



CONVENTION

Relative au remboursement des actes médicaux effectués par le service de Protection Maternelle et infantile du Conseil Général du Bas-Rhin et de la ville de Strasbourg

Conclue entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU BAS-RHIN,
sise 16 rue de Lausanne
67090 STRASBOURG CEDEX
Représentée par son Directeur
M. Joseph LOSSON, dûment mandaté

D'une part,

Et

LE DEPARTEMENT DU BAS-RHIN
Représenté par le Président du Conseil Général
M. Guy-Dominique KENNEL, par décision de l'Assemblée départementale

D'autre part,

Vu la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé,

Vu la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions,

Vu la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie.

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.

L'accès aux soins de tous constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Aussi, une convention est conclue entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin et le Département afin de recenser 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).

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet de fixer le périmètre et les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin 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.

La prise en charge de l'Assurance Maladie intervient à l'acte sur la part obligatoire, sauf cas spécifique de remboursement à 100% prévu par les textes, le versement de la part des honoraires due au département étant assuré par la procédure de la dispense d'avance de frais.

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 Bas-Rhin dont la liste est fournie en annexe par le département à la caisse primaire et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants de moins de six ans. Les prestations prises en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin sont 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 ou leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L.313-3 et L.161-14 du code de la sécurité sociale ainsi que les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat au titre de l'article L 251-2 du code de l'action sociale et des familles par renvoi aux article L 321-1 et L 331-2 du code de la sécurité sociale, affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin, usagers des services PMI sur le département du Bas-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, réalisés par un médecin ou une sage - femme
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- l'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- les séances de rééducation abdominale et périnéo- sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité,
- les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés à l'article L.2132-2 du code de la santé publique.

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 séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- 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
- toute autre consultation pratiquée par un médecin PMI ou par une sage-femme
- les médicaments délivrés gratuitement lors d'une consultation de PMI

Les vaccins sont délivrés directement aux bénéficiaires par le service départemental de protection maternelle et infantile. Ils font l'objet d'un remboursement par la CPAM sur la base du tarif négocié obtenu par le département (voir annexe à la convention).

Un tableau récapitulatif recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie.

Article 5 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La caisse primaire du Bas-Rhin 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 caisse primaire du Bas-Rhin 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.

Article 6 MODALITES DE FACTURATION DES PRESTATIONS

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 support électronique.

6.1 Liberté de choix du matériel informatique

Le Conseil Général du Bas-Rhin a la liberté de choix de l'équipement informatique (achat ou location par l'intermédiaire d'un prestataire de service) avec lequel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

6.2 Obligations du service départemental de Protection Maternelle et Infantile

Pour assurer la télétransmission, le Conseil Général doit 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 émises par l'ASIP Santé
- d'un abonnement au réseau soit directement soit par voie de raccordement

6.3 Liberté de choix du réseau

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

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

Il peut recourir à un organisme concentrateur technique (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.

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

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le Conseil Général 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.

6.4 Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de PMI représenté par le Conseil Général 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.

6.5 Procédure d'élaboration et de télétransmission des FSE

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

Ainsi le Conseil Général s'engage à transmettre les feuilles de soins électroniques dans :

- les 8 jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais.

Ce délai court à compter de la date de l'établissement de la feuille de soins lors de la délivrance des prestations.

Les ordonnances sur support papier et éventuelles ententes préalables sont transmises dans les mêmes délais que la FSE et la feuille de soins papier.

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

6.6 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, accompagnées d'un bordereau de télétransmission.

- soit parce que le médecin PMI ne dispose pas encore de sa carte professionnel de santé,
il adresse à la caisse une feuille de soins 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, établi 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.

6.7 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 prestations de l'assuré.

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

6.8 Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en oeuvre 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 suivant 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.

Article 7 MODALITES DE FACTURATION DES VACCINS

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours pour les enfants de moins de 6 ans, et délivrés directement aux bénéficiaires par le service départemental de protection maternelle et infantile, est établie exclusivement sur un tableau spécifique (annexe 1), ou à titre exceptionnel en cas d'incident, par le biais de l'imprimé spécifique (annexe 2).

Le département adresse à la caisse primaire du Bas-Rhin 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 réalisées,

Ces documents sont adressés mensuellement à la caisse primaire du Bas-Rhin, sise 16 rue de Lausanne 67090 STRASBOURG CEDEX.

TITRE II DISPOSITIONS COMMUNES

Article 8 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le département et la caisse primaire du Bas-Rhin 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.

La caisse primaire du Bas-Rhin s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

Article 9	MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE ET 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 et à observer dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 10	PAIEMENT AU DEPARTEMENT
------------	--------------------------------

Les règlements sont effectués conformément aux coordonnées figurant au fichier ETANAT.

La caisse primaire du Bas-Rhin s'engage à honorer dans le respect des dispositions réglementaires les demandes de remboursement présentées par le département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 11	CONTROLE DES REGLEMENTS
------------	--------------------------------

La Caisse Primaire du Bas-Rhin se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont 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 12	SUIVI ET EVALUATION
------------	----------------------------

Le Département et la Caisse Primaire du Bas-Rhin s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés 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 CPAM, dans leurs démarches en vue d'acquiescer une couverture sociale,

Article 13	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.

Le précédent Protocole d'accord conclu le 24 juillet 2009 est abrogé à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Article 14 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.

Toute modification législative et / ou réglementaire régissant les conditions d'applications de la présente convention sont d'effet immédiat et entraîne une résiliation de plein droit de la convention.

Article 15 REGLEMENT DES LITIGES

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

Fait à Strasbourg, le

Pour la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie du Bas-Rhin,

Pour le Département du Bas-Rhin,

Le Directeur
M. Joseph LOSSON

Le Président du Conseil Général
Mr. Guy-Dominique KENNEL