

**CONVENTION DE FINANCEMENT ET DE PARTENARIAT ENTRE LA
CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET LE DEPARTEMENT**

Pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations des services départementaux de Protection Maternelle et infantile

- **des activités de protection de la santé maternelle et infantile**
- **des activités de planification familiale et d'éducation sexuelle.**

Accusé de réception – Ministère de l'intérieur

077-227700010-20180406-lmc100000017209-DE

Acte Certifié exécutoire

Envoi Préfecture : 16/04/2018

Réception Préfet : 16/04/2018

Publication RAAD : 16/04/2018

Conclue entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE SEINE ET MARNE, située rue des meuniers Rubelles 77951 MAINCY,

Représentée par :
Madame le Directeur, Isabelle Bertin.

Ci-après dénommée « la caisse primaire d'Assurance Maladie »

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 Départemental par décision de l'Assemblée départementale du 6 avril 2018, Monsieur XXXXXXXX.

Ci-après dénommée « 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 de Seine et Marne dont la liste est fournie en annexe 1 par le département à la caisse primaire d'Assurance Maladie et mise à jour en tant que de besoin.

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 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 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 Seine et Marne et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Il appartient au service exerçant les missions de PMI de vérifier que les conditions d'ouverture de droits sont bien remplies, pour bénéficier d'un remboursement direct en cas de tiers payant. 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 des référents techniques de la CPAM, en vue de l'acquisition d'une couverture sociale.

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 rééducation abdominale 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 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 primaire 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 1^{er} jour du 6^{ème} 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 Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile :
 - 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 primaire d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe 2, 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 Conseil Départemental par la caisse primaire 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 primaire 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 primaire d'Assurance Maladie verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la caisse primaire 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.

Les vaccins délivrés aux femmes pendant la période débutant du 1er jour du 6ème mois de grossesse et se terminant 12 jours après l'accouchement sont remboursés à 100 % dans le cadre de l'assurance maternité.

Article 6 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 :

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 3.

Le département adresse à la caisse primaire 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 primaire d'Assurance Maladie, au fil de l'eau à l'adresse suivante

CPAM de Seine et Marne
77605 Marne la Vallée Cedex 03

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile 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 Conseil Départemental 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 du Conseil Départemental, 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 Conseil Départemental, conformément aux principes de prise en charge définis à l'article 5.

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

La liste des personnes habilitées par le Président du Conseil Départemental à attester du service fait est précisée en annexe 4 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 le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la caisse primaire d'Assurance Maladie sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 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 primaire d'Assurance Maladie de Seine et Marne 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 de moins de 15 ans 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), conformément à la convention médicale et au décret du 29/06/2017,
- 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 visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe 2, 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 Conseil Départemental par la caisse primaire d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

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

La participation de la caisse primaire 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 primaire d'Assurance Maladie, à l'adresse suivante au fil de l'eau à l'adresse suivante

CPAM de Seine et Marne
77605 Marne la Vallée Cedex 03

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 55 771 030.

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 primaire 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 primaire 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 5, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

Le contrôle des tarifs peut s'effectuer sur la base des informations figurant dans la copie du marché passé avec le fournisseur, mentionné à l'article 6.2 du titre I, et transmise à chaque changement de tarif à la caisse primaire d'Assurance Maladie par le service départemental de PMI.

- **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 primaire d'Assurance Maladie peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement 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.

- **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. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée.

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

TITRE IV
DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le département et la caisse primaire d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le département s'engage à 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 primaire d'Assurance Maladie s'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 Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile 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 Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile 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 6 organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16 PAIEMENT AU DEPARTEMENT

Les règlements sont effectués à :
Paierie départementale de Seine et Marne
Code Banque : 30001
Code Guichet : 00525
N° Compte : C770 0000000 clé 66

La caisse primaire d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le département **dans le mois** qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17 CONTROLE DES REGLEMENTS

La caisse primaire d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le département s'engage à rembourser la 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 18 SUIVI ET EVALUATION

Le département et la caisse primaire d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, 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 primaire d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'acquiescer une couverture sociale,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

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.

Fait à Rubelles le en deux exemplaires originaux.

Pour « la caisse primaire
d'Assurance Maladie » de Seine et
Marne
Le Directeur,

Pour le Département
Le Président du Conseil
Départemental,

Isabelle Bertin

XXXXXXXXXXXXXXXXXX