

CONVENTION

De financement et de partenariat entre les CAISSES PRIMAIRES d'ASSURANCE MALADIE de CORSE-DU-SUD, de HAUTE-CORSE et la COLLECTIVITE DE CORSE pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées par les services 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 DE CORSE-DU-SUD, située 20702 Ajaccio Cedex 9, représentée par son Directeur, M. Manuel FALASCHI.
Ci-après dénommée « les caisses d'Assurance Maladie »

D'une part,

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE HAUTE-CORSE, située 5 avenue Jean Zuccarelli, 20406 BASTIA Cedex 9, représentée par son Directeur, M. Nicolas ADJEMIAN.
Ci-après dénommée « les caisses d'Assurance Maladie »

D'une part,

Et

LA COLLECTIVITÉ DE CORSE située 22 cours Grandval - 20000 Aiacciu, représentée par le Président du Conseil exécutif de Corse, M. Gilles SIMEONI.
Ci-après dénommée « la Collectivité de Corse »

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 les caisses primaires d'assurance maladie et la Collectivité de Corse 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 des caisses primaires d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- d'organiser les modalités de transmission de données statistiques,
- 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 CONCERNÉS

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le Pumontu et dans le Cismonte dont la liste est fournie en annexe V par la Collectivité de Corse aux caisses 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 futurs parents, et des enfants de moins de six ans. Les prestations prises en charge par les caisses 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 de Corse-du-Sud ou de Haute-Corse 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 I. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis à la Collectivité de Corse par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

Article 5 **PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE**

Les Caisses d'Assurance Maladie versent directement à la Collectivité de Corse le montant des prestations dues pour leurs ressortissants sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation des caisses d'Assurance Maladie 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 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.

Article 6 **MODALITES 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 la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire, 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

La facturation sur supports électroniques est la règle. Toutefois, en cas d'impossibilité, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires 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 II.

La Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire adresse aux caisses 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 des services exerçant les missions de protection maternelle et infantile, leur 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 envoyés mensuellement aux caisses d'Assurance Maladie, aux adresses suivantes :

Pour le Pumonté :
CPAM DE CORSE-DU-SUD
20702 AJACCIO Cedex 9

Pour le Cismonte
CPAM de HAUTE-CORSE
5 avenue Jean Zuccarelli,
20406 BASTIA Cedex 9

6.3 Modalités spécifiques de remboursement à la Collectivité de Corse des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le service de PMI 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 la Collectivité de Corse règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement, par l'assurance maladie sous réserve de la production des documents suivants :

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

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

Un tableau récapitulatif daté et signé de la personne habilitée de la Collectivité de Corse, 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 la Collectivité de Corse.

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

La liste des personnes habilitées par le Président du Conseil exécutif de la Collectivité de Corse à attester du service fait est précisée en annexe VI de la convention et actualisée en tant que de besoin.

TITRE II
PLANIFICATION FAMILIALE ET D'EDUCATION FAMILIALE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
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 la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire. Les prestations prises en charge par les caisses 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 de Corse-du-Sud ou de Haute-Corse et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 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 I. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis à la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire par les caisses d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

Les caisses d'Assurance Maladie versent directement à la Collectivité de Corse le montant des prestations dues pour leurs ressortissants sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation des Caisses 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 réalisée hors établissements de santé, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG

Article 10 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 la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire, sur les supports suivants :

10.1 SUPPORT ÉLECTRONIQUE

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

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 des services exerçant les missions de protection maternelle et infantile, leur 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 envoyés mensuellement aux caisses d'Assurance Maladie, aux adresses suivantes :

Pour le Pumonté :
CPAM DE CORSE-DU-SUD
20702 AJACCIO Cedex 9

Pour le Cismonte
CPAM de HAUTE-CORSE
5 avenue Jean Zuccarelli,
20406 BASTIA Cedex 9

10.3 SPÉCIFICITÉS DE FACTURATION

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

10.3.1 Les 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 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 la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire aux caisses qui procèdent au remboursement à la Collectivité de Corse 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 aux caisses d'Assurance Maladie qui procèdent à son remboursement.

10.3.2 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Les Centres de Santé Sexuelle assurent 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.

Les caisses d'Assurance Maladie sont chargées du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les Centres de Santé Sexuelle établissent chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAM IST joint en annexe III, 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 à la Collectivité de Corse 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 PRÉVENTION MÉDICO-SOCIALE

Article 11 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 la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire et les caisses 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. Certaines actions peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un cahier des charges spécifique.

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, 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 maternité

▪ **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.

Sur ces thématiques une participation financière spécifique de l'assurance maladie peut être envisagée.

▪ **Addictions :**

- Développement du repérage et de l'accompagnement à la prévention des consommations à risque pour les femmes enceintes et leur entourage suivis en PMI pendant leur grossesse. Ces actions s'inscrivent dans un cadre général déterminé à la fois par le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 et la

stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 en ciblant notamment l'alcool et les drogues. Cette thématique fait l'objet de la publication d'un appel à candidature spécifique.

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 ; exemple : visites des délégués de l'assurance maladie.

TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

La Collectivité de Corse et les caisses d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention :

- **Mme Valeriane GRISONI**, pour la Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire
- **M. Frédéric CECCARELLI**, pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Corse,
- **Mme Frédérique GAY**, pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Corse-du-Sud.

La Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire s'engage à favoriser l'informatisation des services de protection maternelle et infantile 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 afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

Les caisses d'Assurance Maladie s'engagent 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 dans la connaissance de la codification en vigueur.

Article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du service de Protection Maternelle et Infantile s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients.

En tant que de besoin, le service de PMI 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. Ils assurent l'information, auprès des familles, sur l'intérêt de désigner un médecin traitant pour l'enfant et ouvrir un DMP.

Article 14 ACCÈS AUX DROITS

L'Assurance Maladie 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 des caisses gérant l'accès aux soins.

Article 15 **DONNÉES STATISTIQUES**

Afin d'évaluer l'efficacité des actions menées, l'Assurance Maladie fournira annuellement aux PMI des données régionales inter-régimes issues du SNDS relatives aux entretiens pré-nataux, aux consultations et examens obligatoires, ainsi qu'aux IVG :

- Le nombre d'entretiens prénataux,
- Le nombre d'IVG instrumentales,
- Le nombre d'IVG médicamenteuses,
- Le nombre d'exams obligatoires par âge réalisés par des médecins libéraux,
- Le nombre de consultations réalisées par des pédiatres libéraux.

Ces éléments seront communiqués au premier trimestre de chaque année N pour les données de l'année N-1 (en dates de mandatement) et ne concerneront que les seuls bénéficiaires affiliés en Corse

Article 16 **TELETRANSMISSION**

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

Article 17 **PAIEMENT À LA COLLECTIVITÉ**

Les règlements sont effectués à :

*Identité : Paierie de Corse
Code Banque : 30001
Code Guichet : 00109
N° Compte : C2000000000 - 78
IBAN : FR 73 3000 1001 09C2 0000 0000 078 BDFEFRPPCCT*

Les caisses d'Assurance Maladie s'engagent à honorer les demandes de remboursement présentées par la Collectivité de Corse **dans le mois** qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 18 **CONTRÔLE DES RÉGLEMENTS**

Les caisses d'Assurance Maladie se réservent le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

La Collectivité de Corse s'engage à rembourser les caisses pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont elle 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. La Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 19 SUIVI ET EVALUATION

La Direction de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire et les caisses d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés aux services de protection maternelle et infantile par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par les services de protection maternelle et infantile du Pumont, du Cismonte et les caisses 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.

Article 20 DATE D'EFFET ET DURÉE 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 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 Ajaccio, le 2023

en trois exemplaires originaux

Pour la CPAM de Corse-du-Sud

Pour la Collectivité de Corse

M. Manuel FALASCHI, Directeur

Le Président du Conseil exécutif de
Corse,

Pour la CPAM de Haute-Corse

M. Nicolas ADJEMIAN, Directeur

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Juillet 2020

	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
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, L2112-7, L 2122-1, R 2122-1 R 2122-2 du CSP	Femmes enceinte	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%	
		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%	Décision UNCAM du 19/12/2018
		8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité : <ul style="list-style-type: none"> • 1 entretien prénatal précoce obligatoire, individuel ou en couple réalisé par un médecin ou une SF • 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité 	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS <ul style="list-style-type: none"> • Arrêté du 3/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité • Décision UNCAM 05/02/2008 • article 62 LFSS 2020
		Visites à domicile en cas de besoin	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	

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Juillet 2020

	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
Examens médicaux intercurrents	Femmes enceintes	Examen	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
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	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
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
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
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

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Juillet 2020

	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
Suivi en postnatal L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Couple mère/enfant - (hors PRADO sortie précoce)	Forfait journalier de surveillance à domicile mère-enfant : Chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement	CHAPITRE II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 05/02/08/ actes liés à la gestation et à l'accouchement / section 2 réalisée par les sages-femmes L.162-1-11 du CSS + Décret n° 2012-1249 du 9 novembre 2012 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre de programmes de prévention et d'accompagnement en santé des assurés sociaux
	Femmes – Après l'accouchement	Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8^{ème} jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen postnatal réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement. après le 2 ^{ème} jour : 70%	Décision UNCAM 5/02/2008
		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
		Séances de rééducation périnéale et abdominales effectuées par une sage-femme, ou un kinésithérapeute. À partir du 90 ^{ème} jour après la naissance, séances de rééducation abdominales effectués par un masseur-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
		Visite à domicile en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit*** Cotation V+C	À 100% jusqu'au 12 ^{ème} jour après l'accouchement après le 12 ^{ème} jour : 70%	

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Juillet 2020

	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
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
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
Examens médicaux et vaccinations obligatoires et recommandées de l'enfant de 0 à 6 ans					
Examens obligatoires de l'enfant de - de 6 ans L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	Dix examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et au cours de la 2 ^{ème} semaine, Trois examens jusqu'aux 2 ans, Un par an jusqu'aux 5 ans. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Cotation spécifique à utiliser se reporter au tableau annexé	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, décret n°2019-137 du 26 février 2019, arrêté du 26 février 2019.
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.

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Juillet 2020

	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
Dépistages					
Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015
		Plombémies de dépistage	Ayants droit		
Audition	Enfants de moins de 6 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisée individuellement à la PMI par un médecin Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision binoculaire réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation BLQP010	Ayants droit	70%	CCAM
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisée individuellement à la PMI par un médecin Cotation ALQP006	Ayants droit	70%	CCAM
Pathologie psychiatrique/ Troubles du comportement/ Neuro	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre	Ayants droit	70%	NGAP
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant Si le test est réalisé pendant la consultation c'est uniquement une consultation. Possibilité de cotation de l'acte CCAM dans un premier temps puis une consultation s'ils ne sont pas réalisés le même jour) Cotation ALQP002	Ayants droit	70%	CCAM

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

Juillet 2020

	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
Contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les mineures	Mineures	Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019
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 : <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 	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).

**Participation financière de l'Assurance Maladie aux actions réalisées
par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (art.L.2112-7 CSP)**

ACTIONS DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

Juillet 2020

	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
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%	
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 ayants 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.

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

Protocole de télétransmission

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

Intégration dans le dispositif SESAM Vitale

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

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

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

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

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

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

De la télétransmission

Article 1 : Liberté de choix du matériel informatique

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

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

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

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

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

Article 3 : Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

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

Article 4 : Respect des règles applicables aux informations électroniques

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

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

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

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

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

Article 6 : Traitement des incidents

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

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

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

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

- Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE :

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

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

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

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

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

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

Validité de la carte d'assurance maladie :

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

C'est pourquoi, les parties signataires s'accordent pour travailler aux modalités d'accès par les centres de PMI à la liste nationale d'opposition inter régimes des

cartes d'assurance maladie définie à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Article 8 : Maintenance et évolution du système SESAM Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

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

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

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

Liste des centres et numéros Finess

C2S Pumonti :

- FINESS : 2A 002 321 4
- Prescripteur : 20 012 321 4

PMI Pumonti :

- FINESS : 2A 000 437 0
- Prescripteur : 20 010 437 0

C2S Cismonte :

- FINESS : 2B 000 318 0
- Prescripteur : 20 020 318 0

PMI Cismonte :

- FINESS : 2B 000 317 2
- Prescripteur : 20 020 317 2

Liste des agents habilités à signer le service fait

Secrétaires :

Dominique Lucchini
Raphaëlle Casentini
Marina Cacavelli-Casabianca
Célia Silvani-Lugrezi
Johanna Rinieri
Isabelle Arru
Germaine Santini
Mélanie Taffanelli
Christelle Hermann-Lucchini
Vannina Domarchi
Marie-Do Giovacchini
Elodie Luciani
Christiane Guelfucci
Maëva Sanna
Olivier Poli
Mélina Ramay
Valérie Codaccioni
Emmanuelle Phok
Paula Bruschini
Chjara-Stella Hillion-Stromboni
Anne Beretti

Cheffes de bureau :

Valérie Poggi
Lisa Lorenzoni
Noëlle Massoni
Aurélia Poli
Patricia Colli
Angélique Toracca
Lucile Cruciani
Marie Torre
Marie-Pierre Bracconi

Cheffes de service :

Marie-Pierre de Rocca Serra
Vannina Patroni
Marie-Pierre Michelangeli

Direction :

Nicole Carlotti
Valériane Grisoni