

CONVENTION
de financement et de partenariat entre la
CAISSE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

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 planification familiale et d'éducation familiale.*

Conclue entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAUT RHIN, située 19 boulevard du Champ de Mars - BP 40454 68022 COLMAR Cedex,
Représentée par : Monsieur Christophe LAGADEC, Directeur
Ci-après dénommée « la CPAM »

D'une part,

Et

LE DEPARTEMENT DU HAUT RHIN, situé 100 avenue d'Alsace 68006 COLMAR Cedex,
Représenté par la Présidente du Conseil départemental dûment autorisée à signer la présente convention par délibération de la Commission Permanente du Conseil départemental en date du 8 septembre 2017,
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 service départemental de 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.

Article 2 ETABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département du Haut-Rhondont la liste est fournie en annexe par le Département à la caisse d'Assurance Maladie 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 futursparents, et des enfants de moins de six ans. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance Maladiesont déterminées en référence aux codes 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 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 d'Assurance Maladiedu Haut-Rhin 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 rééducationabdominale 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 aux articles L.2132-2 et R. 2132-1 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 1^{er} jour du 6^{ème} 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 1^{er} jour du 6^{ème} 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 visites à domicile d'une sage-femme de PMI dans le cadre du service de retour à domicile Prado, pour les femmes suivies en anténatal par une sage-femme de PMI qui en font la demande et sous réserve de l'accord de l'équipe médicale de la maternité. Les modalités d'organisation de ce service sont précisées en annexe.
- 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 1^{er} jour du 6^{ème} 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 1^{er} jour du 6^{ème} 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 :

- la consultation prénuptiale visée à l'article L.2112-2,1 du code de la santé publique,
- 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 D.160-3 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 6^{ème} 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 SDPMI :
 - 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, 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 CNAMTS et transmis au Département 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 service départemental de protection maternelle et infantile, 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 caisse d'Assurance Maladie verse directement au Département le montant des prestations dues pour ses ressortissants sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la caisse d'Assurance Maladie 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 : 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.

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.

6.2 Support papier

Dans l'attente d'une généralisation de la télétransmission, 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.

Le Département adresse à la caisse d'Assurance Maladie au 1^{er} janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec le fournisseur.

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 à la caisse d'Assurance Maladie du Haut-Rhin une fois par 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 SDPMI délègue 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 règlementairement 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 laPrésidentedu Conseil départementalà attester du service fait est précisée en annexe de la convention et actualisée en tant que de besoin.

TITRE II
PLANIFICATION FAMILIALE ET D'ÉDUCATION FAMILIALE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MÉDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de planification familiale et d'éducation familiale mises en œuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance Maladie sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 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 d'Assurance Maladie du Haut-Rhin 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 et frais d'analyses et d'examens de laboratoire 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 Conseil Départemental),
- 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 visés aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe, 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 CNAMTS et transmis au Département par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

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

La participation de la caisse d'Assurance Maladie 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 service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

10.1 SUPPORT ELECTRONIQUE

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

10.2 SUPPORT PAPIER

Dans l'attente d'une généralisation de la télétransmission, 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 codification des actes et prestations réalisées.

Ces documents sont adressés à la caisse d'Assurance Maladie

10.3 SPECIFICITES DE FACTURATION

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

10.3.1 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.

Le médecin utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : 2 55 55 55 + code caisse + 030.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le service départemental de la protection maternelle et infantile 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.

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.

10.3.2 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le service départemental de protection maternelle et infantile assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineurs 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 d'Assurance Maladie est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de planification et d'éducation familiale établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe, 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'AME**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.3 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 dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III

AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO-SOCIALE

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 service départemental de protection maternelle et infantile 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.

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

▪ **Vaccinations :**

- 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,
- 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 et l'animation des ateliers collectifs maternité et d'une participation du SDPMI au programme Prado.

▪ **Nutrition :**

- Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec l'action « obésité » de l'Assurance Maladie.

▪ **Tabac :**

- Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage suivis en 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),
- **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,
- **Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Le forfait TNS s'élève à 150 €. Les professionnels de PMI peuvent prescrire ces forfaits aux femmes enceintes et à leur entourage, et seront accompagnés par l'assurance maladie pour les modalités pratiques permettant cette prescription,
- **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. Sur ces thématiques, une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée.

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 des services départementaux de protection maternelle et infantile afin de permettre la télétransmission. Il peut utiliser l'application ADRi afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladies'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 service départemental de Protection Maternelle et Infantile s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, le SDPMI se met 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

L'Assurance Maladie et le SDPMI s'engagent à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes consultant en PMI. Ils mettent en place un accompagnement permettant l'information des consultants et la fluidité des circuits d'instruction des droits.

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 Banque de France Colmar

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00307

N° Compte : C6830000000 86

La caisse d'Assurance Maladies'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 Maladiese 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 il est à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L.315-1du 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 Maladies'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 aux services départementaux de protection maternelle et infantile par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le service départemental de protection maternelle et infantile et la caisse d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'acquérir 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.

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

La présente convention est signée pour une durée de 3 ans.

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 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, que les parties désignent comme étant le Tribunal administratif de Strasbourg.

Fait à Colmar, le en deux exemplaires originaux

Pour « la caisse d'Assurance Maladie »

Pour le Département

Le Directeur

La Présidente du Conseil départemental

Participation financière de la CPAM aux actions réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE 1/3

JANVIER 2017

| | Population concernée par l'action | Prestations visées | Bénéficiaires de la prise en charge de la CPAM* | Taux de prise en charge ** | Textes de référence pour la prise en charge |
|---|---|--|---|--|---|
| Actions de prévention concernant les futurs parents | | | | | |
| Consultation prénuptiale L 2112-2, L.2112-7 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) |
| Examens prénataux L 2112-2, L.2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 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 |
| | | 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% | |
| | | | | 3 ^{ème} : 100% | |
| | | 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité dont l'entretien prénatal précoce, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF | Assurées sociales et ayants droit*** | 100% | L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS - Arrêté du 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité - Décision UNCAM 05/02/2008 |
| Examens médicaux intercurrents | Femmes enceintes | Examen | Assurées sociales et ayants droit*** | 70% avant le 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois | Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013 |
| | | | | 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois | |
| 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 | 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 |
| | | | | 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois | |
| 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 foetal, 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 | 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 |
| | | | | 100% à partir du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois | |
| Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie | 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 |

Participation financière de la CPAM aux actions réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE 2/3

JANVIER 2017

| | Population concernée par l'action | Prestations visées | Bénéficiaires de la prise en charge de la CPAM* | Taux de prise en charge** | Textes de référence pour la prise en charge |
|--|--|--|---|---|--|
| 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 |
| Suivi postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP | Femmes – Après l'accouchement | 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 |
| | | 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*** | les 12 premiers jours : 100% | Décision UNCAM 5/02/2008 |
| | | Séances de rééducation périnéale et abdominale effectuées par une sage-femme ou un kinésithérapeute. | Assurées sociales et ayants droit*** | après le 12 ^{ème} jour : 70% | |
| Suivi postnatal PRADO | Couple mère/enfant - (après accord de l'équipe médicale de la maternité) | Séances de suivi à domicile à la sortie de la maternité suite à l'accouchement | Assurées sociales et ayants droit*** Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas éligibles à ce programme | 100% jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement | 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 œuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux |
| 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 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois et après le 12 ^{ème} jour suivant l'accouchement 65% | L. 160-8.5° du CSS |
| | | | | 100% du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois au 12 ^{ème} jour après l'accouchement | |
| Dépistage du saturnisme | Femmes enceintes | Consultations et plombémies de dépistage | Assurées sociales et ayants droit*** | avant 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois et après le 12 ^{ème} jour suivant l'accouchement 100% | L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015 |
| | | | | 100% du 1 ^{er} jour du 6 ^{ème} mois au 12 ^{ème} jour après l'accouchement | |
| Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandés de l'enfant de 0 à 6 ans | | | | | |
| Dépistage du saturnisme | | | | | |
| 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 | Neuf examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois, Trois examens du treizième au vingt-cinquième mois dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois, Deux par an pour les quatre années suivantes. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. | Ayants droit | 100% | L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976 |
| 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. |
| Dépistage saturnisme | Enfants de moins de 6 ans | Plombémies de dépistage | Ayant droit | 100% | L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015 |

Participation financière de la CPAM aux actions réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)

ACTIONS DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE 3/3

JANVIER 2017

| | Population concernée par l'action | Prestations visées | Bénéficiaires de la prise en charge de la CPAM* | Taux de prise en charge** | Textes de référence pour la prise en charge |
|---|---|--|---|---------------------------|--|
| 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 | 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 - 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 | Assurées sociales et ayants droit*** | 100% | L. 160-8. 4° du Code de la CSS, Arrêté du 4 août 2009 |
| | | | Mineures sans consentement parental | 100% | L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS Arrêté du 26/02/2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG fixant au 01/04/2016 les tarifs de prise en charge à 100% de l'IVG et de l'ensemble des actes entourant l'IVG, dans les différentes conditions de réalisation. Décret n°2016-743 du 02/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse Arrêté du 11 août 2016 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 ; Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (JO DU 12-08-2016). |
| 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 <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 |
| | | | Mineures souhaitant garder le secret | 100% | L132-1 du CSS |
| Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG 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 |
| | | | Mineures souhaitant garder le secret | 100% | L132-1 du CSS |
| 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 ayant droit qui en font la demande) | 70% | L 160-8. 5° du CSS R 162-56 du CSS R 162-55 du CSS R 162-58 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% | L. 160-8. 5° du CSS R 162-57 du CSS |

Prise en charge au titre de l'assurance maternité



Prise en charge au titre de l'assurance maladie



**base du montant remboursé au département pour cette prestation

***NB : 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.

*** 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.

Protocole de télétransmission

des feuilles de soins entre le Département 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 Département 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) du Département 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 Département 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 (OCT), 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.

Le Département choisit librement, par voie conventionnelle, l'OCT auquel il est susceptible de recourir. En pareil cas, l'OCT agira pour le compte et sous la responsabilité du Département, selon des modalités qui seront définies dans la convention précitée.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Département 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 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 du Département signataire de la convention à laquelle le présent protocole est annexé, 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 R161-41 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 R161-47-1 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 R161-41 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 interrégimes 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.

Implication de la PMI dans Prado

1- Prado, le service de retour à domicile

Le service de retour à domicile Prado peut être mis en œuvre par les sages-femmes de PMI, pour les femmes qui en font la demande et qui ont été suivies en anténatal, ceci afin de permettre une continuité dans le parcours maternité des femmes.

Ce service permet d'offrir aux femmes qui le souhaitent et aux nouveau-nés en sortie d'hospitalisation, un suivi à domicile par une sage-femme.

Il est proposé aux couples mère/enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles et s'adresse aux femmes qui ont accouché sans complication, par voie basse ou par césarienne, d'un nouveau-né unique et eutrophedont l'état de santé ne nécessite pas un maintien en milieu hospitalier.

2- Modalités d'organisation

2-1. Bénéficiaires du service

Les assurées et ayants droit :

- de plus de 18 ans;
- ayant été déclarées éligibles par l'équipe médicale de la maternité.

2-2. Mise en œuvre du service

2-2-2. **l'Assurance Maladie :**

- Met à disposition des PMI des documents d'information permettant de présenter le service aux femmes,
- Apporte les informations nécessaires au Département et aux PMI.

Le conseiller de l'Assurance Maladie (personnel caisse d'Assurance Maladie) propose le service aux femmes éligibles lors d'une visite à la maternité. Pour la patiente souhaitant adhérer au service :

- le conseiller de l'Assurance Maladie recueille son adhésion et lui remet des supports de communication,
- il la met en relation avec la sage-femme qu'elle a choisie (dans le respect du libre choix des patientes), en fixant pour elle un premier rendez-vous avec cette dernière. Si la femme a été suivie pendant sa grossesse en PMI et le souhaite, elle peut être mise en relation avec une sage-femme de PMI.

2-2-3. Le Département

- Remet à la caisse d'Assurance Maladie la liste des PMI de son département souhaitant participer au service Prado et actualise cette liste en tant que de besoin. Les informations suivantes doivent figurer sur cette liste :
 - o identification de la PMI,
 - o adresse,
 - o identification des sages-femmes,
 - o coordonnées téléphoniques de la PMI.

2-2-4 La sage-femme de PMI :

- Met à la disposition des femmes des informations présentant Prado,
- Intègre cette information dans les séances de préparation à la naissance et à la parentalité,
- Indique à la femme si la PMI participe à Prado,
- Réalisera ou les visites à domicile selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : sortie de maternité- conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés / mars 2014.

3- Nombre de séances prises en charge

Pour les sorties après une durée de séjour standard à la maternité (72h après l'accouchement), une première visite dans le cadre de Prado a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). Une deuxième visite dans le cadre de Prado est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi.

Le dispositif doit être adapté en cas de sortie précoce de maternité, conformément aux recommandations de la HAS de 2014 et aux règles générales du service Prado.

4- Modalités de remboursement au Département des actes réalisés par les sages-femmes de PMI dans le cadre de Prado

Les modalités de facturation sont définies dans l'article 6 du titre I de la convention et obéissent aux mêmes règles que les autres actes réalisés.

Jusqu'au 12ème jour après l'accouchement, ces actes sont pris en charge à 100% sur le risque maternité.

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

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

**facture relative
au dépistage et au traitement des infections
sexuellement transmissibles, réalisés sous
couvert de l'anonymat**

PMI

(article R. 162-57 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT : il convient d'établir une facture pour chaque patient

numéro fictif

(ce numéro est attribué par la CPAM)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

produits et prestations délivrés

| dates | nature des actes : prélèvements, analyses, examens de laboratoire, pharmacie | cotations | nombre d'actes | montants |
|-------|--|-----------|-------------------|----------|
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | montant total | € |

identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

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

date

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

signature du médecin