeur, Monsieur Jean-Baptiste CALCOEN.

Ci-après dénommée « la CPAM »

D'une part,

Et

Le Département d'Ile-et-Vilaine, situé 1 avenue de la Préfecture à Rennes,

Représenté par le Président du Conseil départemental, Monsieur Jean-Luc CHENUT, autorisé à signer par décision de la commission permanente du 16 juin 2025.

Ci-après dénommé « le Département »

D'autre part

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°, et 3° 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 (service de PMI), 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 ou déjà financée dans le cadre des compétences propres du Département.

Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 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'Aide Médicale de l'Etat (AME) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) participative et non participative.

Article 2 – Etablissements concernés

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 1 par le Département à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et mise à jour en tant que de besoin. Le Département en tant qu'établissement de santé est identifié sous un seul et unique numéro FINESS : 350048765.

TITRE I ACTIVITES REALISEES AU TITRE DE LA 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 Caisse Primaire d'Assurance Maladie sont déterminées en référence aux codes de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 – Les bénéficiaires concernés

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 Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 – Les prestations prises en charge

L'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'Assurance Maladie sont recensées dans le « tableau récapitulatif des actes et des prestations pris en charge par l'Assurance Maladie » joint en annexe 2. Il est mis à jour en tant que de besoin par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et transmis au Département par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

Article 5 – Principes de prise en charge

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie 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,
- sur la base du taux de prise en charge lié aux différents actes,
- dans la limite de 65% du prix public TTC réglementé et applicable en officine pour les vaccins inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, à l'exception :
 - o des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu : vaccin Rougeole Rubéole Oreillons pour les enfants de moins de 6 ans et vaccin contre la grippe saisonnière pour les enfants et les femmes enceintes concernés par les recommandations vaccinales.
 - o des vaccins qui n'ont pas de prix, exemple le BCG. La situation est examinée au cas par cas.

Article 6 – Désignation d'une sage-femme référente

Le statut de sage-femme référente a été prévu par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite « loi Rist ») et précisé par décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023.

Afin que les femmes enceintes suivies pour leur grossesse par une sage-femme de PMI bénéficient des mêmes prestations que celles suivies en libéral, elles ont la possibilité de désigner leur sage-femme de PMI comme sage-femme référente **dès lors que la sage-femme de PMI exerce les missions dévolues à la sage-femme référente**. Ce dispositif bénéficie aux assurées sociales et ayant droits.

6.1. Le rôle de la sage-femme référente

La sage-femme référente réalise elle-même la majorité des rendez-vous du parcours de la grossesse et du suivi post natal (en particulier le bilan prénatal, l'entretien prénatal précoce, les examens pré et post-nataux, le cas échéant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les séances de rééducation périnéale...). Si elle ne réalise pas elle-même ces rendez-vous, elle rappelle à sa patiente l'importance de ces rendez-vous et l'oriente le cas échéant pour sa prise en charge en assurant la transmission d'informations à ce titre.

La sage-femme référente :

- A un rôle de prévention vis-à-vis de sa patiente tout au long de sa grossesse et après la naissance ;
- Fait le lien avec la maternité et veille à ce que la femme ait bien pour elle et le nouveau-né un suivi à domicile programmé et réalisé à sa sortie de maternité ;
- Est en charge de la coordination des soins de la patiente et assure à ce titre l'alimentation de "Mon espace Santé" (avec l'accord de la patiente) pour les soins qu'elle réalise ;
- Fait le lien avec le médecin traitant, l'informe notamment sur la sortie de la patiente de la maternité ou, le cas échéant, en cas de difficultés ;
- Réalise le suivi médical du nouveau-né ou rappelle à sa patiente l'importance de ce suivi et l'oriente le cas échéant vers un autre professionnel de santé en assurant la transmission d'informations à ce titre ;
- Informe la patiente de ses droits et des démarches administratives durant la période périnatale nécessaires à leur obtention.

6.2. Modalités de déclaration de la sage-femme référente

L'accord entre la sage-femme de PMI et l'assurée est formalisé au moyen d'un formulaire Cerfa spécifique (annexe 3). Il est à compléter et à signer par la sage-femme et l'assurée. La version imprimable de ce formulaire est mise à disposition sur ameli.fr et peut, le cas échéant être demandé à la CPAM.

La sage-femme de PMI peut être déclarée comme référente par l'assurée au plus tard avant la fin du 5^e mois de grossesse de la patiente.

Le formulaire doit être établi avant la fin du 5^{ème} mois de grossesse de la patiente au cours d'un rendez-vous de suivi :

- L'assurée envoie son exemplaire dûment complété, daté et signé des deux parties, à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie de rattachement afin que cette information y soit archivée.

Il est à noter que l'envoi du document est déterminant pour la rémunération forfaitaire. Chaque CPAM tient un tableau de la volumétrie de formulaires réceptionnés, ainsi que le nombre total de sages-femmes référentes associées.

- La sage-femme référente conserve son exemplaire.

La patiente peut également renseigner le nom de sa sage-femme référente dans son profil médical de « Mon espace santé », rubrique « Mes professionnels de santé ». La sage-femme référente s'en assurera auprès d'elle.

6.3. Modalités de facturation de la mission de la sage-femme référente

Le dispositif sage-femme référente est valorisé à hauteur de 45 euros **par suivi de grossesse**.

La sage-femme référente établit sa facturation soit via une feuille de soins électronique (FSE) ou une feuille de soins papier (FSP) **dans les 12 jours suivant l'accouchement en cotant le forfait : SFR.**

Le forfait est facturable une seule fois et il est pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité.

Cas particuliers :

- Si la patiente change de sage-femme référente au cours de la grossesse avant la fin du 5^{ème} mois et qu'elle déclare comme nouvelle référente :
 - o une autre sage-femme exerçant au sein de la même PMI, le forfait sera bien versé au Département ;
 - o une sage-femme exerçant dans une autre PMI, le forfait sera versé au Département de rattachement de la dernière sage-femme référente déclarée ;
 - o une sage-femme libérale ou exerçant dans un centre de santé, seule la dernière sage-femme référente déclarée bénéficiera du forfait ;
- Si la patiente décide de ne plus avoir de sage-référente (manifestation expresse de l'assurée via un courrier ou un mail à sa CPAM, dans ce cas un commentaire sera apposé sur le Cerfa archivé par la caisse), le forfait de suivi ne sera pas versé au Département ;
- En cas de décès de la mère, de l'enfant, d'interruption de grossesse après la fin du 5^{ème} mois : le forfait de suivi pourra être versé au Département.

6.4. Rôle de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

La CPAM :

- Accompagne la PMI dans la mise en œuvre de ce dispositif,
- Traite les formulaires Cerfa,
- Suit la volumétrie des formulaires reçus,
- Verse le forfait SFR au Département.

Article 7 – Modalités de facturation

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

7.1. Support électronique

La facturation des prestations sur supports électroniques est la règle. En cas de difficultés techniques, le Département est invité à se rapprocher de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 4).

En cas de télétransmission en flux dégradé, les pièces justificatives (les feuilles de soins sous format papier) sont à adresser à l'adresse : CPAM d'Ille et Vilaine - TSA 99998 - 35 024 Rennes Cedex 9.

7.2. Support papier

En cas d'impossibilité de télétransmettre, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

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,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins
- la signature de l'assuré ou à défaut complétude de la case « impossibilité de signer »
- la codification des actes et prestations réalisées ainsi que la date de réalisation.

Ces documents sont adressés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à l'adresse suivante : CPAM Cours des Alliés 35024 Rennes Cedex 9 selon la périodicité mensuelle et impérativement dans le délai de prescription.

7.3 Modalités particulières de facturation des vaccins :

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 5.

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,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins,
- la codification des actes et prestations réalisés.

Ces documents sont adressés mensuellement à la CPAM à l'adresse suivante : TSA 99998 35 024 Rennes Cedex 9.

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

Dans des cas exceptionnels, lorsque le patient ne peut réaliser les actes dans des structures publiques ou privées, si la PMI peut déléguer 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, elle peut en obtenir le remboursement, par la CPAM 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.

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

La liste des personnes habilitées par le Président du Département à attester du service fait est précisée en annexe 6 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 nouvel avenant à la présente convention.

TITRE II ACTIVITES REALISEES AU TITRE DE LA SANTE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de promotion en santé sexuelle mises en œuvre par le Département au sein des centres de santé sexuelle en régie directe. Les prestations prises en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 8 – Les bénéficiaires concernés

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 (AME), affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 9 – Les prestations prises en charge

L'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'Assurance maladie sont recensées dans le « tableau récapitulatif des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie » joint en annexe 2. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

Article 10 – Les principes de prise en charge

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie 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 réalisée hors établissements de santé, conformément aux textes réglementaires en vigueur relatifs aux forfaits afférents à l'IVG.

Article 11 – Les modalités de facturation

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

11.1. Support électronique

La facturation des prestations sur supports électroniques est la règle. En cas de difficultés techniques le Département est invité à se rapprocher de la Caisse Primaire d'Assurance maladie.

Un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 4).

En cas de télétransmission en flux dégradé, les pièces justificatives (les feuilles de soins sous format papier) sont à adresser à l'adresse : CPAM d'Ille et Vilaine - TSA 99998 - 35 024 Rennes cedex 9.

11.2. Support papier

En cas d'impossibilité de télétransmettre, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles réglementaires ou établis spécifiquement.

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,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, en l'absence de procédure du respect de l'anonymat spécifiquement prévue,
- la signature de l'assuré ou à défaut complétude de la case « impossibilité de signer »
- la codification des actes et prestations réalisées ainsi que la date de réalisation.

Ces documents sont adressés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à l'adresse suivante : CPAM Cours des Alliés 35024 Rennes Cedex 9 selon la périodicité mensuelle et impérativement dans le délai de prescription soit 2 ans et le trimestre civil en cours.

11.3. Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat (annexe 7).

11.3.1 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse réalisées hors établissements de santé

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.**

- Le tiers payant doit être systématiquement appliqué par les professionnels de santé mettant en œuvre l'IVG, sauf opposition contraire de l'assuré.
- Le respect de l'anonymat doit être garanti avec, de façon transitoire le recours aux NIR fictifs figurant dans l'annexe 7 associé à la date de naissance réelle de l'assuré.
- La facturation en mode SESAM sans Vitale à titre dérogatoire est autorisée dans l'attente de l'évolution des textes. Dès lors, le Département devra mettre à jour son logiciel SESAM-Vitale.

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 Primaire d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

11.3.2 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'examens de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'Assurance Maladie.

Le Département établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 Cnam IST joint en annexe 8, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patient.es assuré.es social.es, ayants droit ou bénéficiaires de l'AME**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

11.3.3 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 à titre exceptionnel dans les conditions prévues à l'article 7.4 de la présente convention.

TITRE III AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE
--

Article 12 – Actions visées

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 Primaire 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 et tiennent compte des priorités définies au niveau national et régional.

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

12.1.1 Vaccinations et prévention des maladies infectieuses conformément au calendrier des vaccinations obligatoires et recommandées :

- 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** avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
- vaccination **des femmes enceintes contre la grippe saisonnière** et le Covid-19, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'Assurance maladie,
- vaccination **des femmes enceintes contre la coqueluche**,
- information des femmes enceintes et des familles de jeunes enfants sur la prévention de **la bronchiolite**.
- vaccination HPV des adolescents filles et garçons entre 11 et 14 ans ou rattrapage vaccinal entre 15 et 19 ans conformément au calendrier vaccinal et aux âges pris en charge par l'Assurance Maladie et selon les compétences de la PMI.

12.1.2 Périnatalité et soutien à la parentalité :

- Amélioration de la périnatalité, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité (promotion et réalisation du bilan de prévention, de l'entretien prénatal précoce et de l'entretien postnatal précoce).

Ce partenariat s'inscrit, notamment, dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, d'une collaboration pour l'organisation et l'animation des ateliers collectifs santé et prévention.

Sur ces thématiques, une participation financière spécifique de l'Assurance Maladie peut être envisagée notamment dans le cadre de l'appel à projets annuel sur le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information sanitaire (FNPEIS).

12.1.3 Prévention du surpoids et de l'obésité infantile :

- prescription de la prise en charge pluridisciplinaire prévue par le dispositif « Mission Retrouve Ton Cap » (MRTC) pour les enfants de 3 à 12 ans repérés à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe ; et orientation des enfants et de leur famille vers une structure référencée MRTC (maison de santé pluri professionnelle ou centre de santé) pouvant dispenser la prise en charge prescrite. La liste des structures référencées mise à jour régulièrement, est disponible sur ameli.fr.

12.1.4 Addictions et mésusage des écrans :

- Développement du repérage et de l'accompagnement à la prévention des consommations à risque, du syndrome d'alcoolisation fœtale et du mésusage des écrans pour les femmes enceintes et les enfants accompagnés en PMI. Ces actions peuvent s'inscrire dans le cadre d'un appel à candidature adressé aux conseils départementaux et financé sur le Fond de Lutte Contre les Addictions.

Par ailleurs, l'Assurance maladie fait bénéficier les professionnels de santé de la PMI des outils et actions conçus pour les professionnels libéraux sur des thématiques de prévention et promotion de la santé, par exemple, visites des délégués de l'Assurance maladie.

12.2 : Au niveau local

12.2.1 : le 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, chaque maternité et l'ensemble des futures mères

La CPAM s'engage auprès de la PMI à :

- Favoriser le rapprochement des patients vers leur centre de PMI.

- Promouvoir l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) auprès des professionnels de santé et des assurés.
- Transmettre des résultats d'indicateurs maternité pour le département d'Ille et Vilaine.

12.2. : 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 et enfants 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 des 16 examens de suivi médical de l'enfant de moins de 6 ans et rendues nécessaires pour l'adaptation au calendrier vaccinal.

TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES

Article 13 – Mise en œuvre de la convention

Le Département et la Caisse Primaire 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 systématiser l'informatisation des centres de PMI et à généraliser la télétransmission de l'ensemble des actes réalisés en PMI pouvant faire l'objet d'une facturation à l'Assurance maladie. Le service de PMI peut utiliser l'application ADRI (**Acquisition des Droits intégrés**) afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires et à accompagner le service de PMI notamment dans la connaissance de la codification en vigueur.

Article 14 – Promotion du parcours de soins

Les professionnels de santé de PMI s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, les professionnels de santé de la PMI se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assurent la transmission des informations nécessaires à ces derniers. Ils assurent l'information, auprès des familles, sur l'intérêt de désigner un médecin traitant pour eux ou leur enfant et d'activer leur Espace Santé ou celui de leur enfant.

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé. Il permet aux parents de retrouver en un seul et même endroit, sûr et facile d'accès, toutes les informations de santé : carnet de vaccination, traitements, résultats d'examens, radios, ordonnances...

Article 15 – Accès aux droits et aux soins

La CPAM et le service de PMI s'engagent :

- à développer l'accès aux droits (droits de base PUMA, complémentaire santé solidaire, AME, soins urgents...) des personnes, enfants et parents, reçus par les services des PMI,
- à mettre en place un accompagnement permettant l'information des consultants et la fluidité des circuits d'instruction des droits,
- à proposer aux assurés, en renoncement aux soins, les services développés par l'équipe dédiée de la caisse MISSION Accompagnement Santé (MISAS) gérant l'accès aux soins.

Article 16 - Télétransmission

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention (annexe 4).

Article 17 – Paiement au Département

Les règlements sont effectués à :

- Identité : Paierie Départementale d'Ille et Vilaine
- Code Banque : 30001
- Code Guichet : 00682
- N° Compte : C3550000000
- Clé RIB :84

- IBAN : FR 92 3000 1006 82 C3 5500 0000 084
- BIC : BDFEFR PPCCT

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 18 – Contrôle des règlements

La Caisse Primaire 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 CPAM pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont il est à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 19 – Suivi et évaluation

Le Département et la Caisse Primaire 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 (taux de rejets, délai de facturation) qualité et délai du règlement et actions mises en œuvre ou à mettre en œuvre pour systématiser la télétransmission),
- Les montants remboursés au service de PMI par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le service de PMI et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'acquiescer une couverture sociale,
- 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.

Une rencontre annuelle sera organisée par la CPAM au cours du 1^{er} trimestre N+1.

Article 20 – Date d'effet et durée de la convention

La présente convention est signée pour une durée de 3 ans et prend effet à compter de la date de signature.

Elle sera renouvelée ensuite par tacite reconduction par période de 3 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 21 – Résiliation

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 22 – Règlement 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 2025 en deux exemplaires originaux.

Pour « la Caisse Primaire d'Assurance Maladie »

Pour le « Département »

Le Directeur
Jean-Baptiste CALCOEN

Le Président du Conseil départemental
Jean-Luc CHENUT

NOM DU SITE / SERVICE	Adresse	Téléphone
Cdas Rennes Centre	7 rue Kléber - 35000 Rennes	02 99 02 30 35
Cdas Maurepas-Patton	ESC Simone Iff - 12 bis rue Guy Ropartz - 35700 Rennes	02 90 02 77 77
Cdas Villejean Nord St Martin	42 boulevard JF Kennedy - 35000 Rennes	02 99 02 20 10
Cdas Cleunay Saint-Cyr	25 rue Noël Blayau - 35000 Rennes	02 99 02 20 13
Cdas Champs Manceaux	ESC Aimé Césaire - 15 rue Louis et René Moine - 35200 Rennes	02 99 02 48 88
Cdas Francisco-Ferrer Le Blosne	7 boulevard de Yougoslavie - 35200 Rennes	02 90 02 77 20
Cdas Couronne Rennaise Nord Ouest	4 boulevard Dumaine de la Jossierie - 35740 Pacé	02 22 93 67 50
Cdas Couronne Rennaise Est	Village des Collectivités - 2 avenue de Tizé - 35235 Thorigné Fouillard	02 99 02 20 20
Cdas Couronne Rennaise Sud	1 rue Madame de Janzé - 35131 Chartres de Bretagne	02 22 93 68 40
Cdas Saint Aubin d'Aubigné	1 rue de l'Etang - 35250 Saint Aubin d'Aubigné	02 99 02 37 77
Cdas Pays de Vitré	6 boulevard Irène Joliot Curie - CS 10201 - 35506 Vitré Cédex	02 90 02 92 10
Cdas Pays de la Roche aux Fées	28 rue Nantaise - 35150 Janzé	02 22 93 68 00
Cdas du Pays de Brocéliande	26 boulevard Carnot - 35160 Montfort sur Meu	02 22 93 64 00
Cdas du Pays de Guichen	18 rue du Commandant Charcot - 35580 Guichen	02 22 93 66 60
Cdas du Semnon	Parc d'Activité Château-Gaillard - 14 rue de la Seine - 35470 Bain de Bretagne	02 90 02 93 30
Cdas du Pays de Redon	9 rue de la Gare - 35600 Redon	02 22 93 66 50
Cdas Marches de Bretagne	ESC Eugénie Duval - 1 rue Albert Camus - 35460 Maen Roch	02 22 93 64 60
Cdas du Pays de Fougères	88 rue de la Forêt - 35300 Fougères	02 22 93 65 40
Cdas Saint-Malo	12 boulevard de la Tour d'Auvergne - 35400 Saint-Malo	02 22 93 66 70
Cdas Pays Malouin	10 rue du Clos de la Poterie - 35430 Saint Jouan des Guérets	02 22 93 66 00
Cdas Pays de Combourg	Square Emile Bohuon - 35270 Combourg	02 90 02 77 00
Cdas de la Baie	1 rue des Tendières - 35120 Dol de Bretagne	02 90 02 76 50

PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ACTIONS RÉALISÉES PAR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Actions de protection maternelle et infantile

Document mis à jour en Mars 2024

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

Actions de prévention concernant les futurs parents

Consultation pré-nuptiale L2112-2, L2112-7 du Code de la Santé Publique (CSP)	Futurs conjoints souhaitant bénéficier d'un examen médical avant de se marier	Consultation	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹
Examens prénataux systématiques L2112-2, L2112-7, L2122-1, R2122-1, R2122-2 du CSP	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	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF
		3 échographies proposées systématiquement	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70% 3 ^{ème} : 100%	CCAM	Médecin et sage-femme Cf. cotations sur les échographies CCAM
		1 bilan de prévention prénatal réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24 ^{ème} semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	CCAM Décision UNCAM du 19/12/2019	Sage-femme : SF 12,6
		1 Entretien Prénatal Précoce (EPP)	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS, Arrêté du 03/12/2004, Décision UNCAM du 05/02/2008, Décision UNCAM du 28/03/2022.	Médecin : 2,5 C Sage-femme : SF 15
		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 3/12/04, Décision UNCAM du 05/02/08, Décision UNCAM du 28/03/22.	Médecins : • Séances dispensées jusqu'à 3 personnes simultanément (par patiente) : 2 C • Séances dispensées à plus de 3 personnes simultanément et jusqu'à un maximum de 6 personnes (par patiente) : 0,9 C Sage-femme : • Séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : SF12 • Séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : SF11,6 • Séances dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de 6 personnes ou couples, la séance par patiente ou couple : SF6
Examens médicaux intercurrents en cas de besoin	Femmes enceintes	Consultation ou visite à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	• Médecin généraliste : G ; VG • Médecin spécialiste : CS ¹ ; VS ¹ Sage-femme • Au cabinet : C + MSF • Visites à domicile : 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 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois	Titre XI Article 2 de la NGAP	Sage-femme : 9 SF
Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	Examen de suivi en cabinet ou à domicile	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} 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	Sage-femme • grossesse unique : 15,6 SF • grossesse multiple : 22,6 SF

*+/- majorations associables selon la spécialité du médecin prévus en NGAP et dans la convention médicale.

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. À réaliser à partir de la 24 ^{ème} 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, Décision UNCAM 28/03/22	Sage-femme : • grossesse unique : 12,5 SF • grossesse multiple : 19,5 SF
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	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹
Suivi postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Couple mère/enfant	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 12 ^{ème} jour après l'accouchement	Chapitre II NGAP, L.162-1-11 du CSS, Décret n° 2012-1249 du 09/12/12.	Sage-femme Pour un enfant : • les deux premiers forfaits : 16,5 SF • les autres forfaits : 12 SF Pour deux enfants ou plus : • les deux premiers forfaits : 23 SF • les autres forfaits : 17 SF Majoration sortie précoce applicable sur le 1er forfait journalier : DSP (uniquement en cas de sortie précoce)
		Entretien post natal précoce obligatoire réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4 ^{ème} et la 8 ^{ème} semaine après l'accouchement (à domicile ou au cabinet)	Assurées sociales et ayants-droit***	70%	Article 86 de la loi n° 2021-1754 du 23/12/2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 17/12/21, Décision UNCAM 28/03/22.	Médecin généraliste : G ; VG Médecin spécialiste : CS ¹ ; VS ¹ Sage-femme : à domicile 14 SP - au cabinet 12 SP
	Femmes – Après l'accouchement	2^{ème} entretien postnatal réalisé en cas de besoin par une sage-femme ou un médecin entre la 10 ^{ème} et la 14 ^{ème} semaine après l'accouchement, pour les femmes primipares et les femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (à domicile ou au cabinet)	Assurées sociales et ayants-droit***	70%	Article 86 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 17/12/21, Décision UNCAM du 28/03/2022.	Médecin généraliste : G ; VG Médecin spécialiste : CS ¹ ; VS ¹ Sage-femme : à domicile 14 SP - au cabinet 12 SP
		Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8^{ème} jour à la 14^{ème} semaine après l'accouchement réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement	Décision UNCAM du 05/02/08	Sage-femme : • par patiente ou couple 9 SP • par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples 7 SP • par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples 6 SP
				Après le 12 ^{ème} jour : 70%	Décision UNCAM du 28/03/22	
		Une consultation médicale postnatale 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	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF
		Séances de rééducation périnéale et abdominale effectuées par une sage-femme ou un kinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100%	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, Décision UNCAM du 28/03/22.	Rééducation active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback : • Sage-femme : SF 7.5
		Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit***	Les 12 premiers jours : 100%	L. 160-8.5° du CSS	Médecin généraliste : VG Médecin spécialiste : VS ¹ Sage-femme : V
Après le 12 ^{ème} jour 70%						

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
Dispositif de désignation d'une sage-femme référente	Femmes enceintes	Désignation d'une sage-femme référente de PMI avant la fin du 5^{ème} mois de grossesse de la patiente pour notamment l'informer sur son parcours de grossesse et sur le suivi médical du nourrisson	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Avenant 6 à la convention des sage-femme du 12/12/22 ; Loi du 26/04/21 ; Décret n°2023-1035 du 09/11/23	Sage-femme : SFR Le forfait « SFR » doit être facturé dans les 12 jours suivant l'accouchement
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 le 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois et après le 12 ^{ème} jour suivant l'accouchement 65 % 100% du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois au 12 ^{ème} jour après l'accouchement	L. 160-8.5°du CSS	Vaccin remboursé via le bordereau de facturation et injection le cas échéant par une IDE (par télétransmission)
Dépistage du saturnisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	Avant le 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois et après le 12 ^{ème} jour suivant l'accouchement 100 % 100% du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois au 12 ^{ème} jour après l'accouchement	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

Enfant de 0 à 6 ans : examens médicaux, vaccinations obligatoires et recommandées

Examen obligatoires de l'enfant de moins 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 1^{ère} année. Trois examens au cours de la 2^{ème} année. Un par an jusqu'aux 5 ans. Age des examens et cotations spécifiques détaillés dans les documents en ligne consultables via les liens disponibles dans la colonne 'code prestation ou acte à facturer'	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant 100% sur risque maladie à partir du 13 ^{ème} jour de vie 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.	Cotations détaillées dans les documents en ligne consultables via les liens ci-dessous : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_metro-pole.pdf https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_DROM.PDF
Bilan de santé à 3-4 ans en école maternelle	Enfants scolarisés en école maternelle	Bilan de santé exclusivement réalisé par un médecin (dans l'attente du protocole de coopération)	Ayants droit	100%	L.2112-7 du CSP, Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.	
Bilan de santé des enfants admis à l'aide sociale à l'enfance	Mineurs admis à l'ASE	Bilan de santé systématique dès le début de la mesure de protection	Assurés	70%	L. 223-1-1 du CASF, Décision UNCAM 13/01/2022.	Médecin généraliste et pédiatre : ASE (en feuille de soins papier : CCX)
Vaccinations obligatoires et recommandées	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois –17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS, Décret n° 2016-743 du 2/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes.	Vaccin remboursé via le bordereau de facturation

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

Dépistage

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	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹
		Plombémies de dépistage				Biologie
Audition	Enfants avant l'âge de 3 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisées individuellement à la PMI par un médecin (si non réalisées à la maternité)	Ayants droit	70%	CCAM	Médecin : CDRP002
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision bino-culaire réalisé individuellement à la PMI par un médecin	Ayants droit	70%	CCAM	Médecins : BLQP010
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisés individuellement à la PMI par un médecin	Ayants droit	70%	CCAM	Médecins : ALQP006
Troubles du Neuro développement	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte	Ayants droit	60� en métropole 72� dans les DROM Consultation pouvant être facturée une fois par an par enfant	NGAP	Médecin généraliste et pédiatre : CTE consultation de repérage chez l'enfant (en feuille de soins papier : CCE) Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient.
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	Médecin : cotation ALQP002 (pas de cumul possible avec la facturation d'une consultation)

PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ACTIONS RÉALISÉES PAR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Actions réalisées par le centre de santé sexuelle

Document mis à jour en Mars 2024

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
Contraception	Personne de moins de 26 ans	Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour filles et garçons (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit*** jusqu'à 26 ans <i>Pour les mineurs souhaitant garder le secret, et les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire, ces frais sont supportés par les centres de santé sexuelle</i>	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019, Article 85 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Article L2311-4 du CSP, Décision UNCAM 28/03/2022.	Médecin : CCP Sage-femme : CCP (ouverture de la CCP aux jeunes garçons à partir du 22 février 2024)
		Consultation annuelle de suivi réalisée par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception				Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹ Sage-femme : C + MSF
		Consultation annuelle réalisée, à partir de la 2 ^{ème} année d'accès à la contraception, par un médecin ou une sage-femme en vue d'une prescription de contraception ou d'examens biologiques en lien avec la contraception				Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹ Sage-femme : C + MSF
		Actes donnant lieu à la pose et au retrait d'un contraceptif				Médecin : • ZLA004 : pose d'implant pharmacologique sous cutané • QZGA002 : ablation ou changement d'implant [...] sous cutané • JKLD001 : pose d'un dispositif intra-utérin • JKKD001 : changement d'un dispositif intra-utérin Sage-Femme : • SF 22,4 : ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale
	Personnes de plus de 26 ans	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	70%	L2112-2 du CSP, L160-8 du CSS.	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹ Sage-femme : C + MSF
		Contraceptifs remboursables délivrés par la PMI				Contraceptifs remboursés via le bordereau de facturation spécifique
Prévention dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle L2311.5, R2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants, soit sur proposition du médecin	Consultations, analyses et examens de laboratoire	Assurées sociales et ayants droit***	70%	L160-8. 5° du CSS, R162-56 du CSS, R162-55 du CSS, R162-58 du CSS.	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹ Sage-femme : C + MSF
		Frais pharmaceutiques afférents à la prévention au dépistage et au traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle Vaccinations HPV, hépatite B, hépatite A				Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'Assurance Maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Entre 25 et 65 ans	Frottis	Assurés sociaux et ayants droit***	70%		Médecin et sage-femme : JKHD001 : Frottis Cervico-Vaginal. Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal avec ceux de la consultation est possible

Type de prestations	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	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
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 : <ul style="list-style-type: none"> 1 consultation de recueil de consentement 2 consultations d'administration du médicament 1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV) examens de biologie médicale et échographie 	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS, Arrêté du 1 ^{er} mars 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2016, Décret n°2016-743 du 02/06/2016, Arrêté du 11 août 2016 modifiant l'arrêté du 26 février 2016, Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022, Journal officiel du 3 mars, Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 Article L162-1-21 du code de la sécurité sociale, Article 63 de la LFSS pour 2021	Un médecin ou une sage-femme qui effectue une IVG : ICS, puis le FHV et le FMV, puis une ICS (ou IVE en cas d'échographie lors de la consultation de contrôle)
			Mineures sans consentement parental Secret/anonymat garantis			
Entretien préalable à l'IVG réalisé par un médecin ou une sage-femme L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures Proposé systématiquement à toutes les femmes	Consultation <i>Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse.</i>	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF
			Mineures souhaitant garder le secret (NIR fictif à utiliser en cas de besoin)	100%	L132-1 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG réalisé par un médecin ou une sage-femme L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	Consultation <i>Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse</i>	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF
			Mineures souhaitant garder le secret (NIR fictif à utiliser en cas de besoin)	100%	L132-1 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS ¹ Sage-femme : C + MSF

Prise en charge au titre de l'assurance maternité 

Prise en charge au titre de l'assurance maladie 

***Bénéficiaires de L'AME :**

Les actes et prestations réalisés au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans par les SDPMI et pouvant être prises en charge au titre de l'Aide Médicale de l'Etat sont visées à l'article L.251-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles par renvoi aux articles L. 160-8 et L. 160-9 du Code de la Sécurité Sociale. L'assurance maladie qui exerce, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution et le versement des prestations d'aide médicale (art. L.182-1 du Code de la Sécurité Sociale), prendra en charge au titre de l'AME les actes et prestations réalisés par les SDPMI conformément aux articles cités ci-dessus et ce dans les conditions habituelles de gestion en vigueur pour la médecine de ville. La prise en charge des prestations par l'AME s'effectue dans la limite des tarifs de responsabilité avec dispense totale d'avance des frais. La prise en charge des prestations par l'AME s'effectue dans la limite des tarifs de responsabilité avec dispense totale d'avance des frais.

**Base du montant remboursé au département pour cette prestation.

***L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 fait disparaître la qualité d'ayant droit pour les personnes majeures au profit de la qualité d'assuré social à titre personnel sur critère de résidence. La notion d'ayant droit majeur ne perdure que pour une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2019.

N.B. :

- Tous les actes des sages-femmes côtés SF peuvent être réalisés en télésoin dans le respect des textes conventionnels et de la NGAP (cotation TFS avec le coefficient indiqué en SF),
- La consultation (C ou CS) peut être réalisée en téléconsultation (cotation des codes TCG ou TC)

Identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire des soins

L'assuré(e)	
Nom de famille (de naissance) <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>
La bénéficiaire des soins	
Nom de famille (de naissance) <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Identification de la structure d'exercice de la sage-femme référente

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom de la sage-femme référente
<input type="text"/> N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) <input type="text"/> (*) centre de santé, établissement ou service médico-social	Nom <input type="text"/>
	Prénom <input type="text"/>
	Identifiant (N° RPPS) <input type="text"/>

Déclaration conjointe de la bénéficiaire et de la sage-femme référente

La bénéficiaire (ou son représentant) et la sage-femme référente s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L.162-8-2 du code de la sécurité sociale (CSS)

Bénéficiaire des soins (et/ou le parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice -)	Sage-femme référente
Je soussigné(e), Mme, déclare choisir la sage-femme ci-dessus comme sage-femme référente	Je soussigné(e), Mme, M, déclare être la sage-femme référente de la bénéficiaire citée ci-dessus
Signature(s) _____	Signature _____

Nom/prénom du médecin traitant de la bénéficiaire des soins :

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix de la sage-femme référente"

La sage-femme référente déclarée est la sage-femme qui vous connaît le mieux et à laquelle vous vous adressez en priorité pendant et après votre grossesse. Elle travaille en coordination avec votre médecin traitant.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins pendant et après la grossesse, chaque assuré(e) ou bénéficiaire des soins déclare à sa caisse d'assurance maladie le nom de la sage-femme qu'elle souhaite choisir et déclarer comme sage-femme référente. Ce choix doit être fait en accord avec la sage-femme.

Cette déclaration doit être réalisée avant la fin du cinquième mois de grossesse (22ème semaine de grossesse ou 24ème semaine d'aménorrhée).

Remplissez avec la sage-femme de votre choix ce formulaire.

- ▶ Dans la rubrique "Identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire des soins" :
 - si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", vos noms, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "La bénéficiaire des soins", votre date de naissance,
 - si vous n'êtes pas l'assuré(e) mais la bénéficiaire des soins : conjointe, concubine, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", les noms, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "Le bénéficiaire des soins", vos noms, prénom et date de naissance,
 - indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.
- ▶ Dans la rubrique "Identification de la structure d'exercice de la sage-femme référente" :
 - la sage-femme appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "Déclaration conjointe" en écrivant votre nom et celui de la sage-femme choisie.

IMPORTANT :

N'oubliez pas de signer tous les deux cette déclaration (la déclaration doit être signée par la bénéficiaire des soins et la sage-femme).

- ▶ Dans le cas où la bénéficiaire est une mineure non émancipée âgé de 16 à 18 ans, elle doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- ▶ Dans le cas où la bénéficiaire est une mineure de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

Votre déclaration de choix de sage-femme référente est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

**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**

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le Conseil Départemental recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre de la protection maternelle et Infantile et de la planification et de l'éducation familiale et faisant l'objet d'une participation financière de l'Assurance Maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse dont dépend l'assuré. Les assurés et leurs ayants droit doivent présenter leur carte vitale (physique ou application mobile) ou leur attestation vitale en cours de validité ou leur carte d'admission à l'AME.

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, annexé à la convention, fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

I - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Article 1 - Le système SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) a été mis en place en 1997, pour simplifier et accélérer le remboursement des soins par l'utilisation de nouvelles technologies (cartes à puce, outils informatiques, réseaux de communication) permettant en particulier la dématérialisation des documents papiers nécessaires au remboursement des soins.

Pour cela, les centres de PMI doivent s'informatiser et générer sur leur poste de travail les informations nécessaires à la dématérialisation des flux, et se doter de carte de professionnel de santé (CPS) émise par l'ANS (Agence du numérique en santé).

Article 2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier.

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte de professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM « dégradé », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie conformément au modèle CERFA.

La facturation à l'Assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance maladie ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 3 - L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par l'Assurance maladie. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE).

Article 4 - L'utilisation de la carte vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Dans ce cadre, le centre de PMI vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. Dans ce cadre, le centre de PMI recommande à l'assuré l'actualisation de sa carte Vitale physique en pharmacie.

La vérification de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit peut également se faire sur la base du service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet au centre de PMI d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance Maladie.

L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Article 5 - Les règles de télétransmission de la facturation

Article 5.1 - L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 5.2 - Equipement informatique des centres de PMI

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 disposer sur son 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 télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Article 5.3 - Liberté de choix du réseau

Le Conseil Départemental a la liberté de choix pour ces centres de PMI, de l'équipement informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le Conseil départemental a le libre choix pour ces centres de PMI du fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de leur équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Le Conseil Départemental peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du service de PMI avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le service de PMI doit impérativement s'assurer que les procédures mises 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 feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

Article 6 - Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 6.1 - Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 6.2- Délai de transmission des FSE

Le service de PMI s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés.

Article 6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'Assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif).

Article 6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations, relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile), pour la facturation au jour de la réalisation de l'acte.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire **pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)**, les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaires des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale physique ou application mobile à la date de réalisation de l'acte.

Article 6.5 - Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le centre de PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le centre de PMI établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata avec dispense des frais consentie à l'assuré, le service de PMI adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et par l'assuré. À défaut, si l'assuré n'est pas en mesure de signer la feuille de soins, le service de PMI l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le service de PMI remplit une feuille de soins papier.

II - Les autres procédures de facturation

Article 1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 1.1 - Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie (La « carte Vitale » présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile), le centre de PMI réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE.

Article 1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le centre de PMI réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le service de PMI adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier).

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 6.4.

La caisse règle directement au service de PMI les sommes correspondantes au remboursement dû par l'Assurance maladie.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

Le service de PMI facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Dans ce cas, la caisse règle directement au service de PMI les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le centre de PMI bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures :
 - o identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution) ;
 - o information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture ;

- motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication :
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire) ;
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné) ;
 - de la nature de la prestation ;
 - du libellé de rejet.
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier ;
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné ;
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures ;
 - régularisation de factures ;
 - paiements ponctuels ou forfaitaires ;
 - retenues ponctuelles.

vaccination - volet de facturation **PMI** annexe 5

(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

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

LISTE DES PERSONNES HABILITEES PAR LE PRESIDENT DU DEPARTEMENT
D'ILLE-ET-VILAINE A ATTESTER DU SERVICE FAIT A LA DATE DU 29 AVRIL 2025

Les personnes habilitées par le Président du Département d'Ille-et-Vilaine à attester du service fait sont :

Anne FALIGOT – cheffe de service PMI Parentalité

Et, en l'absence de médecin départemental PMI :

Stéphanie BOSCHER – cheffe de service budget et ressources enfance famille

Elise ABLAIN – directrice enfance famille

Charles JAHAN – directeur adjoint enfance famille

	NIR spécifique	Nom Prénom	Date de naissance	Description
IVG	2 55 55 55 351 030 08	Nom : Madame IVG Prénom : Anonyme	Date de naissance réelle de la patiente	IVG secret Mineure sans consentement parental Majeure désirant garder le secret
CONTRACEPTION	2 55 55 55 351 041 94	Madame CONTRACEPTION URGENCE	Date de naissance réelle de la patiente	Contraception d'urgence des mineures à titre anonyme
	2 55 55 55 351 042 93	Madame CONTRACEPTION DES MINEURES	Date de naissance réelle de la patiente	Contraception des mineures
	1 55 55 55 351 042 46	Monsieur CONTRACEPTION DES MINEURS	Date de naissance réelle du patient	Contraception des mineurs

Éléments financiers

Commission permanente
du 16/06/2025

N° 50609

Dépense(s)

Recette(s)

Imputation	75417512 - Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Objet de la recette	Remboursement actes médicaux PMI et activités de promotion en santé sexuelle
Nom du tiers	Recouvrement SS et organismes Mutualistes
Montant	200 000 €