

# CIRCULAIRE

## CIR-32/2019

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

11/09/2019

**Domaine(s) :**

gestion du risque

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Examens obligatoires de l'enfant : nouvelles modalités de facturation à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019

**Liens :**

LR-DDGOS-18/2019

**Plan de classement :**

P10-01

**Emetteurs :**

DDGOS

**Pièces jointes : 7**

**à Mesdames et Messieurs les**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b>	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> <b>DCGDR</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

**Résumé :**

La présente circulaire a pour objet de présenter les nouvelles modalités de facturation à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019 des examens de l'enfant suite au redéploiement du calendrier en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, et de préciser les actions d'information des professionnels de santé et des assurés déployées pour promouvoir le suivi de ces examens.

**Mots clés :**

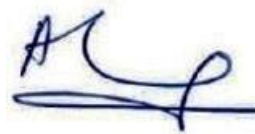
Examens obligatoires de l'enfant ; suivi médical de l'enfant ; calendrier ; PMI

**Le Directeur Délégué  
aux Opérations**



**Pierre PEIX**

**La Directrice Déléguée  
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



**Annelore COURY**

## **CIRCULAIRE : 32/2019**

Date : 11/09/2019

Objet : Examens obligatoires de l'enfant : nouvelles modalités de facturation à compter du 1er septembre 2019

Affaire suivie par :

- **Département Prévention et Promotion de la Santé** (coordination redéploiement calendrier examens de suivi médical de l'enfant) :
  - o Véronique Belot                   ✉ : [veronique.belot@assurance-maladie.fr](mailto:veronique.belot@assurance-maladie.fr)
  - o Cécile Doghmane               ✉ : [cecile.doghmane@assurance-maladie.fr](mailto:cecile.doghmane@assurance-maladie.fr)
- **Département des actes** (facturation/code prestation)
  - o ✉ : [dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr)

**Version rechargée (deuxième rechargement à la suite de la création du nouveau code prestation COA et de la mise en place du parcours de soins à Mayotte)**

### **EXAMENS OBLIGATOIRES DE L'ENFANT : NOUVELLES MODALITES DE FACTURATION**

Dans la continuité de la LR-DDGOS-18/2019 faisant le point sur le redéploiement du calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant, la présente circulaire a pour objet de diffuser les nouvelles modalités de facturation de ces 20 examens, effectives à compte du 1<sup>er</sup> septembre 2019. Elle précise les actions d'information déployées auprès des professionnels de santé et des assurés pour promouvoir le suivi de ces examens.

#### **I. RAPPEL DU CONTEXTE**

Suite aux recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP) saisi dans le cadre de la refonte du carnet de santé de l'enfant intervenue en 2018, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 (article 56 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018), le décret n°2019-137 du 26 février 2019, et l'arrêté du 26 février 2019 modifient le calendrier des examens de santé de l'enfant. Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, les examens de l'enfant s'échelonnent jusqu'à 16 ans au lieu de 6 ans précédemment.

Chaque enfant bénéficie de mesures de prévention sanitaire et sociale comprenant, notamment, 20 examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. Ces examens ont, notamment, pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et

affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. Précédemment, ces examens étaient tous réalisés avant l'âge de 6 ans.

L'enjeu principal du redéploiement des examens de l'enfant est de renforcer le suivi de la santé chez les jeunes par la création, notamment, de nouveaux examens après l'âge de 6 ans : entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et 15 et 16 ans. A ces âges, en effet, la surveillance médicale est moins régulière alors que de nouveaux enjeux pour la santé apparaissent. En favorisant les contacts entre les jeunes et leur médecin, ces nouveaux rendez-vous médicaux sont l'occasion d'aborder tous les aspects de la santé des enfants et des adolescents et de les inciter à prendre soin de leur santé. C'est aussi une opportunité d'orienter les jeunes et/ou leur famille vers des structures adaptées quand cela est nécessaire.

La loi prévoit également le transfert de la prise en charge de ces examens du risque « maternité » au risque « maladie », à l'exception des examens réalisés dans les 12 jours qui suivent la naissance. Ce transfert ayant nécessité la création de codes prestations spécifiques est effectif à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019.

Tous ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs de responsabilité (hors dépassements d'honoraires) et sans avance de frais. Pour les 3 examens donnant lieu à certificat (COE), la consultation est réalisée obligatoirement à tarif opposable.

## **II. NOUVELLES MODALITES DE FACTURATION**

### **II-1. Présentation des nouveaux codes ouverts à compter du 1er septembre 2019**

Les nouveaux codes prestations créés et disponibles à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019, permettent :

- la prise en charge financière sur le risque maladie de tous les examens de l'enfant à l'exception de celui ou ceux réalisés au cours des 12 premiers jours suivant la naissance de l'enfant,
- la prise en charge à 100% de la consultation, sur la base des tarifs de responsabilité,
- la non application du parcours de soins pour l'examen à 16 ans,
- une traçabilité dans les bases informationnelles de l'assurance maladie des examens réalisés.

*Pour rappel : le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'assurance maladie pour la prise en charge des différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'est calculé le niveau de remboursement.*

5 codes prestations ont été ainsi créés, ils ont les particularités suivantes :

- ils ont un tarif différent selon la localisation géographique (métropole, DROM hors Mayotte et Mayotte) à l'instar de la C – CS et de la G - GS,
- ils peuvent être utilisés par un médecin généraliste, pédiatre (en libéral ou centre de santé) ou par un établissement de santé dans des situations qui leur sont propres,
- ce sont des codes prestations qui ne sont pas inscrit en NGAP ou dans la convention médicale, ce sont des codes informatiques qui permettent de facturer selon les règles imposées par les textes réglementaires,
- le tarif du code correspond au tarif total de la consultation avec majorations éventuelles qui sont facturables dans le cadre d'une consultation simple ou coordonnée.

Les codes ne sont compatibles avec aucune majoration conventionnelle ou de la NGAP mise à part la majoration de déplacement MD définie à l'article 14.2 de la NGAP.

La fiche réglementaire n° 171 reprenant l'ensemble de ces informations, a été adressée aux éditeurs de logiciels. Une nouvelle version de la fiche réglementaire (n°190) et un avenant au cahier des charges SESAM-VITAL permettant d'apporter une aide à la facturation des codes pour les PS ont été produits au cours de l'année 2020.

## II-2. Modalité de facturation en activité libérale ou centre de santé en métropole

- Pour les **trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat**, le code **COE à 46€** doit être facturé à tarif opposable.
- Pour les autres examens obligatoires le tarif et ainsi le code à utiliser diffère selon la spécialité du médecin, l'âge des enfants, le secteur de conventionnement et la facturation au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires. Se référer au tableau ci-dessous qui présente les codes de facturation.

Tarifs des consultations en ville pour les examens obligatoires "enfants" ne donnant pas lieu à certificat selon la spécialité, le secteur, le respect des tarifs opposables et l'âge du patient en Métropole

Caractéristiques du médecin		Age du patient	dépassement (dep) ou tarif opposable (TO)	Facturation	Tarif de responsabilité €	correspondance en cotation hors examen obligatoire de l'enfant	
Spécialité du médecin	secteur						
Médecin généraliste ou Médecin Généraliste spécialiste de médecine générale	1 ou 2 OPTAM	[0-6 ans[	S1 TO et S2 OPTAM TO* ou avec dép.	COD	30	G (ou GS)+MEG	
		[6 et plus		COB	25	G (ou GS)	
	2 non OPTAM	[0-6 ans[	TO*	COD	30	G (ou GS) +MEG	
			dép.	COG	28	C+MEG	
		[6 et plus	TO*	COB	25	G (ou GS)	
		dép.	COA	23	C		
Pédiatre	1 ou 2 OPTAM	[0-2 ans[	S1 TO et S2 OPTAM TO* ou avec dép.	COH	32	CS+MEP+NFP	
		[2-6 ans[			32	CS+MEP+NFE	
		[6-16 ans]		COG	28	CS+NFE si le pédiatre est le médecin traitant	
				COD	30	CS+MPC+MCS si le pédiatre n'est pas le médecin traitant	
	2 non OPTAM	[0-2 ans[		TO*	COH	32	CS+MEP+NFP
				dép.	COG	28	CS+NFP
		[2-6 ans[		TO*	COH	32	CS+MEP+NFE
				dép.	COA	23	CS
		[6-16 ans]		TO*	COG	28	CS+NFE si le pédiatre est le médecin traitant
				TO*	COD	30	CS+MPC+MCS si le pédiatre n'est pas le médecin traitant
	dép.	COA	23	CS			

\*patients bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire ou choix du médecin de ne pas faire de dépassement

A noter que la NFE n'est pas applicable lorsque l'enfant à 16 ans pour une consultation hors examen de l'enfant. Néanmoins pour des raisons de simplification du dispositif le pédiatre pourra coder la COG de 28€ dans le cadre de l'examen obligatoire réalisé sur un enfant âgé de 16 ans révolus.

Se reporter au point II-7 de la présente circulaire pour le cas particulier du second examen de l'enfant et au point II-8 pour les examens de l'enfant donnant lieu à certificat.

### II-3. Modalité de facturation en activité libérale ou centre de santé dans les DROM

- Pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat, le code COE à 55,2€ doit être facturé.
- Pour les autres examens obligatoires le tarif et ainsi le code à utiliser diffère selon la spécialité du médecin, l'âge des enfants, le secteur de conventionnement et la facturation au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires. Se référer au tableau ci-dessous qui présente les codes de facturation.

Tarifs des consultations en ville pour les examens obligatoires "enfants" ne donnant pas lieu à certificat selon la spécialité, le secteur, le respect des tarifs opposables et l'âge du patient dans les DROM

Caractéristiques du médecin		Age du patient	dépassement (dep) ou tarif opposable (TO)	Facturation	Tarif de responsabilité €	correspondance en cotation hors examen obligatoire de l'enfant
Spécialité du médecin	secteur					
Médecin généraliste ou Médecin Généraliste spécialiste de médecine générale	1 ou 2 OPTAM	[0-6 ans[	S1 TO et S2 OPTAM TO* ou avec dép.	COD	34,6	G (ou GS)+MEG
		[6 et plus		COB	29,6	G (ou GS)
	2 non OPTAM	[0-6 ans[	TO* dép.	COD	34,6	G (ou GS) +MEG
		[6 et plus	TO* dép.	COB	29,6	G (ou GS)
						C
Pédiatre	1 ou 2 OPTAM	[0-2 ans[	S1 TO et S2 OPTAM TO* ou avec dép.	COH	36,6	CS+MEP+NFP
		[2-6 ans[			36,6	CS+MEP+NFE
		[6-16 ans]		COG	32,6	CS+NFE si le pédiatre est le médecin traitant
				COD hors Mayotte COM à Mayotte	34,60 36,60	CS+MPC+MCS si le pédiatre n'est pas le médecin traitant (+MTS à Mayotte)
	2 non OPTAM	[0-2 ans[	TO* dép.	COH	36,6	CS+MEP+NFP
				COG	32,6	CS+NFP
		[2-6 ans[	TO* dép.	COH	36,6	CS+MEP+NFE
				COA	27,6	CS
		[6-16 ans]	TO*	COG	28	CS+NFE si le pédiatre est le médecin traitant
			TO* dép.	COD hors Mayotte COM à Mayotte	34,60 36,60	CS+MPC+MCS si le pédiatre n'est pas le médecin traitant (+MTS à Mayotte)
			COA	27,6	CS	

\*patients bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire ou choix du médecin de ne pas faire de dépassement

A noter que la NFE n'est pas applicable lorsque l'enfant à 16 ans pour une consultation hors examen de l'enfant. Néanmoins pour des raisons de simplification du dispositif le pédiatre pourra coder la COG de 32,6€ dans le cadre de l'examen obligatoire réalisé sur un enfant âgé de 16 ans révolus.

Pour Mayotte, le parcours de soins s'appliquant depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (et ainsi l'ouverture de la MCS) le code à facturer est le COM à 36,6€ pour les autres examens obligatoires des enfants de 6 à 17 ans. A noter la suppression du code MTJ qui avait été mis en place afin de compenser l'absence de la MCS à Mayotte.

Se reporter au point II-7 pour le cas particulier du second examen de l'enfant et au point II.8 pour les examens de l'enfant donnant lieu à certificat.

#### II-4. Modalité de facturation dans le cadre des actes et consultations externes des établissements ex-DG et des établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés en métropole

##### ➤ Le médecin généraliste ou spécialiste de médecine générale

- Pour les **trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat**, le code **COE à 46€** doit être facturé.
- Pour les autres examens obligatoires **des enfants de 0 ans à 6 ans**, le code **COD à 30€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison de « G ou (GS) + MEG ».
- Pour les autres examens obligatoires **des enfants de 6 ans et plus**, le code **COB à 25€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la G ou (GS).

##### ➤ Le pédiatre

- Pour les **trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat**, le code **COE à 46€** doit être facturé.
- Pour les autres examens obligatoires des enfants, le code **COB à 25€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison de « CS+MPC ». En cas de retour vers le médecin traitant, le code **COD à 30€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison « CS+MPC+MCS ».

En complément, se référer à l'annexe 1 qui présente les codes à facturer pour chaque examen pour les établissements ex-DG en métropole.

Se reporter au point II.7 pour le cas particulier du second examen de l'enfant et au point II.8 pour les examens de l'enfant donnant lieu à certificat.

#### II-5. Modalité de facturation dans le cadre des actes et consultations externes des établissements ex-DG et des établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés dans les DROM

##### ➤ Le médecin généraliste ou spécialiste de médecine générale

- Pour les **trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat**, le code **COE à 55,2€** doit être facturé.
- Pour les autres examens obligatoires **des enfants de 0 ans à 6 ans**, le code **COD à 34,6€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison de « G ou (GS) + MEG ».
- Pour les autres examens obligatoires **des enfants de 6 ans et plus**, le code **COB à 29,6€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la G ou (GS).

##### ➤ Le pédiatre

- Pour les **trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat**, Le code **COE à 55,2€** doit être facturé.
- Pour les autres examens obligatoires des enfants, le code **COB à 29,6€** doit être facturé. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison de « CS+MPC ». En cas de retour vers le médecin traitant,

le code **COD à 34,6€** doit être facturé **dans les DROM**. La valeur du code correspond au tarif de la combinaison « CS+MPC+MCS ».

**En complément, se référer à l'annexe 2 qui présente les codes à facturer pour chaque examen pour les établissements ex-DG en métropole.**

**Se reporter au point II.7 pour le cas particulier du second examen de l'enfant et au point II.8 pour les examens de l'enfant donnant lieu à certificat.**

## **II-6. Prise en charge à 100% et dispense d'avance de frais**

L'article 56 de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale pour 2019 prévoit la prise en charge à 100% et sans avance de frais par l'Assurance Maladie pour les 20 examens de suivi médical de l'enfant :

- L'article L. 162-1-22 du code de la sécurité sociale est inséré et ainsi rédigé : « Les bénéficiaires de l'assurance maladie bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »
- L'alinéa 25 de l'article L160-14 du code de la sécurité sociale fixant la liste des actes et prestations pour lesquelles la participation de l'assuré est limitée ou supprimée, est inséré et ainsi rédigé : « 25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code ».

La dispense d'avance de frais s'applique pour les examens du suivi médical de l'enfant réalisés en ville (la dispense d'avance de frais pour les actes et consultations externe réalisés en établissement étant déjà appliquée (article L162-21-1 du code de la sécurité sociale).

En pratique, les consignes de facturation pour la mise en œuvre du tiers payant sont les suivantes :

- **Pour les Feuilles de Soins Electroniques** : le professionnel positionne au niveau de son logiciel, le tiers payant,
- **Pour les Feuilles de Soins Papier** : le professionnel indique « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire ».

## **II-7. Cas particulier pour le deuxième examen du calendrier**

Le deuxième examen de l'enfant peut être réalisé au cours de la seconde semaine après la naissance. Ainsi, selon la volonté du législateur, cet examen sera pris en charge sur :

- **le risque maternité s'il a lieu au cours des 12 premiers jours suivant la naissance de l'enfant**<sup>1</sup>.  
Dans ce cas, le médecin doit facturer l'examen de manière identique à une consultation simple ou coordonnée en indiquant le risque « maternité » (ainsi la consultation est prise en charge à 100% du tarif de responsabilité, sur le risque maternité<sup>2</sup>).
- **le risque maladie s'il a lieu le 13<sup>e</sup> ou 14<sup>e</sup> jour de l'enfant.**

<sup>1</sup> La facturation sur le risque « maladie » est autorisée si le patient est bénéficiaire de l'AME (absence d'exonération « maternité » dans les dossiers AME)

<sup>2</sup> Pour rappel, dans le cas d'une facturation en maternité avec un logiciel SESAM-Vitale, le professionnel de santé doit sélectionner la nature d'assurance maternité et renseigner la date d'accouchement comme il le fait sur une feuille de soins papier.

Dans ce cas, les nouveaux codes détaillés ci-dessus qui permettent directement la prise en charge à 100% du tarif de responsabilité, sur le risque maladie sont à utiliser pour la facturation.

## **II-8. Impact du transfert de la prise en charge financière du risque « maternité » au risque « maladie » sur la cotation des COE**

Les consultations réalisées pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à la rédaction d'un certificat de santé (réalisés dans les 8 jours suivant la naissance, à 8 mois et entre 23 et 24 mois) facturées COE étaient précédemment prises en charge sur le risque « maternité ». Le transfert de la prise en charge financière sur le risque « maladie » pour les examens réalisés à partir du 13<sup>e</sup> jour de l'enfant, implique que seul le 1<sup>er</sup> examen qui doit se dérouler dans les 8 jours suivant la naissance reste à facturer sur le risque « maternité ». Pour ce 1<sup>er</sup> examen, le médecin doit sélectionner la nature d'assurance maternité et renseigner la date d'accouchement lorsqu'il facture la COE<sup>3</sup>.

Pour les deux autres examens COE, le risque « maladie » doit être indiqué.

L'article 14.9 de la NGAP va être modifié dans ce sens dans une décision à paraître. La phrase « Ces consultations sont prises en charge au titre de l'assurance maternité, conformément aux articles L.160-9 du Code de la sécurité sociale et L.2132-2 du code de la santé publique. » est remplacée par « Conformément aux articles L. 160-9 du Code de la sécurité sociale et L. 2132-2 du code de la santé publique, la première consultation dans les huit jours suivant la naissance est pris en charge au titre de l'assurance maternité et les deux suivantes sont prises en charge au titre de l'assurance maladie »

Il est rappelé que les codes « COE » sont facturés sur la base des tarifs opposables.

## **III. ACTIONS DE COMMUNICATION**

Les actions de communication auront à la fois pour objectif de promouvoir les examens de l'enfant auprès des parents et des professionnels, et d'informer les médecins des nouvelles modalités de facturation suite à la création des nouveaux codes prestations.

### **III-1. Information pour les médecins**

Les outils mis à disposition en mars 2019 pour informer et accompagner les médecins sur ce redéploiement seront mis à jour pour intégrer les nouvelles modalités de facturation :

- Le dossier sur le suivi médical de l'enfant et de l'adolescent mis en ligne sur ameli.fr dans les espaces « médecins », « centres de santé » et « établissements de santé », dans les rubriques « actualités » et « santé et prévention ». Il présente l'évolution du calendrier des examens de l'enfant ainsi que l'enjeu des nouveaux examens après 6 ans,
- L'affiche pour les professionnels de santé avec le calendrier des examens de l'enfant et de l'adolescent en vigueur depuis le 1er mars 2019 intégrant les nouvelles modalités de facturation. Les modalités de facturation étant différentes en fonction de la spécialité du professionnel de santé, de son secteur de conventionnement et de son lieu d'exercice, cette affiche est déclinée en 4 versions (annexes 3),
- Dans le cadre du partenariat entre l'Assurance Maladie et les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, la note à l'attention des PMI destinée à informer les médecins de PMI de ce redéploiement, mise en ligne sur ameli-réseau.

---

<sup>3</sup>Si l'enfant n'est pas encore inscrit sur la carte Vitale utilisée pour le premier examen donnant lieu à la rédaction du premier certificat de santé, la facturation sur le risque « maladie » est autorisée.



Les organismes d'Assurance Maladie sont invités à transmettre ce courrier ainsi que les documents à l'attention des médecins et du grand public, à leurs correspondants de PMI. L'attention est attirée sur l'importance de transmettre ces documents aux PMI,

- Le Script médialog,
- Une information nationale sera délivrée en CPN médecins et centres de santé. Elle devra également être délivrée localement via les CPL médecins et/ou les pages locales ameli.fr.

Les nouveautés :

- Un email d'information sera adressé via l'outil Osmose aux médecins généralistes et pédiatres au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2019 pour les informer de ces nouvelles modalités de facturation,
- Une actualité en première page de l'espace médecin du site ameli attirera leur attention sur les nouvelles modalités de facturation,
- Un article sur ce sujet sera mis à disposition dans l'e-news médecin de septembre 2019.

### **III-2. Information pour les assurés**

Les outils mis à disposition en mars 2019 pour informer et accompagner les familles feront l'objet d'une actualisation et d'une promotion :

- Le dossier sur le suivi médical de l'enfant et de l'adolescent mis en ligne sur ameli.fr : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
- L'affiche et le flyer à destination du grand public avec le calendrier des examens de l'enfant et de l'adolescent. Les caisses sont invitées à promouvoir ces outils auprès des partenaires locaux recevant des familles (annexe 4).

Les nouveautés :

- La campagne d'emailing aux parents via l'outil OSMOSE, fera l'objet d'une extension. Pour mémoire, depuis début mars un email d'information est adressé via OSMOSE aux parents d'enfants âgés 8, 9, 11, 13, 15, 16 ans, à la date anniversaire de leur enfant afin de susciter l'intérêt des parents pour ces nouveaux examens et de rappeler, le cas échéant, le parcours vaccinal. A partir du 4<sup>ème</sup> trimestre 2019, cette action sera étendue aux autres tranches d'âges suivantes : 2 mois, 4 mois, 10 mois et 22 mois.
- Une actualité en première page de l'espace « assurés » d'ameli.fr sensibilisera les parents au suivi de ces examens.

### **III-3. Impression des documents pour les professionnels de santé et le grand public**

La CNAM imprimera pour le compte des caisses primaires :

- Des affiches pour les cabinets médicaux recevant des femmes enceintes, les PMI et les structures accueillant des femmes enceintes vulnérables (associations, CCAS...),
- Des flyers à destination du grand public, pour les ateliers maternité organisés par les caisses primaires, et les maternités notamment pour faire la promotion avant la sortie de la maternité du second examen de l'enfant à réaliser au cours de la deuxième semaine de l'enfant.

Un questionnaire sera mis en ligne sur ameli réseau courant du 4<sup>ème</sup> trimestre 2019 pour recueillir les besoins de chaque caisse en termes de volumétrie.

**Textes règlementaires :**

- [Article 56 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de Financement de la Sécurité Sociale de 2019,](#)
- [Article L. 2132-2 du code de la santé publique](#) modifié par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019,
- [Décret n° 2019-137 du 26 février 2019,](#)
- [Arrêté du 26 février 2019.](#)

&&&&&

**ANNEXES**

- **Annexe 1** : Facturation des examens obligatoires de l'enfant dans le cadre des actes et consultations externes des établissements ex-DG (tarifs métropole),
- **Annexe 2** : Facturation des examens obligatoires de l'enfant dans le cadre des actes et consultations externes des établissements ex-DG (DROM),
- **Annexe 3** : affiche professionnels de santé intégrant au verso les nouvelles modalités de facturation.  
4 versions : activité libérale ou centre de santé en métropole (annexe 3.1), activité libérale ou centre de santé dans les DROM (annexe 3.2), facturation dans le cadre des actes et consultations externes des établissements en ex-DG en métropole (annexe 3.3), facturation dans le cadre des actes et consultations externes des établissements en ex-DG dans les DROM (annexe 3.4),
- **Annexe 4** : affiche et flyer grand public.