

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

Cette prise en charge est assortie d'une **dispense totale d'avance de frais (tiers-payant) pour** :

- les **jeunes filles mineures** non émancipées sans consentement parental,
- les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire (**CMU C**),
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (**AME**)

Les dépassements tarifaires sur les actes IVG ne sont pas autorisés. L'IVG fait partie des exceptions du parcours de soins coordonnés (possibilité de consulter un médecin autre que médecin traitant, ou directement un(e) gynécologue, sage-femme)

Le forfait comprend :

POUR LE MÉDECIN / SAGE-FEMME

- consultation de recueil de consentement, préalable à l'IVG = cotée en un **IC** ou **ICS** (25€) ou un **IPE** (consultation + écho pré-IVG)
- les 2 consultations de prise de médicaments = cotées en un **FHV** (forfait consultations de ville 50€)
- 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** (25€), **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.

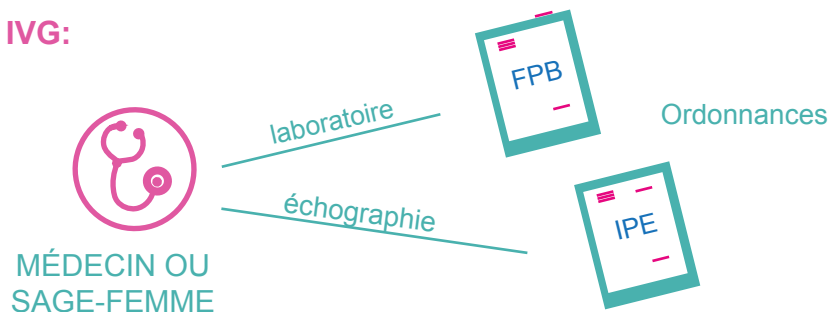
POUR LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE ET LES CABINETS DE RADIOLOGIE

Les coûts associés aux examens nécessaires à la réalisation d'une IVG peuvent intégralement être pris en charge en ville, que l'IVG soit réalisée en ville ou à l'hôpital.

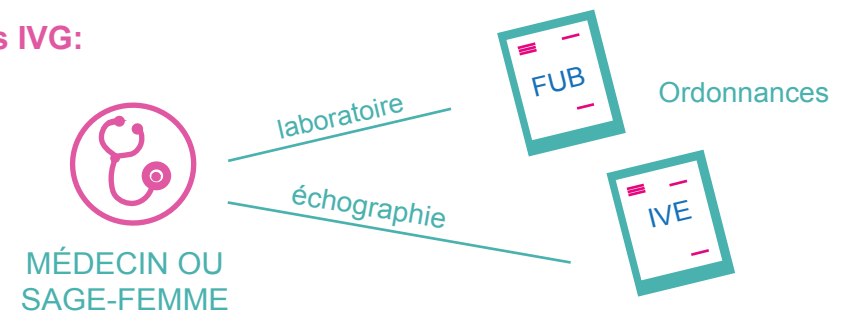
Ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'une sage-femme associée aux codes suivants :

- analyses biologiques avant IVG = **FPB** (69,12€), dosage hCG, analyse du groupe rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières en cas de rhésus D négatif.
- 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:



NB : Le bilan IST n'est pas compris dans le forfait IVG.

PARCOURS IVG - COMMENT FACTURER ?

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**

AVEC LA CARTE VITALE



Patiente immatriculée personnellement.



Carte vitale de l'assuré (parent/conjoint) dont la patiente est l'ayant-droit.

SANS LA CARTE VITALE

Secret non demandé

Feuille de soins électronique (**FSE**)
Facturation ISOLÉE
NIR de la patiente

Secret demandé

Feuille de soins papier (**FSP**)
Facturation ISOLÉE
NIR anonyme :
2 55 55 55 974 030 / 39

- Noter la date de naissance exacte de la patiente
- pour «nom-prénom» noter «anonyme»

Secret demandé ou non

FSP
NIR patiente ou
NIR anonyme

Code exo 3 - «soins particuliers exonérés» et «Tiers payant AMO». Sur la feuille de soins, cocher les cases «l'assuré n'a pas payé la part obligatoire» et «n'a pas payé la part complémentaire.»

L'ORDONNANCE

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

Sont tenus de faire bénéficier les jeunes filles mineures et les femmes majeures de la suppression de la participation de l'assuré et du secret si elles le souhaitent :

- les médecins (généralistes et autres spécialistes)
- les sages-femmes,
- les laboratoires de biologie médicale,
- les radiologues et échographistes.

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»