

CONSEIL GENERAL DE SEINE-ET-MARNE

Séance du 18 Décembre 2009

Commission n° 4 - Solidarités, Santé Publique et Logement

Commission n° 7 - Finances

DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE LA PETITE ENFANCE

RAPPORT DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL N° 4/09

OBJET : Avenant à la convention du 15 octobre 2007 entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Seine-et-Marne et le Département relative au remboursement des prestations réalisées dans les services exerçant les missions de Protection Maternelle et Infantile.

RÉSUMÉ : Ce rapport vous présente l'avenant à la convention (annexe n° 1) fixant les nouvelles modalités de remboursement et de facturation par la CPAM des prestations réalisées dans les services exerçant les missions de protection maternelle et infantile (PMI), et son protocole de mise en œuvre de la télétransmission (annexe n° 2).

Les actions qui concourent à la PMI et à la maîtrise de la fécondité dans le cadre de la planification ou de l'éducation familiale sont définies par le Code de la santé publique. L'article L. 2112-7 du Code de la santé publique précise que les frais afférents à certains examens pratiqués pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile, sont remboursés au Département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés.

La convention du 15 octobre 2007 entre la CPAM et le Département a fixé les conditions de remboursement des examens obligatoires légaux, effectués lors des consultations dispensées par les services de la santé et de la petite enfance. En son article 6, le Département s'engageait à mettre en place la télétransmission des feuilles de soins.

La dématérialisation des feuilles de soins optimise le temps dédié à la gestion des feuilles de soins et s'insère dans le cadre de l'agenda 21 en réduisant les coûts liés à l'activité par la diminution des supports papiers utilisés. La télétransmission permet également d'optimiser le recouvrement des remboursements, qui s'effectuera sous 5 jours, contre deux mois actuellement.

La mise en œuvre de la télétransmission entraîne donc de nouvelles conditions de facturation et de prise en charge par la CPAM, des actes pratiqués par les professionnels de santé.

Ainsi, les factures seront dorénavant établies prioritairement sur support électronique. Seules les facturations aux bénéficiaires de l'AME (non assurés sociaux) et les facturations des doses de vaccins achetés dans le cadre des marchés publics ne peuvent être incluses dans le champ d'application de la télétransmission. Toutefois, la mise en œuvre de la télétransmission entraîne des conditions de remboursements plus favorables au Département. En effet, pour compenser l'impossibilité de télétransmettre les frais afférents à l'achat des doses de vaccins, le Département a obtenu un remboursement à 100 % du prix des doses de vaccins, contre 65 % jusqu'à maintenant.

Par ailleurs, à titre exceptionnel et en l'absence de déclaration de grossesse ou d'informations sur l'identité de l'ouvrant droit, les soins afférents aux examens obligatoires de surveillance médicale des enfants de moins de six ans, pourront être pris en charge par la CPAM, au titre du risque maladie. Par conséquent, cette mesure permettra un remboursement à 70 %, sous réserve de la justification des droits à la couverture maladie, alors que le Département perdait l'intégralité des frais engendrés au risque maternité.

Je vous remercie donc de bien vouloir vous prononcer sur ce rapport et, si vous l'acceptez, de m'autoriser à signer le projet de l'avenant à la convention et son protocole de mise en œuvre de la télétransmission joints en annexe de la délibération.

Le Président du Conseil général,

Vincent ÉBLÉ

Dossier n° 4/09 des rapports soumis à la commission
n° 4 - Solidarités, Santé Publique et Logement

Rapporteurs : MME QUERCI
Commission n° 4 - Solidarités, Santé Publique et Logement

MME TALLET
Commission n° 7 - Finances

Séance du 18 Décembre 2009

OBJET : Avenant à la convention du 15 octobre 2007 entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Seine-et-Marne et le Département relative au remboursement des prestations réalisées dans les services exerçant les missions de Protection Maternelle et Infantile.

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE SEINE-ET-MARNE,

Vu le rapport du Président du Conseil général,

Vu l'avis de la Commission n° 4 - Solidarités, Santé Publique et Logement,

Vu l'avis de la Commission n° 7 – Finances,

DECIDE

Article 1 : d'approuver, tel qu'il figure en annexe de la présente délibération, le projet d'avenant à la convention entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-et-Marne et le Département et son protocole de mise en œuvre de la télétransmission.

Article 2 : d'autoriser le Président du Conseil général à le signer au nom du Département.

LE PRESIDENT,

V. ÉBLÉ

Annexe n° 1

Avenant n° 1

À la convention du 15 octobre 2007 relative au remboursement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine et Marne des prestations réalisées dans les services exerçant les missions de Protection Maternelle et Infantile au titre :

- de la protection de la santé maternelle et infantile,**
- de la planification et de l'éducation familiale.**

Entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE SEINE ET MARNE, située rue des Meuniers – Rubelles – 77951 MAINCY, représentée par Mme Laure PELLEGRINI, Directeur, ci-après dénommée « la CPAM »

d'une part,

Et

LE DEPARTEMENT DE SEINE ET MARNE, situé à l'Hôtel du Département 77010 MELUN Cedex, représenté par le Président du Conseil Général, agissant en exécution de la délibération de l'assemblée départementale en date du 18 décembre 2009, ci-après dénommé « le Département »

d'autre part,

Article 1 : OBJET DE LA CONVENTION

- Sans changement

Article 2 : ETABLISSEMENTS CONCERNÉS

- Sans changement

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Article 3 : LES BÉNÉFICIAIRES CONCERNÉS

- Sans changement

Article 4 : LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

- Sans changement

Article 5 (modifié) : LE DROIT AUX PRESTATIONS

Pour bénéficier de la prise en charge des actes et examens prévus à l'article 4, l'assuré ou son ayant droit doit justifier auprès du service exerçant les missions de PMI de l'ouverture de ses droits administratifs :

- par la présentation d'une attestation de droits papier,
- par la présentation de sa carte Vitale en cas de télétransmission.

Il appartient au service exerçant les missions de PMI de vérifier que les conditions d'ouverture de droits sont remplies.

En cas d'absence de droit, le service exerçant les missions de PMI s'engage à soutenir l'assuré dans ses démarches en concertation avec les référents techniques de la CPAM, en vue de l'acquisition d'une couverture sociale.

Article 6 (modifié) : MODALITES DE FACTURATION

Les factures doivent prioritairement être émises sur supports électroniques.

Article 6.1 - Support électronique

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

La CPAM s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations ou d'informations.

Article 6.2 - Support papier

Les prestations dispensées sont facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires :

- ❖ Sur les feuilles de soins référencées S3110 pour les soins effectués par les médecins généralistes ou spécialistes,
- ❖ Sur les feuilles de soins référencées S3127 pour les soins effectués par les sages-femmes,
- ❖ Exclusivement sur l'imprimé papier référencé 21025 pour les doses de vaccins. Les tarifs pratiqués étant inférieurs au prix public en raison des marchés conclus entre le Département et les laboratoires, aucune vignette n'est exigée. Le montant du vaccin est donc reporté sur l'imprimé de facturation.

Lorsque des supports papier sont encore utilisés, les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service exerçant les missions de PMI, son n° FINESS,
- le nom du praticien, son n° d'ordre et sa spécialité,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins.

Ces documents sont adressés à la CPAM, à l'adresse suivante :

CPAM de Seine-et-Marne
77605 MARNE LA VALLEE CEDEX

Article 7 (modifié) : MODALITES DE REGLEMENT

La CPAM verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département.

La participation de la Caisse intervient :

- Sur la base du tarif conventionnel de la consultation du médecin généraliste ou spécialiste (remboursement à 100 % ou à 70 % selon la situation du bénéficiaire),
- Sur la base du tarif conventionnel de consultation ou de la visite de la sage-femme (remboursement à 100 % ou à 70 % selon la situation du bénéficiaire),
- Sur la base du tarif négocié pour les vaccins (remboursement à 100 %) suivant l'arrêté en vigueur fixant la liste des vaccins pris en charge par l'assurance maladie.

A titre exceptionnel, en l'absence de déclaration de grossesse ou en l'absence d'informations sur l'identité de l'ouvrant droits (n° de sécurité sociale sous lequel la déclaration de grossesse a été enregistrée), les **soins afférents aux examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de 6 ans** tels que définis à l'article 4 de la convention sont pris en charge sur le **risque maladie** (remboursement à 70 %) sous réserve de la justification des droits.

Le Département s'assure préalablement à l'application de cette mesure dérogatoire de l'absence effective d'éléments concernant une déclaration de grossesse.

La CPAM se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des informations transmises.

TITRE II

PLANIFICATION ET EDUCATION FAMILIALE

MAITRISE DE LA FECONDITE, DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Article 8 : LES BENEFICIAIRES CONCERNES

- Sans changement

Article 9 : LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

- Sans changement

Article 10 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE

- Sans changement

Article 11 : FACTURATION

- Sans changement

Article 12 : MODALITES DE PAIEMENT

- Sans changement

**TITRE III
DISPOSITIONS COMMUNES**

Article 13 : PAIEMENT AU DEPARTEMENT

- Sans changement

Article 14 : CONTROLE DES REGLEMENTS

- Sans changement

Article 15 : PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

- Sans changement

Article 16 : PARTICIPATION AUX ACTIONS DE PREVENTION

- Sans changement

Article 17 (modifié) : BILAN INTERMEDIAIRE

Au terme d'un délai de 6 mois, un bilan intermédiaire sera réalisé sur le taux d'utilisation et de rejets des flux télétransmis qui doit témoigner d'un partenariat efficace.

Article 18 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

- Sans changement

-

Article 19 : RESILIATION

- Sans changement

Article 20 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

- Sans changement

DATE D'EFFET DU PRESENT AVENANT

Le présent avenant prend effet à compter de la date de sa signature par les parties.

Fait en deux exemplaires originaux.
A Melun le,

Le Directeur de la Caisse,

Le Président du Conseil Général,

Annexe n° 2

**Protocole de Mise en œuvre de la télétransmission des actes réalisés
dans les services exerçant les missions de Protection Maternelle et Infantile
au titre de :
La protection de la santé maternelle et infantile,
La planification et de l'éducation familiale**

LES BENEFICIAIRES CONCERNES

La procédure de télétransmission ne concerne que les actes dispensés par les centres de PMI aux assurés sociaux et leurs ayants droit au titre des articles L. 313-3 et L. 161-14 du code de la Sécurité Sociale rattachés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-et-Marne et remplissant les conditions habituelles d'ouverture des droits aux prestations.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat sont exclus de cette procédure.

Il appartient au Département de s'assurer de l'ouverture des droits.

LES ACTES MEDICAUX VISES

Sont visés par les dispositions du présent protocole :

- ❖ Les examens prénataux et postnataux obligatoires de la mère et du nourrisson ;
- ❖ Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse ;
- ❖ Les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans, y compris les bilans de santé réalisés en école maternelle par les médecins ;
- ❖ L'examen médical du futur père ;
- ❖ Les visites à domicile des sages-femmes sur prescription médicale pour :
 - L'observation et le traitement des grossesses nécessitant une surveillance intensive,
 - L'observation et le traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au 3^{ème} trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- ❖ L'examen prénuptial ;
- ❖ Les consultations médicales dans le cadre de la maîtrise de la fécondité des personnes majeures et des personnes mineures ne désirant pas garder l'anonymat.

❖ Les actes de vaccination réalisés par des médecins ou des sages-femmes, dans les limites de leurs compétences. **Les doses de vaccins sont exclues de la procédure de télétransmission.**

JUSTIFICATION DES DROITS

Dans le cadre de la surveillance de la mère et/ou de l'enfant, la carte vitale sur laquelle le droit à la maternité est justifié doit être présentée.

Dans tous les autres cas, la carte vitale de l'assuré ou de l'ayant droit doit être présentée.

ETABLISSEMENT DE LA FEUILLE DE SOINS

La télétransmission des feuilles de soins s'applique aux centres de PMI et assurés sociaux de la Caisse de Seine-et-Marne selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges.

La feuille de soins électronique (FSE) est élaborée à partir des informations contenues à la fois dans la carte vitale et dans la carte professionnelle de santé.

VALIDITE DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA CARTE

Les informations contenues dans la carte d'assurance maladie de l'assurée au jour de la réalisation de l'acte sont opposables à la CPAM de Seine-et-Marne, et au centre de PMI et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour du dossier de l'assuré, la validité de ses droits administratifs ou le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur sont de la responsabilité de la CPAM de Seine-et-Marne.

GARANTIE DE PAIEMENT

La CPAM de Seine-et-Marne s'engage à effectuer le paiement de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations contenues dans la carte de l'assuré, au jour de sa présentation (sous réserve que cette carte ne figure pas sur la liste d'opposition).

TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUES

Le Département de Seine-et-Marne s'engage à adresser à la CPAM de Seine-et-Marne les feuilles de soins dans les délais fixés par l'article R 161-47 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir, dans les 8 jours ouvrés.

Parallèlement à cet envoi, le Département de Seine-et-Marne adresse à la CPAM le bordereau récapitulatif édité à partir du logiciel et correspondant aux factures transmises. Les prescriptions médicales des sages-femmes établies pour les visites à domicile devront obligatoirement être jointes.

DYSFONCTIONNEMENT LORS DE L'ELABORATION DE LA FSE

Dans le cas où la Maison Départementale des Solidarités (M.D.S.) est dans l'impossibilité de produire une feuille de soins électronique sécurisée en raison :

- de la non présentation de la Carte Vitale,
- d'un incident technique au niveau du lecteur de carte et/ou du logiciel,

elle télétransmettra une feuille de soins via le réseau habituellement utilisé pour les télétransmissions des feuilles de soins électroniques, selon la procédure dite « dégradée », prévue dans le cahier des charges.

Parallèlement, la M.D.S. adresse à la CPAM de Seine-et-Marne, après chaque transmission en mode « dégradé », les feuilles de soins papier correspondantes ainsi que les prescriptions médicales éventuelles, accompagnées du bordereau récapitulatif de la télétransmission dans les 48 heures.

Le paiement du flux dégradé est subordonné à la présentation de la feuille de soins papier. En l'absence des pièces justificatives dans les délais convenus, la CPAM invalide les flux.

TRANSMISSION DE LA FEUILLE DE SOINS ELECTRONIQUE

Lorsque la télétransmission est bien réceptionnée, un accusé de réception logique (ARL) positif est émis.

En cas d'échec de la télétransmission d'une FSE, un ARL négatif est émis, et le logiciel relance la télétransmission automatiquement dans les 48 heures.

En cas de nouvel échec dans la télétransmission selon les conditions prévues par l'article R 161-47 du Code de la Sécurité Sociale, la Maison Départementale des Solidarités établit un duplicata sous la forme d'une feuille de soins papier.

Ce duplicata doit être signalé comme « duplicata de FSE » et le n° de la FSE doit être reporté sur la feuille de soins papier.

PAIEMENTS DES FLUX SECURISES

La CPAM s'engage à valider les flux télétransmis dans un **délai maximum de 5 jours** suivant la réception de la télétransmission.

