

Depuis le 1er avril 2016, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait IVG.

=> dispense totale d'avance de frais

=> dépassement tarifaire interdit

### Le forfait comprend :

#### POUR LE MÉDECIN / SAGE-FEMME

- consultation de recueil de consentement, préalable à l'IVG = cotée en un **IC** ou **ICS** (26,5€) ou un **IPE** (36,65€ - consultation + écho pré-IVG)
- les 2 consultations de prise de médicaments = cotées en un **FHV** (forfait consultations de ville 74€)
- le remboursement des médicaments = coté en un **FMV** (forfait médicaments de 105,63€ avant 7SA / 122,01€ entre 7 et 9 SA)
- l'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est Rh-négatif.
- la consultation de contrôle après IVG = cotée un **IC** ou **ICS** (26,5€), ou un **IVE** (consultation + échographie = 30,24€, si le médecin/sage-femme réalise lui-même l'échographie lors de la consultation).

*Ce découpage du forfait IVG permet une souplesse pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel (par exemple, facturation de la consultation de remise de consentement préalable à l'IVG pour le médecin ou la sage-femme, même si l'IVG est ensuite réalisée à l'hôpital); la facturation peut être faite en seule fois.*

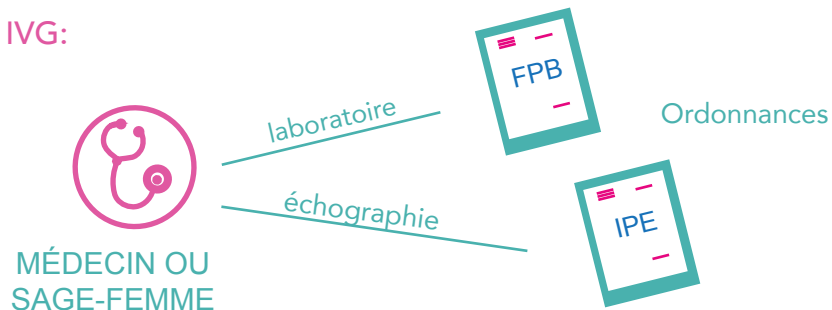
#### POUR LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE ET LES CABINETS DE RADIOLOGIE

Certains examens nécessaires à la réalisation d'une IVG sont intégralement pris en charge.

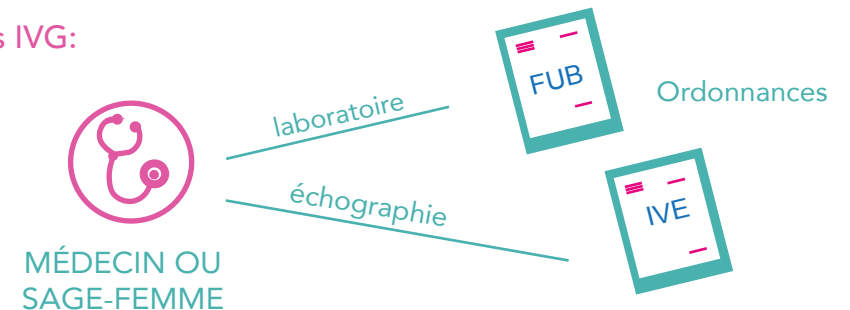
Ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'une sage-femme associée aux codes suivants :

- analyses biologiques avant IVG = **FPB** (69,12€), dosage hCG, analyse du groupe rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières en cas de rhésus D négatif, bilan IST.
- contrôles biologiques après IVG = **FUB** (17,28€), dosage hCG.
- vérification échographique avant IVG = **IPE** (35,65€),
- vérification échographique après IVG = **IVE** (30,24 €)

Avant IVG:



Après IVG:



## CODES DES ACTES SPÉCIFIQUES

Médecins, gynécologues, sages-femmes

- IC ou ICS, ou IPE si écho pré-IVG
- FHV
- FMV (tarifs ≠ si < 7 SA ou entre 7 et 9 SA)
- IC ou ICS, ou IVE si écho post IVG

## Echographistes

- Avant IVG si écho non faite par PS : IPE
- Après IVG si écho non faite par PS : IVE

## Laboratoires

- Avant IVG : FBP
- Après IVG : FUB

La prise en charge à 100% par l'AMO, la pratique du tiers-payant obligatoire et l'absence de décompte envisagé à l'assuré pour l'IVG **garantissent l'anonymat de l'intéressée**. Le professionnel, dès lors qu'il dispose d'un support de droit (carte vitale, attestation de NIR) n'aura pas à rendre anonyme sa facturation.

### • CARTE VITALE DE L'ASSURÉE



### • CARTE VITALE DE L'AYANT-DROIT



### • SANS LA CARTE VITALE • NIR DE LA PATIENTE CONNU

- FSE
- Facturation ISOLÉE\*
- NIR de la patiente

- FSE en mode dégradé ou FSP
- Facturation ISOLÉE\*
- NIR de la patiente

\*Facturer les soins IVG de façon isolée (1 FSE dédiée aux actes IVG).  
Tout acte supplémentaire est à facturer sur un autre feuille de soin.

Toutefois, si le NIR réel ne peut être utilisé (absence carte vitale, absence attestation de droits assurance maladie), le professionnel doit utiliser le NIR fictif de l'IVG avec date de naissance réelle de la patiente.

### • SANS LA CARTE VITALE • SANS ATTESTATION DE DROIT • SANS NIR DE LA PATIENTE

- FSE ou FSP
- NIR anonyme  
2 55 55 55 974 030 / 39

## ANONYMAT SYSTEMATIQUE

=> l'ensemble des factures liées à l'IVG sont exclues des décomptes.

## L'ORDONNANCE

La prescription doit être faite sur une ordonnance ISOLÉE pour les examens spécifiques à l'IVG. Elle doit comporter l'identité de la patiente (secret demandé ou non), son âge + code de l'examen demandé (exemple : FPB, IPE...).

- AMO : assurance maladie obligatoire
- FSE : feuille de soins électronique
- FSP : feuille de soins papier
- NIR : numéro de sécurité sociale
- PS : professionnel de santé

Précisions si FSP

cocher : - «maladie» puis «exonération du ticket modérateur» puis «autre» (et non ALD, action prévention...)  
- «accès direct spécifique»  
- «l'assuré n'a pas payé de part obligatoire» et «n'a pas payé de part complémentaire»