

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 30 mai 2016 portant extension d'application de la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres I<sup>er</sup> et IV et au chapitre 4 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et l'assurance maladie**

NOR : AFSS1608981A

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique et le secrétaire d'Etat chargé du budget,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 5232-3 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-1 et L. 165-6 ;

Vu l'avis du comité économique des produits de santé en date du 16 février 2016,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – En application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale, la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres I<sup>er</sup> et IV et au chapitre 4 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté et conclue le 15 juillet 2015 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, le Syndicat national des prestataires de santé à domicile, le Syndicat national des associations d'assistance à domicile et l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux, est rendue applicable à l'ensemble des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé, le directeur du budget au ministère des finances et des comptes publics, le directeur des affaires financières, sociales et logistiques au ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et la directrice générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 mai 2016.

*La ministre des affaires sociales  
et de la santé,*

MARISOL TOURAINE

*Le ministre des finances  
et des comptes publics,*

MICHEL SAPIN

*Le ministre de l'agriculture,  
de l'agroalimentaire et de la forêt,  
porte-parole du Gouvernement,*

STÉPHANE LE FOLL

*Le ministre de l'économie,  
de l'industrie et du numérique,*

EMMANUEL MACRON

*Le secrétaire d'Etat  
chargé du budget,*

CHRISTIAN ECKERT

ANNEXE  
CONVENTION NATIONALE

organisant les rapports

entre

l'Assurance Maladie,

et

les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres I et IV et au chapitre 4 du Titre II  
de la liste prévue à l'article L.165-1  
du code de la sécurité sociale

conclue entre

- l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par son directeur général,
- et,
- le Syndicat National des Prestataires de Santé à Domicile, représenté par son Président,
- le Syndicat National des Associations d'Assistance à Domicile, représenté par son Président,
- l'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux, représentée par son Président,

Table des matières

Préambule

Titre I : champ de la convention

Article 1 : objet de la convention

Article 2 : partenaires conventionnels

Article 3 : bénéficiaires de la convention

Titre II : dispositifs de maîtrise des dépenses

Article 4 : engagement des prestataires à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

Article 5 : échanges de données

Article 6 : communication des données statistiques issues du codage

Article 7 : données transmissibles par les syndicats

Titre III : adhésion du prestataire à la convention

Article 8 : volontarisme de l'adhésion

Article 9 : personnes éligibles au conventionnement

Article 10 : pluralité des locaux

Article 11 : modalités de reconnaissance de l'adhésion

Article 12 : changements intervenant dans la situation ou dans l'activité du prestataire

Article 13 : résiliation de l'adhésion à la convention

Article 14 : référencement des prestataires par l'Assurance Maladie

Titre IV : conditions de dispensation des prestations

Article 15 : libre choix de l'assuré

Article 16 : relations entre le prestataire et l'assuré

Article 17 : relations avec les professionnels de santé

Article 18 : obligations de bonnes pratiques de dispensation

Article 19 : normes d'installation et d'équipement

Article 20 : assurances souscrites par le prestataire

Article 21 : réception des assurés par un personnel qualifié

Article 22 : information de l'assuré

Article 23 : conformité de la prestation à la prescription

Article 24 : formalité de l'accord préalable

Article 25 : conditions de livraison et de mise en place à domicile

Article 26 : réparations des produits délivrés

Article 27 : nettoyage et désinfection des produits délivrés

Titre V : facturation, transmission des ordonnances et règlement des prestations

Sous-Titre I : principes généraux de facturation

Article 28 : dispense d'avance des frais

Article 29 : volonté des parties de limiter le reste à charge des assurés

- Article 30 : conditions de facturation propres aux prestations et aux locations  
Article 31 : engagements ayant trait à la couverture maladie universelle  
Article 32 : motivation des refus de prise en charge  
Sous-Titre II : facturation en SESAM-Vitale  
Article 33 : principe de la facturation en SESAM-Vitale  
Article 34 : exigence d'adaptation des équipements informatiques  
Article 35 : moyens à mettre en oeuvre  
Article 36 : établissement des feuilles de soins électroniques  
Article 37 : traitement des incidents  
Article 38 : retours d'information  
Sous-Titre III : transmission des ordonnances  
Article 39 : tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale  
Article 40 : tri et transmission des ordonnances numérisées (dispositif SCOR)  
Article 41 : définition de la pièce numérique  
Article 42 : qualité de la pièce numérique  
Article 43 : conditions techniques de télétransmission des ordonnances  
Article 44 : convention de preuve  
Article 45 : conservation des preuves et de la protection des données  
Sous-Titre IV : aide à la télétransmission sécurisée  
Article 46 : modalités d'attribution des aides  
Article 47 : montant et octroi des aides  
Titre VI : suivi de l'application du régime conventionnel  
Article 48 : Commission Paritaire Nationale  
Article 49 : Commission Paritaire Régionale  
Article 50 : non respect des engagements conventionnels par le prestataire  
Article 51 : sanctions conventionnelles  
Article 52 : obligations du prestataire déconventionné  
Article 53 : incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle  
Article 54 : publicité des sanctions conventionnelles  
Article 55 : continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention  
Titre VII : règles partenariales générales  
Article 56 : cas de concertation avec les autres professions intervenant dans le champ des produits et prestations inscrits aux titres I et IV de la LPP  
Article 57 : entrée en application de la convention  
Article 58 : règles de représentation professionnelle présidant au partenariat conventionnel  
Article 59 : retrait d'une des parties de la convention  
Article 60 : résiliation de la convention

#### Annexes

- Annexe 1a : Formulaire d'adhésion à la Convention Nationale  
Annexe 1b : Courrier type de déclaration d'extension d'activité  
Annexe 2 : Engagement de maîtrise médicalisée des dépenses relatif à la PPC  
Annexe 3 : Liste des organismes gestionnaires de la convention  
Annexe 4 : Liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques  
Annexe 5 : Modalités de sécurisation et d'envoi des FSE

#### Préambule

La présente convention se substitue à la convention nationale du 7 août 2002. Elle est destinée à organiser les rapports entre l'Assurance Maladie et les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux Titres I et IV et au Chapitre 4 du Titre II de la Liste des Produits et Prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ci-après désignée par ses initiales communément admises : LPP.

L'application de l'ensemble des dispositions qu'elle contient s'inscrit dans le cadre plus large d'un strict respect des obligations légales et réglementaires régissant les conditions d'exercice et les règles de bonne pratique des prestataires.

Les prestataires conforment parfaitement leurs pratiques de dispensation aux principes en vigueur régissant les modalités de délivrance des produits et prestations définis, notamment en ce qui concerne les critères temporels et économiques conditionnant l'exécution des prescriptions médicales, par les articles R.165-36 à R.165-44 du code de la sécurité sociale.

Ils exercent leur activité dans le respect des règles présidant à leur exercice professionnel, notamment déterminées par les articles D. 5232-1 et suivants du code de la santé publique, et en toutes circonstances dans l'intérêt de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap. Une vigilance particulière est portée sur la délivrance, l'accueil des personnes et leur information, ainsi que les locaux d'exercice.

Les prestataires ont un comportement professionnel et éthique, exempt d'incitation à la prescription. Ils respectent la dignité et l'intimité de la personne et celles de sa famille, ainsi que les choix de cette personne et de son entourage. Ils sont tenus au secret professionnel.

Dans cet esprit, les parties signataires reconnaissent la nécessité de promouvoir une bonne application de ces règles en traduisant, dans la présente convention, certaines d'entre elles sous forme d'engagements de qualité des pratiques professionnelles.

Elles expriment leur volonté de mettre en place des dispositifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie permettant de concourir à la bonne gestion de celle-ci dans le respect des objectifs de qualité des soins et de préservation du périmètre des soins remboursables.

Les parties signataires s'accordent enfin sur leur volonté de moderniser et simplifier les échanges entre les organismes d'assurance maladie et les prestataires, notamment par la dématérialisation et la sécurisation des procédures de facturation des produits et prestations.

## TITRE I<sup>er</sup>

### CHAMP DE LA CONVENTION

#### **Article 1 : objet de la convention**

L'objet de la présente convention nationale est :

- d'organiser les rapports entre les parties signataires de manière à :
  - assurer à tous les bénéficiaires un accès à des prestations de qualité et la prise en charge de ces prestations dans le respect des obligations de chaque régime d'assurance maladie obligatoire;
  - garantir le libre choix du prestataire par l'assuré ;
  - satisfaire aux exigences d'efficacité des soins, de transparence des conditions de dispensation des prestations et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ;
- de définir les conditions de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais par l'assurance maladie obligatoire pour les produits et prestations inscrits aux Titres I et IV et au Chapitre 4 du Titre II de la LPP, outre la dispense d'avance des frais garantie aux personnes visées à l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- de définir les principes et modalités permettant la dématérialisation des circuits de facturation par la mise en œuvre du dispositif SESAM-Vitale et le développement de la scannérisation des ordonnances ;
- de déterminer les modalités d'échange d'informations à caractère économique entre les partenaires en favorisant notamment la communication et l'examen en commun des résultats des traitements automatisés des données du codage des produits et prestations inscrits à la LPP.

#### **Article 2 : partenaires conventionnels**

La présente convention régit les rapports partenariaux entre :

- au niveau national :
  - les organisations nationales syndicales représentant les prestataires intervenant dans les secteurs d'activités mentionnés au premier alinéa de l'article 1 de la présente convention, à l'exclusion des pharmaciens d'officine ;
  - l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),
- et aux niveaux local et régional :
  - les représentants régionaux désignés par les organisations nationales syndicales signataires appelés à défendre les intérêts des prestataires intervenant dans les secteurs d'activité mentionnés à l'alinéa 3 de l'article 1<sup>er</sup> de la présente convention, à l'exclusion des pharmaciens d'officine qui font l'objet d'une convention qui leur est propre ; ainsi que lesdits prestataires qui ont choisi de placer leur activité sous le régime organisé par celle-ci ;
  - et les caisses primaires d'assurance maladie du régime des travailleurs salariés, les caisses de mutualité sociale agricole et les caisses du régime social des indépendants qui ont en charge les intérêts des assurés affiliés à leur régime respectif.

Est désignée par la présente convention comme "prestataire" la personne morale qui délivre des produits et prestations inscrits aux titres I et IV et au chapitre 4 du titre II de la LPP et qui facture ses prestations aux organismes d'assurance maladie obligatoire conformément aux textes régissant son exercice et aux présentes dispositions conventionnelles.

Est ci-après désigné comme "l'organisme gestionnaire de la convention" l'organisme d'assurance maladie chargé de l'animation des relations entre les partenaires conventionnels dans chaque circonscription régionale. L'annexe 3 de la présente convention recense les 16 organismes visés et leurs circonscriptions régionales de compétence.

Est désigné ci-après comme "organisme de rattachement" l'organisme d'assurance maladie du régime général dans le ressort duquel le prestataire est installé et auprès duquel il demande son adhésion à la convention.

Les parties reconnaissent qu'aucune convention non conforme au présent dispositif et non validée par la commission paritaire nationale créée par l'article 46 de la présente convention ne peut régir les rapports entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les prestataires.

### **Article 3 : bénéficiaires de la convention**

La présente convention est applicable à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, par le régime de la couverture maladie universelle et par celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## TITRE II

### DISPOSITIFS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

#### **Article 4 : engagement des prestataires à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie**

##### **Paragraphe 1er : engagements généraux**

Les parties signataires constatent la forte progression au cours de la dernière décennie des dépenses d'assurance maladie dans le champ couvert par la présente convention.

Elles conviennent par conséquent de la nécessité de faire de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie un objectif commun afin de garantir le respect du périmètre des soins remboursables et la soutenabilité financière du système de santé.

A ce titre, elles s'accordent pour définir le rôle du prestataire au regard de cet engagement collectif et de considérer son activité et sa pratique afin d'optimiser quantitativement et qualitativement la délivrance des dispositifs médicaux des titres I et IV de la LPP et de garantir une juste application des règles de prise en charge correspondantes.

Le prestataire informe le patient et, si nécessaire au regard des produits et prestations prescrites, l'équipe soignante des modalités de délivrance et de prise en charge.

Le prestataire favorise la mise en œuvre des actions de maîtrise médicalisée des dépenses présentées chaque année au sein de la Commission Paritaire Nationale et ayant pour objet de garantir la bonne gestion des ressources consacrées au poste de dépenses relevant du champ de la convention.

Dans ce contexte, outre les actions de maîtrise médicalisée présentées ci-après, peuvent également être diffusés aux prestataires et aux organismes de prise en charge des rappels réglementaires sous forme de fiches pratiques.

##### **Paragraphe 2 : engagements particuliers liés à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie**

Le prestataire assure pleinement la responsabilité de la prestation qu'il dispense, dans le cadre de ses obligations légales et conventionnelles et dans le respect de la prescription. Dans ce but, les parties signataires définissent, à l'annexe 2 de la présente convention, des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses correspondant respectivement à un champ spécifique de l'activité du prestataire et méritant un engagement fort de ce dernier.

Les thèmes peuvent évoluer dans le temps, au regard des enjeux de santé publique, de l'organisation des soins, de l'évolution des dispositifs médicaux et des contraintes économiques pesant sur l'assurance maladie.

#### **Article 5 : échanges de données**

##### **Paragraphe 1 : finalité des échanges de données**

La transmission mutuelle de données ici prévue a pour objet de favoriser l'analyse concertée entre l'ensemble des parties, au sein des instances conventionnelles paritaires, des évolutions observées en matière de dépenses et de pratiques professionnelles, des tendances pouvant être dégagées et des mesures d'accompagnement susceptibles d'être soit mises en œuvre par les parties soit proposées aux pouvoirs publics.

##### **Paragraphe 2 : accès de l'assurance maladie aux données de télésuivi**

Les parties signataires travaillent, au sein de la Commission Paritaire Nationale, à une solution cible permettant l'accès des services médicaux de l'assurance maladie obligatoire aux données recueillies par les prestataires dans le cadre de la dispensation des prestations intégrant un télésuivi. Elles s'attachent ainsi à optimiser à l'avenir les procédures de facturation de ces prestations.

Cette solution répond aux exigences de sécurité garantissant l'intégralité et la confidentialité des données, dans le strict respect des principes de la loi n° 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il importe que ces données :

- soient conformes à celles qui sont stockées sur les serveurs des prestataires,
- soient inaltérables,
- correspondent aux données de suivi.

#### **Article 6 : communication des données statistiques issues du codage**

Les organismes nationaux d'assurance maladie obligatoire transmettent annuellement aux syndicats signataires les données statistiques obtenues grâce au codage de la LPP et faisant ressortir principalement :

- les montants de dépenses et les dénombrements, correspondant à chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie qu'ils représentent, par produit inscrit à la LPP, ainsi que par regroupements homogènes de produits inscrits sur celle-ci ;
- la déclinaison de ces montants en valeurs et en volumes par région ;

- le taux moyen de remboursement pour chaque produit inscrit ;

Les données économiques communiquées évoluent en fonction des développements qui pourront intervenir dans les outils de recueil mis en place par l'assurance maladie obligatoire.

#### **Article 7 : données transmissibles par les syndicats**

Les organisations professionnelles signataires conviennent de la nécessité de s'employer à recueillir, par les moyens qui leur sont propres, des données afférentes à leur secteur d'activité favorisant et alimentant l'échange d'informations à caractère économique avec les organismes d'assurance maladie au sein de la Commission Paritaire Nationale.

Elles s'efforcent notamment de remettre annuellement à la CNAMTS, en tant que secrétariat de la commission paritaire nationale, des études dégageant, pour le moins dans les domaines identifiés par des Sections au Titre I de la LPP, le reste à charge moyen pour les assurés en fonction du différentiel existant entre, d'une part, les montants totaux facturés par les prestataires aux organismes de prise en charge et, d'autre part, les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires. Ces études sont transmises à l'ensemble des membres de la commission.

Elles communiquent également à la CNAMTS un état des lieux représentatif du secteur d'activité visé par la présente convention. Il intègre notamment :

- la typologie des acteurs en fonction de leur poids économique et de leur champ d'activité, en distinguant associations et entreprises.

La méthode précise de réalisation de cette typologie est définie par les partenaires en commission paritaire nationale.

- dans la mesure du possible, un bilan social du secteur faisant notamment ressortir l'évolution de l'emploi et des salaires et la politique de formation.

### TITRE III

#### ADHÉSION DU PRESTATAIRE À LA CONVENTION NATIONALE

##### **Article 8 : volontarisme de l'adhésion**

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met la convention et ses éventuels avenants à disposition des prestataires sur son site internet.

Le prestataire précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention. Dans ce cas, il le fait savoir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme de rattachement.

Le prestataire non conventionné qui souhaite devenir adhérent en fait la demande en adressant à l'organisme de rattachement, par lettre recommandée avec accusé de réception, le formulaire d'adhésion figurant à l'annexe 1 de la convention. Son adhésion est effective à la date à laquelle la caisse la lui notifie dans les conditions de l'article 11.

En cas de conclusion d'un avenant à la présente convention, le prestataire qui en refuse les termes renonce au bénéfice de la présente convention dans son intégralité. Il adresse à l'organisme de rattachement dans le ressort duquel il est implanté un courrier recommandé avec accusé de réception l'en informant, dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente convention. Une copie de ce courrier est adressée par l'organisme de rattachement aux autres organismes locaux relevant de l'UNCAM.

##### **Article 9 : personnes éligibles au conventionnement**

Ne peuvent être adhérentes de la présente convention que les personnes morales dont l'activité, exercée à titre principal ou non, consiste à délivrer tout ou partie des produits et prestations susvisés :

- qui s'engagent à mettre en oeuvre l'ensemble des moyens susceptibles de garantir le strict respect des règles d'exercice et des règles de délivrance conditionnant la prise en charge desdits produits et prestations, en veillant notamment à ce que la formation et la compétence de leurs personnels salariés soient conformes aux obligations réglementaires, en tenant compte de leurs évolutions et aux impératifs de qualité définis par les règles de prise en charge.
- qui disposent de locaux d'activité ressortissants du domaine privé, installés, agencés et équipés conformément aux normes fixées par les textes applicables et à l'article 10, à l'exclusion des locaux implantés au sein d'établissements de santé ou médico-sociaux.

Un établissement non doté de la personnalité juridique ne peut adhérer à la présente convention indépendamment de la personne morale à laquelle il se rattache.

Lorsque l'activité de prestataire est développée par un professionnel déjà placé sous le régime d'une autre convention au titre d'une activité principale différente, il est exempté de l'obligation d'adhérer formellement et cumulativement à la présente convention pour facturer en tiers payant les prestations relevant de celle-ci. Il est cependant réputé en connaître et respecter la totalité des dispositions.

Lorsque le prestataire développe une activité relevant d'un autre dispositif conventionnel dans le champ de la LPP, son adhésion à la présente convention le dispense de se placer formellement, en outre, sous le régime de celui-ci et couvre la facturation en tiers payant de cette autre activité. Il est cependant réputé connaître et respecter la totalité des dispositions de la convention régissant cette dernière.

Les conventions sont consultables et téléchargeables en ligne sur le site de l'Assurance Maladie Obligatoire : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

Le prestataire informe l'organisme de rattachement de cette extension de son activité par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximal d'un mois avant qu'il ne transmette sa première feuille de soins dans ce même champ. Il utilise dans ce but le courrier type figurant à l'annexe 1.b.

#### **Article 10 : pluralité des locaux**

L'activité du prestataire peut s'exercer dans différents locaux d'accueil des assurés (points de vente, agences, établissements...) inscrits au registre du commerce, s'agissant des entreprises commerciales, ou enregistrés dans les préfectures, en ce qui concerne les associations.

Toute ouverture de local destiné à une pratique professionnelle entrant dans le champ de la convention est déclarée à l'organisme de rattachement. Chaque local se conforme aux conditions d'installation et d'équipement prévues par la convention.

Dans le cas où le prestataire possède différents locaux dans une circonscription régionale répertoriée à l'annexe 3, il choisit librement le site au titre duquel il entend formaliser son adhésion conventionnelle pour l'ensemble des sites qu'il possède dans la même circonscription régionale. Il ne dépose qu'une seule demande d'adhésion conventionnelle auprès de l'organisme de rattachement correspondant mais signale à celui-ci la totalité de ses locaux d'exercice dans cette circonscription.

Le site choisi au titre de l'adhésion à la convention est le même que celui dont il a demandé l'enregistrement au Fichier National des Professions de Santé et au titre duquel il a obtenu un numéro identifiant assurance maladie.

Lorsqu'il demande l'adhésion pour un local déterminé, le prestataire indique s'il a déjà obtenu une adhésion conventionnelle au titre d'un local situé dans une autre circonscription.

Dans les cas où le prestataire possède des locaux d'exercice ouverts au public dans plusieurs circonscriptions régionales, il demande son adhésion à la convention dans chacune d'entre elles, en indiquant et identifiant chaque fois les locaux où il mène son activité dans la circonscription concernée.

Chaque ouverture de local postérieure à l'adhésion conventionnelle du prestataire fait l'objet d'un signalement de la part de ce dernier à l'organisme gestionnaire de la convention dans un délai de 30 jours suivant la date d'attribution du numéro SIRET par l'INSEE.

#### **Article 11 : modalités de reconnaissance de l'adhésion**

Le formulaire d'adhésion mentionné à l'article 8 ne peut pas être traité par l'organisme de rattachement si tous ses champs n'ont pas été renseignés. Dans le cas où le prestataire n'a pas d'activité dans le secteur de l'oxygénothérapie et où ne lui incombe donc pas l'obligation de communiquer l'information relative à l'aire géographique autorisée par l'Agence Régionale de Santé, il inscrit dans ce champ la mention : « pas d'activité dans ce secteur ».

La reconnaissance de l'adhésion par l'organisme de rattachement ne peut intervenir qu'après vérification du respect par le prestataire des conditions fixées aux articles 18 à 21 de la présente convention. Elle est notifiée par ce même organisme, au plus tard dans le délai de 60 jours suivant l'envoi du formulaire rempli par le prestataire, à celui-ci, ainsi qu'aux organismes locaux des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

Un numéro d'adhésion unique, valable pour l'ensemble des régimes, est attribué par l'organisme de rattachement.

Dès que le fichier national le permet, un numéro d'identification nationale est attribué à chaque prestataire. Il se substitue alors au numéro d'adhésion conventionnelle.

#### **Article 12 : changements intervenant dans la situation ou dans l'activité du prestataire**

##### **Paragraphe 1 : changements affectant la situation**

Tout changement ayant des conséquences sur la responsabilité du prestataire dans l'exercice de son activité entraînant un changement de responsabilité juridique motive le dépôt et l'instruction d'une nouvelle demande d'adhésion. Durant cette période transitoire d'instruction de la demande par l'organisme de rattachement, l'adhésion initiale est maintenue de façon provisoire.

L'organisme de rattachement procède à la reconnaissance de l'adhésion conventionnelle du prestataire au vu de ses nouvelles conditions d'exercice, ainsi qu'à la notification de cette reconnaissance au prestataire lui-même et aux autres organismes de son ressort géographique selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 11 de la présente convention.

##### **Paragraphe 2 : changements ayant trait à l'exercice professionnel**

Lorsque le prestataire développe une activité dans le secteur de l'oxygénothérapie après son adhésion conventionnelle, il en avise l'organisme de rattachement par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la date de démarrage effectif de cette activité. Il joint à ce courrier une copie de la décision notifiée par l'agence régionale de santé.

#### **Article 13 : résiliation de l'adhésion à la convention**

Tout prestataire garde la possibilité de résilier son adhésion à la convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de 30 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Il se place ainsi hors régime conventionnel mais reste habilité à formuler, à tout moment, une nouvelle demande d'adhésion.

#### **Article 14 : référencement des prestataires par l'Assurance Maladie**

L'UNCAM met en ligne, sur le site de l'assurance maladie, dès lors qu'elle est en mesure de déployer les moyens adaptés, un référentiel national des professionnels de santé et établissements. Parmi ceux-ci sont identifiés distinctement tous les acteurs du champ visé au premier alinéa du préambule de la présente convention, notamment les prestataires. La situation de chaque professionnel au regard de la vie conventionnelle dont il relève est précisée.

## TITRE IV

### CONDITIONS DE DISPENSATION DES PRESTATIONS

#### **Article 15 : libre choix de l'assuré**

L'assuré consulte le prestataire de son choix. Les organismes d'assurance maladie obligatoire et les prestataires s'interdisent d'influencer le choix de l'intéressé au profit ou au détriment d'un prestataire ou autre acteur déterminé.

#### **Article 16 : relations entre le prestataire et l'assuré**

Le prestataire s'interdit de délivrer les produits et prestations relevant du champ de la présente convention par des procédés de vente par correspondance reposant sur l'envoi aux assurés de supports papier ou informatique sans relation directe entre le prestataire et l'assuré.

#### **Article 17 : relations avec les professionnels de santé**

Le prestataire met en œuvre les moyens nécessaires à la bonne exécution des prescriptions.

Lorsque l'exécution de la prescription nécessite des informations complémentaires, le prestataire prend contact avec le prescripteur dans les conditions spécifiées par l'article R.165-42 du code de la sécurité sociale.

Dans le même esprit et afin d'assurer une meilleure coordination de la prise en charge, il peut se rapprocher des autres professionnels de santé également en charge de l'assuré.

#### **Article 18 : obligations de bonnes pratiques de dispensation**

Le prestataire respecte l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment celles du code de la santé publique relatives aux règles d'exercice et aux règles professionnelles et de bonne pratique.

#### **Paragraphe 1<sup>er</sup> : interdiction des procédés incitatifs à la prescription**

Le prestataire s'interdit :

1° l'incitation du patient à renouveler systématiquement son matériel dès l'échéance de la durée minimale de renouvellement prévue par la LPP hormis si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient ;

2° l'utilisation de tout support à finalité publicitaire qui ferait référence au remboursement par les organismes de prise en charge et, notamment, au montant de celui-ci, à l'exception de l'information relative au conventionnement du prestataire, ou qui constituerait une incitation à l'achat ou au renouvellement des produits de santé remboursables, dans le respect des articles L.5213-1 et suivants du code de la santé publique ;

3° la rémunération ou l'indemnisation, sous quelque forme que ce soit, de praticiens ou d'auxiliaires médicaux exerçant au sein des établissements de soins et des établissements médico-sociaux ou ayant une activité libérale ; hormis, d'une part, pour les activités de conseil, de coordination ou de formation et, d'autre part, dans tous les cas prévus par les articles L.4113-6 et L.4113-8 du code de la santé publique ;

4° l'encouragement, gratuit ou en échange d'avantages en nature ou en espèces, de la prescription ou du renouvellement d'une prestation ;

5° la mise à disposition à titre gratuit ou à un prix manifestement sous-évalué économiquement de tout service et/ou matériel, notamment de diagnostic. Il en est de même de la mise à disposition directe ou indirecte, même à titre onéreux, de personnel par le prestataire au profit d'un prescripteur ;

6° le versement de remises ou ristournes à un intermédiaire dont l'activité n'est pas celle de prestataire ;

7° la mise à disposition de personnels salariés par le prestataire au profit d'une structure hospitalière publique ou privée et le recours à des personnels mis à disposition par une telle structure ;

8° les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage, ainsi que les procédés destinés à drainer la clientèle par des moyens tels que remises ou avantages en nature ou en espèces, proposition de facilités de paiement, pression auprès des organismes sociaux, etc.

9° hors dispositifs prévus par la réglementation relative à la gestion des déchets, la reprise au domicile du patient, pour quelque raison que ce soit, des accessoires adaptés et des sets et consommables précédemment livrés à celui-ci et facturés en tant que tels à l'Assurance Maladie.

#### **Paragraphe 2 : modèles d'ordonnances et aides à la prescription**

Le prestataire s'interdit la rédaction et la diffusion de prescriptions médicales initiales ou de renouvellement pré-remplies à l'intention du prescripteur.

Les parties s'accordent néanmoins sur l'intérêt de mettre à disposition des outils visant à aider le prescripteur, lorsqu'il le souhaite, dans sa rédaction des ordonnances pour des prestations faisant l'objet d'une nomenclature complexe à la LPP.

Dans ce but, sont mis à la disposition des prescripteurs :

- des modèles types de prescription soumis pour avis aux parties signataires de la présente convention et approuvés par celles de la convention nationale des médecins, pouvant être utilisés tant lors de la prescription initiale qu'à l'occasion du renouvellement d'une prestation et détaillant la liste des produits et matériels qui composent une prestation conforme à la nomenclature de la LPP.

Dans ce cadre, afin de favoriser la qualité de la dispensation et la bonne tenue des pièces justificatives, le prestataire a la possibilité, sur la base d'une prescription initiale ou à l'occasion d'un renouvellement, d'indiquer au prescripteur l'existence des modèles types y afférents et leur mode d'utilisation.

- des aides à la prescription conformes aux modèles types approuvés par les partenaires, ayant pour objet de détailler le produit ou la prestation et mentionnant leurs conditions de prise en charge, leur tarif de responsabilité et, le cas échéant, leur prix réglementé.

Les modèles types et les aides à la prescription sont fournis par les organismes d'assurance maladie obligatoire, conformément aux modalités prévues par l'article 56 de la convention médicale du 26 juillet 2011.

Parallèlement les parties conventionnelles s'emploient à favoriser, dans le cadre des instances compétentes, une évolution de la nomenclature de la LPP pour en faciliter l'utilisation et l'appropriation par les prescripteurs.

### **Paragraphe 3 : règles de bonne pratique de dispensation**

**Les parties signataires élaborent au sein de la Commission Paritaire Nationale des fiches de bonne pratique professionnelle qui figurent en annexe de la présente convention.**

#### **Article 19 : normes d'installation et d'équipement**

##### **Paragraphe 1 : accessibilité des locaux**

Pour que son adhésion à la présente convention soit reconnue par les caisses, le prestataire conforme ses locaux aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

##### **Paragraphe 2 : organisation des locaux professionnels**

Le prestataire dispose :

- d'un local adapté à l'accueil des assurés sociaux et, à ce titre, ayant une superficie susceptible de répondre à des conditions d'accès, de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur ;
- dès lors que son activité le requiert, d'un local d'exposition, dissocié ou non du local d'accueil, dont la surface permet à la fois la présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie entrant dans le champ d'application de la présente convention et de l'activité du prestataire et, concernant les véhicules pour handicapés physiques, un choix de différents modèles offrant à l'assuré la possibilité de les essayer sur place dans des conditions de déplacement appropriées.
- d'un local de stockage des articles, appareils et matériels inscrits à la LPP habituellement commercialisés par le prestataire et destinés à être mis à la disposition des assurés sociaux. Ce local est identifié, interdit au public et à l'abri de tout produit susceptible de souiller ou d'altérer le matériel. Il peut être indépendant des locaux d'accueil et d'exposition.

Le local dédié à l'accueil des assurés et le local d'exposition sont situés dans la même circonscription régionale.

Lorsque tout ou partie de l'activité du prestataire consiste en la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, il aménage son local d'accueil des assurés ou son local d'exposition de manière à disposer :

- d'une rampe d'accès,
- d'une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins et d'une largeur de 2 mètres,
- d'un ascenseur répondant aux normes en vigueur en matière d'accessibilité aux handicapés dès lors que son local se situe à l'étage.

Les locaux destinés à l'accueil des assurés, au choix et aux essais du matériel sont impérativement séparés de ceux dans lesquels le prestataire exerce éventuellement une activité ne relevant pas du domaine de la santé.

#### **Article 20 : assurances souscrites par le prestataire**

Le prestataire est en mesure d'attester qu'il est titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour tous les produits inscrits à la LPP qu'il est susceptible de mettre à disposition des assurés sociaux.

#### **Article 21 : réception des assurés par un personnel qualifié**

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié, répondant aux obligations des articles D.5232-1 et suivants du code de la santé publique, capable de conseiller les assurés sur le fonctionnement, l'utilisation et l'entretien des produits remboursables susceptibles de leur être fournis.

La présence effective du personnel qualifié est toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local que le prestataire entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture.

#### **Article 22 : information de l'assuré**

Le prestataire informe l'assuré, à l'occasion de la délivrance de la prestation individuelle, des conditions de prise en charge des produits et prestations inscrits à la LPP telles qu'elles sont définies par les textes réglementaires en vigueur.

Dans le cas de la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, des lits médicaux à l'achat et des sièges coquilles de série, le prestataire remet gratuitement à l'assuré un devis détaillant le dispositif médical prescrit afin que ce dernier ait une parfaite connaissance du matériel susceptible de lui être délivré. L'assuré est ainsi toujours en mesure d'identifier clairement le coût total du dispositif médical qui lui est nécessaire, la participation financière de l'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que la part financière restant éventuellement à sa charge, avant de s'engager, le cas échéant, vis à vis du prestataire à acquérir le matériel ainsi proposé.

#### **Article 23 : conformité de la prestation à la prescription**

Le prestataire est toujours en mesure de fournir aux assurés des produits ou prestations inscrits à la LPP, en se conformant à la prescription médicale et dans l'intérêt de leur bien-être, dès lors que ces produits ou prestations relèvent bien de son champ d'activité habituel.

#### **Article 24 : formalité de l'accord préalable**

En ce qui concerne les produits ou prestations dont la prise en charge est subordonnée à la procédure d'accord préalable, la demande est établie par le prescripteur sur l'imprimé national en vigueur, à l'exclusion de tout autre document.

En cas de mise à disposition de matériels à domicile pour un traitement susceptible de donner lieu à des facturations périodiques, la prescription médicale et, en cas d'accord exprès, l'imprimé portant l'accord notifié n'ont pas à être de nouveau présentés aux organismes d'assurance maladie obligatoire au cours de la période couverte par cet accord.

#### **Article 25 : conditions de livraison et de mise en place à domicile**

L'activité de prestataire dans le champ des dispositifs médicaux, produits et éventuelles prestations associées implique l'obligation de délivrer aux malades des appareils en parfait état, satisfaisant de façon optimale à leur finalité médicale et à leur fonctionnalité technique et dont la délivrance se conforme à la destination pour laquelle ils sont spécifiquement conçus.

La livraison du matériel au domicile des malades est toujours effectuée par un personnel compétent, en mesure de fournir toutes explications relatives au mode d'utilisation de chaque appareil.

A la fin d'une période de location prescrite, aucune facturation n'est possible. Le prestataire assure la reprise du matériel, à la demande de l'utilisateur, dans un délai d'une semaine, sauf impossibilité. Il veille à ce que le matériel repris au domicile du malade soit transporté puis entreposé dans des conditions permettant d'éviter tout risque de contamination des autres appareils susceptibles d'être acheminés dans le même véhicule puis stockés dans les mêmes locaux ou espaces. Le délai courant entre la fin de la période de location prescrite et la reprise du matériel ne justifie aucune facturation.

S'agissant de la livraison de véhicules pour handicapés physiques à l'achat et de lits médicaux, le prestataire met en oeuvre tous les moyens lui permettant de les fournir à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier.

En cas de location de fauteuils roulants, le délai de livraison est fixé à deux jours ouvrables.

#### **Article 26 : réparations des produits délivrés**

##### **Paragraphe 1 : réparations et remplacement des produits à la location**

S'agissant des dispositifs médicaux et prestations inscrits au Titre I de la LPP, le prestataire, selon les cas :

- soit, dispose d'un atelier de réparation situé dans l'entreprise, ou dans un local suffisamment proche, ainsi que d'un stock des pièces détachées les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais,
- soit, est en mesure d'échanger le matériel défectueux.

Le respect de ces obligations se fait dans les délais prévus par la réglementation du Titre I de la LPP et n'entraîne aucune facturation supplémentaire.

Dans le cas de la location de fauteuils roulants, si des anomalies ou défauts ne relevant pas d'une utilisation anormale du véhicule par l'assuré sont constatées, le prestataire est tenu d'effectuer gratuitement les corrections nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil ou, le cas échéant, de procéder au remplacement gratuit d'une pièce, d'un sous-ensemble ou du véhicule défectueux, dans les meilleurs délais.

##### **Paragraphe 2 : réparations des produits à l'achat**

S'agissant de la vente de véhicules pour handicapés physiques, conformément au Titre IV de la LPP, la facturation des réparations s'effectue dans le cadre des forfaits déterminés par la réglementation en vigueur.

Le prestataire respecte un délai de livraison de 3 jours pour les véhicules pour handicapés physiques standards à propulsion manuelle. S'agissant des véhicules pour handicapés physiques à propulsion par moteur électrique, il met en oeuvre tous les moyens lui permettant de fournir le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier.

Lorsque les réparations nécessitent un approvisionnement en pièces détachées auprès du fabricant, les délais rendus nécessaires par leur acheminement interviennent en sus des délais de réparation susmentionnés. Toutefois le prestataire met à disposition de l'assuré, dans les 24 heures suivant sa prise de connaissance de l'avarie, un véhicule de secours à propulsion manuelle.

##### **Paragraphe 3 : service après vente**

Le prestataire respecte dans tous les cas ses obligations en matière de service après vente.

#### **Article 27 : nettoyage et désinfection des produits délivrés**

Le prestataire est tenu de procéder systématiquement, dans un local dédié, au nettoyage et à la désinfection rigoureuse de tout matériel ayant fait l'objet d'une utilisation au domicile d'une personne malade ou handicapée et avant affectation à un autre patient, lorsque ce matériel est repris à l'issue d'une période de location.

Soit il recourt aux procédés de désinfection recommandés par les fabricants du matériel, soit il est en mesure de justifier à tout moment du mode de désinfection pratiqué.

Les locaux où sont effectuées les opérations de désinfection sont séparés de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus et disposent d'accès indépendants.

## TITRE V

## FACTURATION, TRANSMISSION DES ORDONNANCES ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

## SOUS-TITRE I

## PRINCIPES GÉNÉRAUX DE FACTURATION

**Article 28 : dispense d'avance des frais**

La possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins. La présente convention ouvre donc cette possibilité au delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant.

Le prestataire peut pratiquer la dispense d'avance des frais, telle que prévue par le législateur dans le code de la sécurité sociale, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit sans autre condition ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de facturation.

Pour leur part, les caisses n'instituent pas de seuil minimal de déclenchement du règlement des prestations dues au prestataire.

En cas de dispense d'avance des frais, le prestataire se substitue à l'assuré pour l'obtention du paiement dû par la caisse. A ce titre, il dispose des mêmes droits que l'assuré vis à vis de ladite caisse.

**Article 29 : volonté des parties de limiter le reste à charge des assurés**

Les parties considèrent qu'il leur appartient de rechercher les moyens permettant d'apporter aux assurés une prise en charge financière optimale des produits et prestations remboursables qui leur sont délivrés. A ce titre, elles souhaitent favoriser la réduction de l'écart pouvant exister entre les prix pratiqués par les prestataires et les tarifs de responsabilité qui président au remboursement de ces produits et prestations.

Les parties établissent en annexe, le cas échéant, une liste de produits et prestations remboursables pour lesquels elles estiment nécessaire d'exempter les assurés de tout reste à charge et, dans ce but, de soumettre le prestataire ayant adhéré à la présente convention à l'obligation de pratiquer des prix ne dépassant pas les tarifs de responsabilité.

**Article 30 : conditions de facturation propres aux prestations et aux locations****Paragraphe 1 : cas d'exemption de la signature de l'assuré**

Conformément à l'article R.161-43-1 du code de la sécurité sociale, la facturation de certaines prestations dont la liste est fixée par arrêté est dispensée de l'obtention de signature de l'assuré :

- les dispositifs médicaux à la location,
- l'oxygénothérapie,
- la ventilation assistée,
- la trachéotomie sans ventilation ,
- la pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil,
- les forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de deux forfaits,
- les prestations relatives à la nutrition entérale à domicile, y compris les nutriments,
- les prestations relatives à la perfusion à domicile,
- les prothèses respiratoires en cas de facturation de frais d'expédition.

Dans tous les autres cas, la feuille de soins doit être signée par l'assuré, soit sous forme manuelle en cas d'envoi de la feuille de soins papier, soit au moyen de la carte Vitale en cas de télétransmission sécurisée.

**Paragraphe 2 : facturation des périodes faisant l'objet d'une tarification forfaitaire**

Le remboursement des dispositifs médicaux et prestations par l'assurance maladie ne peut intervenir qu'à partir du moment où la dispensation est effective. Par conséquent, s'agissant des dispositifs médicaux et prestations dont la prise en charge est assurée sur la base d'une tarification par période, les feuilles de soins sont établies et envoyées aux organismes de prise en charge à l'échéance de la période tarifante ou d'une série de périodes tarifantes selon les dispositions spécifiques de la LPP.

En cas de changement de tarif de responsabilité, de taux de prise en charge ou de mode de tarification, ainsi qu'en cas d'adaptation du traitement impliquant un changement de forfait, la facturation est établie sur la base des conditions de prise en charge en vigueur au début de la période considérée qui s'appliquent jusqu'à l'échéance de celle-ci. La facturation d'une nouvelle période sur la base d'un nouveau tarif, taux, mode de tarification ou forfait ne peut débiter qu'à l'échéance de la période intégrale précédente.

Une prestation ne peut en aucun cas être facturée durant l'hospitalisation d'un assuré. Dans les cas où le prestataire ou la caisse sont avisés de l'hospitalisation d'un assuré après l'échéance de celle-ci, la période correspondant à cette hospitalisation est neutralisée dans la facturation, de telle sorte que la durée de l'hospitalisation soit intégralement décomptée de ses facturations en instance.

Dès que le prestataire a connaissance de l'hospitalisation d'un de ses patients, il en avise aussitôt la caisse d'affiliation de celui-ci.

**Article 31 : engagements ayant trait à la couverture maladie universelle**

Les parties signataires soulignent la nécessité de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect par les prestataires de l'obligation de proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des

produits relevant de ce champ, tel qu'il est défini par des arrêtés interministériels, aux prix limites de vente déterminés par ces arrêtés. Pour ce faire, le prestataire, pour tous les produits correspondant à ce champ et faisant l'objet de son activité courante :

- informe les bénéficiaires susvisés de leur droit à obtenir la délivrance de ces produits à des prix n'excédant pas les prix limites de vente et les exonérant de toute participation financière ;
- leur dispense tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les produits relevant du champ précité qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente arrêté et orienter leur choix sur ce ou ces produits ;
- dispose d'un stock de tous les produits relevant du champ précité, dès lors qu'ils correspondent à son activité courante, qu'il est en mesure de leur proposer aux prix limites de vente de manière à être pleinement en position de répondre à leur besoin.

Le déconventionnement du prestataire dans le cadre de la procédure des articles 46 et 47 de la convention n'a pas d'effet sur la dispense d'avance des frais garantie aux personnes visées par l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale.

### **Article 32 : motivation des refus de prise en charge**

Dans tous les cas, les organismes d'assurance maladie obligatoire sont dans l'obligation de motiver leur décision de refus total ou partiel de prise en charge des produits et prestations servis par le prestataire et de préciser à celui-ci les voies et les délais de recours qui lui sont offerts.

## SOUS-TITRE II

### FACTURATION EN SESAM-VITALE

Les parties signataires conviennent de la nécessité de favoriser le déploiement progressif du système SESAM-Vitale dans le circuit de facturation des prestataires.

Ce développement tient compte des évolutions réglementaires, matérielles et techniques permettant de respecter la dernière version du système SESAM-Vitale diffusé par le GIE SESAM Vitale après avis des parties signataires réunies au sein de la Commission Paritaire Nationale.

### **Article 33 : principe de la facturation en SESAM-Vitale**

La facturation à l'assurance maladie s'effectue par feuille de soins électronique (FSE), dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention, ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale et en utilisant une solution agréée par le Centre National de Dépôt et d'Agrément de l'Assurance Maladie (CNDA) ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Le dispositif SESAM-Vitale n'intègre la catégorie prestataire qu'à partir du socle fonctionnel 1.40 addendum 6. Son bon fonctionnement est garanti par l'utilisation de lecteurs version 3.00 et supérieure.

### **Article 34 : exigence d'adaptation des équipements informatiques**

#### **Paragraphe 1 : adaptation de l'équipement informatique des prestataires**

Le prestataire met en oeuvre les moyens permettant d'organiser les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation ou par des changements techniques ; notamment en procédant aux évolutions matérielles et techniques favorisant le strict respect de la dernière version du système SESAM-Vitale diffusé par le GIE SESAM-Vitale, dès lors que cette dernière a fait l'objet d'une concertation en Commission Paritaire Nationale.

Les parties saisissent la Commission Paritaire Nationale afin d'envisager les modalités de prise en compte des modifications majeures demandées.

#### **Paragraphe 2 : adaptation de l'équipement informatique des caisses**

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique (frontaux, logiciels de liquidation, tables fichiers hot line etc.) permettant d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

### **Article 35 : moyens à mettre en oeuvre**

#### **Paragraphe 1 : équipement informatique**

Le prestataire est libre du choix de l'équipement informatique grâce auquel il établit et télétransmet les FSE, sous réserve que son logiciel soit agréé par le CNDA de l'Assurance Maladie et qu'il dispose d'un lecteur de cartes homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale ou d'un dispositif équivalent, homologué au référentiel publié par le GIE SESAM-Vitale.

#### **Paragraphe 2 : respect des règles applicables aux informations électroniques**

Le prestataire s'assure dans tous les cas du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclarations de fichiers.

#### **Paragraphe 3 : réseau de télétransmission des FSE**

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le prestataire est libre de choisir le fournisseur d'accès internet ou tout service informatique offrant une solution qui permet la télétransmission des FSE par internet, respecte les spécifications du système SESAM-Vitale et est compatible avec la configuration de son équipement.

Le prestataire peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), qui agit pour le compte et sous la responsabilité du prestataire dans le respect :

- des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE ;
- des procédures mises en œuvre par cet organisme tiers conformément aux spécifications du cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

L'OCT agit sous la responsabilité du prestataire sur la base d'un contrat conclu à cet effet.

#### **Paragraphe 4 : Carte de Professionnel de Santé**

La réalisation et l'émission de FSE, conformément aux spécifications SESAM-Vitale, nécessitent l'utilisation de cartes de la famille des CPx. Le prestataire se dote soit d'une carte de professionnel de santé (CPS) s'il fait partie des professionnels de santé réglementés, soit d'une carte de directeur d'établissement (CDE) s'il est directeur administratif non professionnel de santé.

Concernant les cartes nécessaires aux salariés du prestataire, il s'agira de cartes de professionnels de santé (CPS) s'il s'agit de professionnels de santé réglementés et de carte de personnel d'établissement (CPE) nominative si tel n'est pas le cas.

Concernant ces cartes de personnel d'établissement (CPE) nécessaires aux salariés du prestataire, elles sont délivrées en fonction des besoins de celui-ci, au regard soit du nombre de salariés, soit du nombre de lecteurs de cartes utilisés.

Le prestataire procède aux démarches nécessaires, telles que décrites par la réglementation, pour obtenir les CPS, CDE et les CPE nécessaires aux salariés du prestataire et délivrées par l'ASIP SANTE.

En cas de difficulté, le prestataire peut s'adresser à l'organisme de rattachement afin qu'il mette en œuvre tous les moyens à sa disposition pour qu'il soit en possession de sa CPS ou CDE et des CPE nécessaires.

Le prestataire respecte les règles en vigueur concernant l'usage des cartes professionnelles qu'il utilise.

Le coût des CPS, CDE et CPE délivrées dans ce cadre est pris en charge par la CNAMTS pour la durée de la convention. Il en va de même pour les cartes de personnel d'établissements attribués aux salariés du prestataire.

#### **Article 36 : établissement des feuilles de soins électroniques**

Les trois modes de sécurisation des FSE sont détaillées à l'annexe 5.

Les modalités d'établissement et de transmission des FSE s'appliquent à l'ensemble des prestataires et des organismes d'assurance maladie du territoire national, selon des règles prévues par les textes législatifs et réglementaires ainsi que par les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur, complétées des dispositions de la présente convention.

Le prestataire réalise des télétransmissions de feuilles de soins électroniques pour toutes les catégories d'assurés sociaux.

Les FSE transmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire sont dispensées de la signature de l'assuré ou bénéficiaire pour la liste des produits et prestations définie dans l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale, art.1er. Elles restent cependant conformes aux spécifications SESAM-Vitale et constituent un flux sécurisé en mode « SESAM sans Vitale ».

#### **Paragraphe 1 : validité des informations contenues dans la carte**

La validité des droits ou de l'exonération du ticket modérateur relève de la seule compétence des caisses.

La mise à jour des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie relève de la responsabilité de l'assuré.

En mode SESAM-Vitale, les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de la facturation des produits de santé sont opposables aux caisses comme au prestataire et sont prises en compte pour le règlement des prestations dues. Cette même règle d'opposabilité s'applique en cas d'utilisation des informations fournies par le service en ligne d'accès aux droits des régimes d'assurance maladie au jour de la réalisation de la facturation des produits de santé.

#### **Paragraphe 2 : délai de transmission des FSE**

Les FSE sont adressées par le prestataire à la caisse d'affiliation de l'assuré dans les délais réglementairement fixés à l'article R.161-47 du code de la sécurité sociale, que ce soit en cas de paiement direct ou de dispense d'avance des frais :

- 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré,
- 8 jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

#### **Paragraphe 3 : paiement en cas de dispense d'avance des frais**

Les caisses liquident les FSE et émettent l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL) positif.

#### **Paragraphe 4 : garantie de paiement**

Afin de préserver l'accès aux soins et notamment le bénéfice de la dispense d'avance des frais et de développer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par le prestataire, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

La garantie de paiement est mise en œuvre, en cas de facturation en dispense d'avance des frais, dès lors qu'il existe une solution applicable au champ de la LPP.

Les parties signataires s'accordent également pour faire évoluer les systèmes d'information de manière à mettre en place un accès en ligne aux droits à prestation des assurés sociaux pour les prestataires au moment de la facturation. Dans ce cadre des expérimentations sont mises en place. A l'issue des expérimentations de ce service, les parties signataires conviennent de négocier les conditions de généralisation du dispositif et de la mise en application de la garantie de paiement dans ce cadre.

#### **Article 37 : traitement des incidents**

Les parties signataires s'informent réciproquement de tout dysfonctionnement du système et collaborent pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

En cas de dispense d'avance des frais et dysfonctionnement lors de l'élaboration d'une FSE sécurisée, chaque organisme d'assurance maladie peut autoriser le prestataire à lui transmettre des FSE en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées électroniquement par la carte d'assurance maladie de l'assuré.

Parallèlement, le prestataire transmet la feuille de soins papier correspondante à l'organisme d'assurance maladie. La feuille de soins ainsi transmise comporte explicitement la notion de télétransmission en mode « dégradé ».

En cas d'échec de télétransmission d'une FSE, le prestataire fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par les textes en vigueur, le prestataire établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance (échec de la télétransmission) et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais, le prestataire signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense des frais, le prestataire adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré. A défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le prestataire remplit une feuille de soins papier.

#### **Article 38 : retours d'information**

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE PS concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le prestataire. Ces retours ne sont transmis au prestataire que dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'Assurance Maladie a déployé la norme NOEMIE afin de permettre au prestataire de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Les parties signataires s'accordent pour utiliser la dernière norme en vigueur.

### SOUS-TITRE III

#### TRANSMISSION DES ORDONNANCES

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Dans le cas de la facturation en flux sécurisé SESAM-Vitale, les modalités de transmission des ordonnances sont ci-après décrites.

#### **Article 39 : tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale**

Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

Le prestataire transmet, chaque mois, au centre de paiement ou point d'accueil relevant du régime général de l'assurance maladie le plus proche de son site d'activité faisant l'objet d'une identification au Fichier National des Professions de Santé, les ordonnances papier des assurés du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI).

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau généré par le progiciel de facturation SESAM-Vitale, doivent être classées en cinq catégories matérialisées par des enveloppes distinctes :

- Régime général,
- Régime agricole : distinction des régimes MSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

A l'extérieur de chaque enveloppe, le prestataire inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification du prestataire.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'entente préalable ou à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par l'organisme payeur.

#### **Article 40 : tri et transmission des ordonnances numérisées (dispositif SCOR)**

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives par le prestataire et de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse.

Afin de simplifier les modalités de transmission des ordonnances par le prestataire et de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, un dispositif de « scannérisation » des ordonnances est organisé. Il comprend la numérisation des ordonnances originales exécutées par le prestataire et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie en télétransmission.

Les parties signataires conviennent ainsi de promouvoir un dispositif portant sur la télétransmission des pièces justificatives dématérialisées. Cet engagement, compte tenu de sa dimension inter-régimes, s'applique à tous les organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, signataires ou non de la présente convention.

Elles s'accordent sur le remplacement du duplicata de l'ordonnance papier par une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmission alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance papier, soit sur support CD-ROM, soit sur support papier, en dernier recours.

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologiques, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Dès lors que le prestataire remplit les conditions techniques et juridiques définies au présent article, il peut télétransmettre à l'organisme de rattachement les ordonnances numérisées. Il s'interdit toute télétransmission d'ordonnances numérisées dans des conditions non conformes aux dispositions de la présente convention.

Le prestataire transmet la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

#### **Article 41 : définition de la pièce numérique**

La pièce justificative, constituée du duplicata ou de la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale, est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale, réalisée par le prestataire.

L'ordonnance ainsi numérisée et télétransmise à l'organisme de rattachement est désignée ci-après « la pièce numérique ». La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies dans le présent titre, le prestataire est dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le prestataire est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier et de son caractère durable.

#### **Article 42 : qualité de la pièce numérique**

Le prestataire transmet des pièces numériques conformes, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %. La liste des anomalies rendant inexploitables les pièces numériques est fixée en annexe 4 de la présente convention.

#### **Article 43 : conditions techniques de télétransmission des ordonnances**

##### **Paragraphe 1 : équipement informatique**

La transmission des pièces justificatives numérisées conformément aux dispositions du présent titre, s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes, dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale comprenant ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission, le prestataire s'équipe d'un logiciel agréé par le CNDA de l'Assurance Maladie. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le point d'accueil inter-régimes, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

Le prestataire a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il numérise et télétransmet les pièces justificatives, dans la limite des équipements agréés par le CNDA.

##### **Paragraphe 2 : liberté de choix des services informatiques**

Le prestataire a la liberté de télétransmettre les pièces justificatives numérisées, soit directement en se connectant au réseau SESAM-Vitale, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau SESAM-Vitale, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le prestataire a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet.

Lorsque le prestataire recourt à un service informatique notamment par un contrat avec un organisme concentrateur technique (OCT), il s'assure que l'OCT agit dans les conditions définies par le présent titre.

##### **Paragraphe 3 : respect des règles applicables aux informations électroniques**

Le prestataire doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclarations de fichiers.

Le prestataire numérise les pièces justificatives par ses propres moyens techniques. Ceux-ci garantissent la fidélité des pièces numériques aux pièces justificatives sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que de ses annexes fonctionnelles publiées par le GIE SESAM-Vitale.

Le prestataire effectue l'opération de numérisation de la pièce justificative au moment où il établit la feuille de soins électronique correspondante.

La copie de l'ordonnance est transmise à l'appui de chaque facturation dès lors que le logiciel du prestataire le permet, y compris dans le cas où une copie de l'ordonnance a déjà été transmise sous forme papier dans le cadre de la procédure d'entente préalable.

#### **Paragraphe 4 : traitement des incidents**

En cas d'incident ne permettant pas de numériser les pièces justificatives, le prestataire met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la première tentative de numérisation. En cas d'impossibilité persistante de numériser à l'issue de ce délai, le prestataire en informe la caisse dès que possible et par tout moyen et transmet les duplicata ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

En cas d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé de réception logique de la télétransmission des pièces justificatives numériques, le prestataire et la caisse mettent tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la première tentative de télétransmission. En cas de nouvel échec à l'issue de ce délai, le prestataire reproduit les pièces justificatives numériques sur CD-ROM selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges, ainsi que ses annexes fonctionnelles, publié par le GIE SESAM-Vitale.

#### **Article 44 : convention de preuve**

Les parties signataires conviennent, conformément aux dispositions de la loi n°2000-230 du 13 mars 2000 que la pièce numérique transmise par le prestataire a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale telle que définie dans le présent titre a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le prestataire de son numéro d'identification vaut signature de l'ordonnance au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 45 : conservation des preuves et de la protection des données**

Le prestataire conserve sur le support de son choix la pièce numérique pendant quatre vingt dix (90) jours à compter du jour de sa télétransmission à la caisse primaire.

Durant la période de vérification des pièces numériques, le prestataire conserve les copies d'ordonnances sous forme papier. L'organisme de prise en charge signale au prestataire les éventuelles anomalies constatées et l'aide à procéder aux ajustements nécessaires.

L'organisme payeur conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives.

Le prestataire et l'organisme s'assurent que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le prestataire ou sur la caisse primaire au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le prestataire et la caisse primaire s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

En cas d'incident ne permettant pas le recours aux pièces numériques, le prestataire en informe dès que possible par tout moyen la caisse et transmet les duplicata ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

### SOUS-TITRE IV

#### AIDE À LA TÉLÉTRANSMISSION SÉCURISÉE

#### **Article 46 : modalités d'attribution des aides**

Est éligible à l'attribution des aides à la télétransmission sécurisée le prestataire ayant adhéré à la présente convention dans les conditions définies par les articles 9, 10 et 11 et ayant reçu un numéro de conventionnement de son organisme de rattachement.

#### **Paragraphe 1 – aide à la transmission des FSE**

Au titre de son numéro de conventionnement, le prestataire perçoit de l'organisme de rattachement une aide financière à la télétransmission des FSE chaque année, dès lors que :

- Le nombre de FSE transmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire correspond à au moins 80 % de la totalité des feuilles de soins envoyées annuellement à ceux-ci ;
- les FSE ont été télétransmises dans les conditions détaillées aux articles 33 à 38 et reçues par les caisses.

#### **Paragraphe 2 : aide à la télétransmission des ordonnances numérisées**

Au titre de son numéro de conventionnement, le prestataire perçoit de l'organisme de rattachement une aide financière à la numérisation et à la télétransmission des ordonnances chaque année, au mois de mars, au titre de l'année précédente, dès lors que :

- le nombre d'ordonnances numérisées télétransmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire correspond à au moins 80 % de la totalité des ordonnances envoyées annuellement à ceux-ci ;

- ces ordonnances ont été numérisées et télétransmises dans les conditions détaillées aux articles 39 à 45 et reçues par les caisses.

**Article 47 : montant et octroi des aides**

L'aide à la transmission de FSE dans les conditions ci-dessus requises est fixée à 300 €.

Lorsque le nombre total de FSE émises par le prestataire et reçues par les caisses est supérieur à 75 000 par an, cette aide est portée à 450 €.

L'aide à la télétransmission des ordonnances numérisées dans les conditions ci-dessus requises est fixée à 90 €.

Chaque aide est attribuée indépendamment de l'autre.

Chacune est versée au prestataire au mois de mars, au titre de l'année précédente, au vu du respect par le prestataire des conditions volumétriques fixées à l'article 46.

Chacune est octroyée au prestataire de manière unique annuellement, au titre de son activité globale dans une circonscription régionale conventionnelle, quel que soit le nombre de champs conventionnels dont celle-ci relève.

**TITRE VI****SUIVI DE L'APPLICATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL****Article 48 : Commission Paritaire Nationale****Paragraphe 1er : composition de la Commission Paritaire Nationale**

La Commission Paritaire Nationale comporte deux sections :

- une section professionnelle composée de représentants des prestataires.

Le nombre et la répartition des sièges entre les organisations professionnelles signataires sont déterminés lors de la première réunion de la Commission Paritaire Nationale qui est organisée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la date de signature de la présente convention nationale. Ils sont actés dans le relevé de décisions de cette même séance.

Lors de cette première réunion puis, le cas échéant, aussi longtemps qu'un accord n'a pu être trouvé entre ces organisations, chacune d'entre elles possède un siège au sein de la section professionnelle.

Chaque siège affecté à une organisation professionnelle donne lieu à la désignation d'un représentant titulaire et de son suppléant.

- une section sociale composée de représentants titulaires de l'assurance maladie ainsi que leurs suppléants.

Le nombre de sièges attribué à l'UNCAM est déterminé lors de la première réunion de la Commission Paritaire Nationale. Il est égal à celui arrêté au sein de la section professionnelle.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait de signataires, la commission, constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans un délai de 60 jours à compter de la date à laquelle s'est produit l'un de ces événements. La commission comporte alors deux sections composées d'un même nombre de membres :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations professionnelles signataires au cours de la réunion de la commission ou, à défaut d'accord entre celles-ci, sont de droit d'un siège pour chacune d'entre elles ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et dont la répartition des sièges correspond, de la manière la plus proche possible, aux populations respectivement prises en charge par ces régimes.

Les représentants de la section professionnelle exercent dans l'un des secteurs d'activité visés par la convention et sont adhérents de celle-ci. Ils ne doivent pas être sous le coup d'une sanction conventionnelle ou juridictionnelle.

Chaque représentant titulaire de la commission peut se faire accompagner en séance de conseillers au nombre maximal de deux.

La commission peut également inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la commission sont informés de leur venue au moins deux semaines avant la date de la séance.

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

**Paragraphe 2 : fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale****2.1 Organisation de la commission**

La Commission Paritaire Nationale se réunit dans les locaux de l'UNCAM sur convocation de son Président au moins une fois par an. Elle se réunit également en cas d'entrée de nouveaux signataires ou de retrait de signataires dans le champ conventionnel.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'UNCAM.

La convocation de chaque membre de la commission est adressée par le secrétariat de celle-ci à l'organisation professionnelle et à l'organisme qu'il représente et qui s'emploie à organiser la présence en réunion des titulaires ou de leurs suppléants. Les convocations sont envoyées au moins 15 jours avant la date de la réunion, sauf urgence, accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

## 2.2 Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission peuvent soit se faire représenter par leurs suppléants soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, un scrutin est organisé, dans un premier temps, au sein de chacune des deux sections composant la commission. Les présidents des deux sections présentent, dans un second temps, aux membres de la commission le résultat des délibérations menées au sein de leur section. En cas de partage égal des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le scrutin est alors plénier et le vote individuel s'établit à bulletin secret. Le nombre de vote est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix, l'absence d'accord est actée dans le procès verbal.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la commission dans les 45 jours suivant celle-ci, hormis dans les cas régis par les articles 46 et 47 de la présente convention où ce délai est réduit. Il est signé par le président et le vice-président de la commission et adressé à chaque organisme national d'assurance maladie obligatoire et à chaque syndicat représenté au sein de la commission.

## 2.3 Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- impossibilité pour le président ou le vice-président soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour commun du fait de l'un ou de l'autre durant une année de vie conventionnelle ;
- absence de quorum ou défaut de parité du fait de l'une ou l'autre section ;
- refus d'une section de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé par le secrétariat de la commission. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Lorsque aucune solution n'a pu être trouvée par les présidents de section dans les 30 jours suivant le constat de carence, la section qui n'est pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce que la situation entre les parties se normalise.

### Paragraphe 3 : rôle de la Commission Paritaire Nationale

La commission se réunit:

- à la demande de l'une des parties signataires de la présente convention nationale,
- au moins une fois par an,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel,
- en cas de retrait de signataires du champ conventionnel.

Elle étudie toute question soulevée par l'application du dispositif conventionnel tant au niveau régional qu'au niveau national et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter. Des groupes de travail peuvent dans ce cadre être organisés.

Elle émet un avis dans le cadre des sanctions de déconventionnement ferme d'au moins 15 jours, ainsi qu'en cas de sanction de déconventionnement assortie d'un sursis supérieur à 3 mois, relevant de la compétence du directeur de l'UNCAM.

Elle examine les difficultés d'application de la réglementation présidant au remboursement des produits et prestations remboursables susceptibles d'être délivrés par les prestataires visés par la présente convention et de toutes dispositions législatives ou réglementaires relatives à ce secteur d'activité.

Elle est saisie en cas de non-respect par l'une des parties signataires de ses engagements conventionnels et recherche toute solution utile.

Elle transmet ses recommandations sur les décisions prises, au niveau régional, à l'encontre des prestataires dans le cas prévu par l'article 47 de la présente convention.

Elle examine l'activité des commissions paritaires régionales et informe les instances ministérielles compétentes dans le domaine des dispositifs médicaux et des prestations associées des éventuelles propositions de modifications réglementaires et tarifaires formulées dans ce cadre.

Elle est éventuellement associée aux campagnes destinées à sensibiliser la profession, les prescripteurs et les assurés sur les moyens de contribuer à la dispensation de prestations de qualité.

Elle veille à la bonne application du dispositif SESAM-Vitale et aux évolutions nécessaires.

Elle étudie les données issues du codage de la LPP et envisage, selon les cas, les mesures que les parties estiment devoir prendre.

Chaque année, elle examine un bilan des résultats atteints par la maîtrise médicalisée des dépenses et propose de nouvelles actions.

### Article 49 : Commission Paritaire Régionale

Une Commission Paritaire Régionale est instituée dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

### **Paragraphe 1 : composition de la Commission Paritaire Régionale**

La Commission Paritaire Régionale comporte :

- une section professionnelle composée de représentants des prestataires.

Le nombre et la répartition des sièges entre les organisations professionnelles sont alignés sur ceux de la section professionnelle de la Commission Paritaire Nationale.

Chaque siège affecté à une organisation professionnelle donne lieu à la désignation d'un représentant titulaire et de son suppléant dont les noms sont actés dans le relevé de décisions de la première réunion de la commission.

- une section sociale composée de représentants titulaires de l'assurance maladie ainsi que de leurs suppléants.

Le nombre de sièges attribués aux organismes d'assurance maladie obligatoire est déterminé par l'UNCAM lors de la première réunion de la Commission Paritaire Nationale. Il est égal à celui arrêté au sein de la section professionnelle. La répartition entre les organismes correspond, de la manière la plus proche possible, aux populations respectivement prises en charge par ces régimes.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait de signataires, la commission se réunit dans les 6 mois suivant la date d'envoi du relevé de décisions de la Commission Paritaire Nationale relatif à la nouvelle répartition des sièges. La commission comporte alors deux sections composées d'un même nombre de membre :

- une section professionnelle composée d'un même nombre de représentants que celui arrêté lors de la réunion de la Commission Paritaire Nationale,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et dont la répartition des sièges, pour les régimes d'Assurance Maladie obligatoire, a été arrêtée par l'UNCAM lors de la même réunion de la Commission Paritaire Nationale.

Les représentants de la section professionnelle exercent leur activité de prestataire dans le ressort régional de la commission.

Chaque membre de droit de la commission peut se faire accompagner en séance de conseillers au nombre maximal de deux.

La commission peut inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la commission en sont informés au moins deux semaines avant la date de la séance.

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le Président de la section professionnelle et celui de la section de l'Assurance Maladie assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

### **Paragraphe 2 : fonctionnement de la Commission Paritaire Régionale**

#### **2.1 - organisation de la commission**

Le secrétariat de la Commission Paritaire Régionale est assuré par un membre du personnel administratif de l'organisme gestionnaire de la convention.

La convocation de chaque membre de la commission est adressée par le secrétariat de celle-ci à l'organisation professionnelle et à l'organisme qu'il représente et qui s'emploie à organiser la présence en réunion des titulaires ou de leurs suppléants. Les convocations sont envoyées au moins 30 jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

#### **2.2 - délibérations**

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission peuvent soit se faire représenter par leurs suppléants soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, un scrutin est organisé, dans un premier temps, au sein de chacune des deux sections composant la commission. Les présidents des deux sections présentent, dans un second temps, aux membres de la commission le résultat des délibérations menées au sein de leur section. En cas de partage égal des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le scrutin est alors plénier et le vote individuel s'établit à bulletin secret. Le nombre de vote est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès verbal.

Le secrétariat est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décisions de chaque réunion de la commission dans les 45 jours suivant celle-ci, hormis dans les cas régis par les articles 48 et 49 de la présente

convention où ce délai est réduit à 15 jours. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de 15 jours à compter de sa date de réception. Il est ensuite adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la commission, à charge pour les caisses de le transmettre aux organismes de prise en charge relevant de leur circonscription.

### **2.3 - situation de carence de la commission**

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- impossibilité pour le président et le vice-président soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour commun du fait de l'un ou de l'autre durant une année de vie conventionnelle ;
- absence de quorum ou défaut de parité du fait de l'une ou l'autre section ;
- refus d'une section de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé par le secrétariat de la commission. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Lorsque aucune solution n'a pu être trouvée par les présidents de section dans les 30 jours suivant le constat de carence, la section qui n'est pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce que la situation entre les parties se normalise.

#### **Paragraphe 3 : rôle de la Commission Paritaire Régionale**

Elle a pour rôle d'examiner les conditions d'application du présent régime conventionnel dans la circonscription de son ressort.

Elle est réunie avant toute décision susceptible d'être prise à l'égard d'un prestataire défaillant, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 49 de la présente convention.

Elle se réunit à la demande de l'une au moins des parties signataires et au moins une fois par an. Elle établit un bilan annuel portant sur son fonctionnement et sur l'application de la présente convention. Ce bilan est transmis à la Commission Paritaire Nationale.

#### **Article 50 : non respect des engagements conventionnels par le prestataire**

Conformément aux engagements qu'impose l'article 9 alinéa 4 de la présente convention, lorsque le prestataire n'a pas respecté des obligations relevant d'un autre champ conventionnel dans le cadre d'une autre activité, les faits qui lui sont imputés sont examinés au titre de la procédure instaurée par le dispositif conventionnel couvrant cette activité qu'il est présumé s'être engagé à respecter.

#### **Paragraphe 1 : procédure préalable à la convocation de la commission**

L'organisme gestionnaire de la convention actionne la procédure conventionnelle à l'encontre du prestataire lorsque sont imputables à celui-ci des faits susceptibles de s'analyser comme des anomalies. Il agit soit sur la base des contrôles qu'il a lui-même menés, soit sur saisine des caisses à la suite d'actions réalisées dans leur ressort respectif.

Cette action ne constitue pas un préalable aux autres voies, notamment contentieuses, susceptibles d'être initiées à l'encontre du prestataire.

Dès lors que les faits relevés ont motivé l'engagement d'une procédure devant la commission des pénalités compétente au regard de l'article L.162-1-14 du code la sécurité sociale, le dispositif conventionnel d'examen de ces faits ici décrit ne peut pas être mis en oeuvre.

En dehors des cas de saisine de la commission des pénalités, l'organisme gestionnaire de la convention notifie au prestataire, par lettre recommandée avec accusé de réception, l'ensemble des faits relevés le concernant.

Sont ainsi visées tous les cas de manquement du prestataire à ses obligations conventionnelles et réglementaires, notamment en matière de respect de la nomenclature de la LPP, de délivrance des produits et prestations, de facturation de ceux-ci, de dématérialisation des feuilles de soins et des ordonnances, etc.

Lorsque ces anomalies portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification de la caisse, le prestataire dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de cette notification pour fournir ses explications écrites par lettre recommandée avec accusé de réception. Pour des faits plus anciens non prescrits, il dispose d'un délai de 60 jours.

A la demande d'une des parties, un entretien est organisé dans les 30 jours suivant la réception des explications écrites ou de l'échéance du délai de réponse. L'organisme gestionnaire de la convention en dresse le procès verbal signé des deux parties et le verse au débat en cas de réunion de la Commission Paritaire Régionale. L'absence de signature par le prestataire ne fait cependant pas obstacle à la poursuite de la procédure.

#### **Paragraphe 2 : convocation de la commission**

Au terme de ces délais et si les faits reprochés se révèlent suffisamment fondés, l'organisme gestionnaire de la convention réunit la Commission Paritaire Régionale prévue à l'article 47 de la présente convention dans un délai maximal de 60 jours. La notification, le procès verbal d'entretien ainsi que tous documents utiles sont joints à l'ordre du jour.

Le prestataire est invité à être auditionné et à présenter ses observations devant la Commission Paritaire Régionale qui est chargée de statuer sur les faits qui lui sont reprochés, dans un délai minimal de 21 jours précédant la réunion de la commission, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire représenter ou assister d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat régulièrement inscrit au Barreau. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard 7 jours avant la commission.

En cas d'absence du prestataire ou de son représentant et hors cas de force majeure, la commission en prend acte dans le relevé de décision de la séance, instruit le dossier et délibère.

Les organismes d'Assurance Maladie obligatoire et/ou le service médical de l'Assurance Maladie qui ont détecté les faits reprochés au prestataire sont représentés au cours de l'audition du prestataire. Ils ne participent pas aux délibérations de la commission.

La Commission Paritaire Régionale émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition éventuelle du prestataire. Un relevé d'avis est établi par le secrétariat de la commission. Il est transmis dans un délai de 15 jours aux présidents des deux sections de la commission qui l'approuvent et le signent dans un délai de 7 jours. Il est ensuite transmis dans un délai de 7 jours au directeur de l'organisme gestionnaire de la convention.

#### **Article 51: sanctions conventionnelles**

##### **Paragraphe 1 : décisions susceptibles d'être prononcées**

La Commission Paritaire Régionale peut proposer un classement du dossier sans suite lorsque les faits examinés ne nécessitent pas de sanction. Elle peut aussi estimer que les faits justifient que le prestataire soit mis en demeure de rectifier ses pratiques.

La Commission Paritaire Régionale ne peut proposer que des sanctions pour manquement à l'application des dispositions législatives et réglementaires et des dispositions de la présente convention. Sans qu'aucune hiérarchie ne soit établie entre elles, ces sanctions sont les suivantes :

- soit un déconventionnement avec sursis,
- soit un déconventionnement ferme pour une durée ne pouvant excéder 5 ans.

La bonne foi du prestataire mis en cause est un facteur d'appréciation des faits.

##### **Paragraphe 2 : prononcé des sanctions**

Les sanctions sont décidées par le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM.

En cas de sursis, la sanction est rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux faits réalisés postérieurement à la notification de la sanction définitive ont été détectés à l'encontre du prestataire par la Commission Paritaire Régionale. Elle se cumule, dans ce cas, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux faits.

La sanction est prononcée à l'encontre du prestataire, tel qu'il est envisagé dans la présente convention, en tant que personne juridique ayant adhéré au régime conventionnel. Elle s'applique donc à l'ensemble des locaux que le prestataire possède dans la circonscription où la procédure conventionnelle a été engagée à son encontre.

Le prestataire subissant une sanction de déconventionnement ferme dans une circonscription perd le droit de faire bénéficier les assurés sociaux de la procédure de dispense d'avance des frais dans cette circonscription et il est réputé ne plus pouvoir placer de nouveaux locaux sous régime conventionnel, dans aucune circonscription, pour toute la durée de la sanction.

Le déconventionnement d'un prestataire ne peut pas avoir pour effet de priver les personnes mentionnées à l'article L 861-1 du Code de la Sécurité sociale du bénéfice de la dispense d'avance des frais.

Toutefois, lorsque le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention estime que les faits relevés appellent une sanction de déconventionnement ferme d'au moins 15 jours, quelle que soit sa durée, ou de déconventionnement assortie d'un sursis supérieur à 3 mois, à l'exclusion des cas de non conformité aux critères conventionnels ou réglementaires d'exercice, la décision de sanction revient alors au directeur de l'UNCAM après avis de la commission paritaire nationale.

##### **Paragraphe 3 : notification des sanctions relevant de la compétence de l'organisme gestionnaire de la convention**

Les sanctions sont notifiées au prestataire par le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la date de réunion de la Commission Paritaire Régionale. Les notifications précisent les voies et délais de recours et la date d'application de la sanction.

L'organisme gestionnaire de la convention transmet cette décision dans les mêmes délais au secrétariat de la Commission Paritaire Nationale, ainsi que le procès verbal de la délibération de la Commission Paritaire Régionale correspondant. Le secrétariat de la Commission Paritaire Nationale transmet ces informations aux organisations professionnelles membres de celle-ci.

##### **Paragraphe 4 : notification des sanctions relevant de la compétence du directeur de l'UNCAM**

Dans le cas où l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM, souhaite que soit prononcée une sanction de déconventionnement ferme d'au moins 15 jours ou d'au moins 3 mois avec sursis, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention saisit la Commission Paritaire Nationale dans un délai de 30 jours à compter de la date de transmission de l'avis de la Commission Paritaire Régionale à son endroit. Il étaye sa saisine de la Commission Paritaire Nationale par tout moyen qu'il juge adapté, y compris le cas échéant l'avis de la commission paritaire régionale.

La Commission Paritaire Nationale se réunit dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la saisine du directeur.

Le prestataire est invité à être auditionné et à présenter ses observations devant la Commission Paritaire Nationale dans un délai minimal de 21 jours précédant la réunion de la commission, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se

faire représenter ou assister d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense, sous forme numérisée, au plus tard 7 jours avant la commission.

La commission auditionne, au cours de la même séance, le prestataire mis en cause et l'organisme ou les organismes concernés.

Elle émet en séance un avis sur la décision de sanction proposée par le directeur de la caisse.

Les membres de la Commission Paritaire Nationale chargés de se prononcer en l'espèce, ne peuvent être ceux qui ont siégé au sein de la Commission Paritaire Régionale qui a émis un avis dans la même procédure visant le prestataire.

Le secrétariat de la commission établit un relevé d'avis qui est signé dans un délai de 15 jours par le président et le vice-président de la commission.

Le directeur de l'UNCAM décide de la sanction à retenir. La décision du directeur de l'UNCAM est notifiée au prestataire dans un délai de 45 jours à compter de la date de réunion de la Commission Paritaire Nationale. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le prestataire pour contester la décision, ainsi que la date d'application de celle-ci fixée à échéance d'un délai minimal de 30 jours.

Le directeur de l'UNCAM adresse parallèlement copie de sa décision aux membres de la Commission Paritaire Nationale et au directeur de l'organisme gestionnaire de la convention à l'origine de la saisine de la Commission Paritaire Nationale, à charge pour ce dernier d'en aviser l'organisme de rattachement et les organismes des autres régimes.

## **Article 52 : obligations du prestataire déconventionné**

### **Paragraphe 1<sup>er</sup> : obligation d'information des assurés**

Lorsqu'une sanction définitive de déconventionnement ferme est prononcée à l'encontre du prestataire, quelle qu'en soit la durée, ce dernier a l'obligation d'en informer la totalité des assurés auxquels il délivre des produits et des prestations, dans un délai maximal de 15 jours à compter de la réception de la notification de la sanction.

L'organisme qui notifie la sanction lui remet conjointement un courrier type mentionnant les dates de début et de fin du déconventionnement et précisant l'effet de celui-ci : l'absence de bénéfice de la dispense d'avance des frais pour tous les produits et prestations délivrés durant cette période. Ce courrier est utilisé en tant que vecteur de l'information visée au premier alinéa à l'exclusion de tout autre.

Dans un délai maximal de 30 jours suivant la notification de la sanction, le prestataire adresse à l'organisme à l'origine de celle-ci une lettre recommandée avec accusé de réception dans laquelle il atteste que la totalité des courriers d'information prévus au 1<sup>er</sup> alinéa ont bien été envoyés.

Par ailleurs, le prestataire affiche dans ses locaux accessibles au public, de manière lisible par tous les visiteurs, une information faisant état de son déconventionnement et précisant la période qu'il couvre.

### **Paragraphe 2 : obligation de neutralité**

Le prestataire ne peut, de sa propre initiative, confier à un autre prestataire les assurés qui souhaitent continuer à bénéficier de la dispense d'avance des frais durant sa période de déconventionnement. Il est tenu de leur faire connaître l'alternative que leur ouvre la situation de déconventionnement : soit une continuité de la prestation sans avance des frais, soit une prise en charge par un autre prestataire de leur choix.

Lorsqu'un assuré choisit la solution du changement de prestataire, la délivrance des produits et prestations ne peut plus être réalisée par les personnels du prestataire déconventionné mais par ceux du nouveau prestataire qui procède à l'établissement des feuilles de soins présentée au remboursement.

## **Article 53 : incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle**

Les sanctions conventionnelles sont applicables indépendamment des décisions des juridictions civiles ou pénales.

En cas de condamnation définitive et exécutoire du prestataire par les tribunaux pour des faits relevant de ses rapports avec l'Assurance Maladie, la Commission Paritaire Régionale est saisie d'office. Après avoir laissé la possibilité au prestataire d'être entendu dans les conditions prévues par le présent Titre, les instances paritaires conventionnelles envisagent la sanction adaptée que les organismes régionaux concernés arrêtent.

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme d'assurance maladie en application du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant quinze plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention notifie au prestataire par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le prestataire dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du prestataire ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au prestataire par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 48. Le préalable des observations écrites prévues à l'article 48 ne s'applique pas à cette procédure.

Le prestataire dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif

Lorsque la peine prononcée par une juridiction consiste en une interdiction pénale d'exercer l'activité professionnelle, le prestataire se trouve de ce seul fait automatiquement placé hors convention à partir de la date d'application de la peine et pour une durée identique.

#### **Article 54 : publicité des sanctions conventionnelles**

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux par affichage dans leurs locaux, les sanctions conventionnelles définitives prises à l'encontre du prestataire et ce uniquement pendant la durée d'application de ladite sanction.

#### **Article 55 : continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention**

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'application de la convention se poursuivent et sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

## TITRE VII

### RÈGLES PARTENARIALES GÉNÉRALES

#### **Article 56 : cas de concertation avec les autres professions intervenant dans le champ des titres I et IV et du chapitre 4 du titre II de la LPP**

Les parties s'accordent sur la nécessité de soumettre aux mêmes engagements conventionnels les professions délivrant des produits et prestations inscrits aux titres I et IV et au Chapitre 4 du Titre II de la LPP.

Dans ce but, les partenaires conventionnels participent aux réunions de concertation associant les syndicats de pharmaciens d'officines et permettant de définir des règles conventionnelles communes dans les champs d'activité partagés par les deux professions. L'intégration de ces règles dans la présente convention et dans la convention nationale des pharmaciens d'officine par voie d'avenant, est promue concomitamment.

Ces réunions sont organisées par l'UNCAM, à raison d'au moins une par an.

#### **Article 57 : entrée en application de la convention**

La présente convention annule toute autre convention antérieure ayant le même champ et le même objet. Elle est conclue pour une durée de 5 ans. Elle est prorogée par tacite reconduction pour des périodes de même durée.

#### **Article 58 : règles de représentation professionnelle présidant au partenariat conventionnel**

En l'absence de conditions de représentativité des organisations professionnelles définies par le législateur, les signataires considèrent que le respect des critères ci-après énumérés est requis des postulants au partenariat organisé par la présente convention :

- l'indépendance, notamment financière, du syndicat ;
- son ancienneté minimale de deux ans ;
- la répartition de ses adhérents dans au moins 4 régions administratives ;
- un nombre d'adhérents au moins égal à 10 n'appartenant pas au même groupe de société au sens retenu par les catégories INSEE et ne relevant pas de la même holding ;
- l'absence de spécialisation de tous les adhérents dans un même segment d'activité de la LPP ;
- un montant de dépenses d'assurance maladie généré par la totalité des adhérents supérieur à 100 M€.

Ces critères sont cumulatifs.

#### **Article 59 : retrait d'une partie de la convention**

Chaque partie signataire a la faculté de se retirer du régime instauré par la présente convention en informant l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie par lettre recommandée avec accusé de réception, à charge pour cette dernière d'en aviser les autres parties. Son retrait est effectif au terme d'un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

Toute nouvelle demande d'adhésion ne peut alors être formulée qu'à l'occasion du renouvellement de la convention ou de la date d'entrée en vigueur d'une nouvelle convention.

#### **Article 60 : résiliation de la convention**

La présente convention est résiliée par les parties signataires soit par décision de la majorité des organisations professionnelles signataires, soit par décision de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie obligatoire.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée. Fait à Paris, le 15 juillet 2015.

*Le directeur général de l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie,*  
N. REVEL

*Le président du SNADOM,*  
D. ROBERT

*Le président du SYNALAM,*  
O. LEBOUCHE

*Le président de l'UNPDM,*  
P. AUPHELLE

ANNEXE 1a

**FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE  
DES PRESTATAIRES DES TITRES I ET IV ET DU CHAPITRE 4 DU TITRE II  
DE LA LISTE PREVUE PAR L'ARTICLE L.165-1 CSS (1)**

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DEMANDANT A ADHERER A LA CONVENTION

Je soussigné .....,  
représentant la personne morale : .....,  
forme juridique: ..... ;  
numéro SIREN : ..... ;  
exerçant l'activité de ..... ;  
adresse du local ou des locaux dans la circonscription :  
.....  
.....  
..... (2)  
aire géographique autorisée par l'Agence Régionale de Santé  
pour l'oxygénothérapie : ..... (3)  
déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur et avoir pris connaissance de la convention nationale susmentionnée dont je m'engage à respecter tous les termes.  
A ....., le .....

A REMPLIR PAR La caisse primaire d'assurance maladie

Je soussigné ....., Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de .....,  
après avoir vérifié la régularité de la situation juridique du prestataire et avoir effectué un contrôle favorable du local ou des locaux où il exerce,  
reconnais l'adhésion de ce professionnel à la convention nationale susmentionnée.  
A ....., le .....

(1) Ce modèle-type de formulaire indique les mentions minimales que doit contenir le formulaire utilisé par la caisse régionale. Il peut être adapté par l'ajout de mentions justifiées par des particularités locales, en accord avec les professionnels.

(2) Préciser, le cas échéant, les modalités pratiques d'exercice de l'activité, si elle est à temps partiel (jours et heures de présence obligatoire du professionnel ou du responsable technique pour recevoir les assurés) ou tout autre renseignement utile (autre adhésion conventionnelle dans une autre circonscription de caisses, etc).

(3) Joindre une copie de la décision notifiée apr l'Agence Régionale de Santé.

Le Directeur de la caisse ..... Le prestataire

ANNEXE 1b

COURRIER TYPE PAR LEQUEL LE PRESTATAIRE INFORME LA CAISSE DE L'EXTENSION DE SON CHAMP D'ACTIVITE REGI PAR UNE CONVENTION AUTRE QUE LA CONVENTION NATIONALE DES PRESTATAIRES DES TITRES I ET IV ET DU CHAPITRE 4 DU TITRE II

*A envoyer à la CPAM de rattachement en lettre recommandée avec accusé de réception*

Coordonnées du Prestataire

Coordonnées de l'organisme de rattachement

Lieu et date

Objet : Extension d'activité couverte par une convention autre que la convention nationale des prestataires Titre I et IV et du chapitre 4 du Titre II

Madame, Monsieur,

Je soussigné (e) .....  
représentant la personne morale : .....  
forme juridique: ..... ;  
numéro SIREN : ..... ;  
exerçant l'activité de ..... ;  
adresse du local ou des locaux dans la circonscription :

.....  
.....  
.....  
.....

aire géographique autorisée par l'Agence Régionale de Santé  
pour l'oxygénothérapie : .....

déclare étendre mon activité initiale en dehors du champ couvert par les titres I et IV, et chapitre 4 du titre II de la LPP, comme suit : ..... (à renseigner par le prestataire).

Le prestataire

## ANNEXE 2

Engagement de maîtrise médicalisée des dépenses  
relatif à la ventilation par pression positive continue

En application de l'article 4 paragraphe 2 relatif aux engagements particuliers des prestataires en matière de maîtrise médicalisée des dépenses, les parties signataires conviennent de retenir dès la signature de la présente convention la pression positive continue, comme premier thème d'action dans ce cadre.

En effet, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui nécessite la mise en place d'un traitement par pression positive continue justifie pour son diagnostic la réalisation d'actes médicaux : la polygraphie ou la polysomnographie.

Le prestataire s'interdit dans ce cadre, toute participation à la réalisation de ces actes.

Est autorisée la location au prescripteur du matériel nécessaire à la réalisation de la polygraphie ou de la polysomnographie. Cette location doit faire l'objet d'un contrat avec le prescripteur. Les organismes d'assurance maladie obligatoire peuvent, dans le cadre de leur contrôle, demander au prestataire copie de ce contrat.

Dans le cas où le traitement par pression positive continue est prescrit, le prestataire s'engage :

- à procéder aux réglages des pressions fixes minimales et maximales (exprimées en cm d'eau PcmH<sub>2</sub>O) ou les réglages de la fourchette par pression selon le type d'appareil fourni (pression constante ou pilotée) conformément à la prescription médicale.
- à obtenir, avant toute mise en place du traitement, les informations sur le réglage des pressions auprès du prescripteur lorsque la prescription médicale ne les précise pas,
- à participer au suivi de la bonne observance des patients qui est un facteur déterminant dans la poursuite du traitement et de sa prise en charge ; ainsi, il transmet dans le cadre de la demande d'entente préalable de renouvellement de la prestation à fournir aux organismes d'assurance maladie obligatoire, les données relatives à l'observance enregistrées par l'appareil de PPC.

## ANNEXE 3

## Organismes gestionnaires de la convention

TERRITOIRE COUVERT	ORGANISMES GESTIONNAIRES
Alsace + Moselle	CPAM Strasbourg
Aquitaine	CPAM Bordeaux
Auvergne	CPAM Clermont Ferrand
Basse Normandie	CPAM Rouen
Haute Normandie	
Bourgogne	CPAM Dijon
Franche Comté	
Bretagne	CPAM Rennes
Champagne Ardennes	CPAM Nancy
Lorraine sauf Moselle	
Centre	CPAM Orléans
Languedoc Roussillon	CPAM Montpellier
Ile de France	CRAMIF
Limousin	CPAM Limoges
Poitou Charentes	
Midi Pyrénées	CPAM Toulouse
Nord-Pas-de-Calais	CPAM Lille-Douai

TERRITOIRE COUVERT	ORGANISMES GESTIONNAIRES
Picardie	
Pays de la Loire	CPAM Nantes
Provence Alpes Côte d'azur	CPCAM Marseille
Corse	
Rhône Alpes	CPCAM Lyon

## ANNEXE 4

## Liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques

« Conformément à l'article x-x. paragraphe 1 de la présente convention la liste des anomalies rendant l'image numérisée inexploitable est ainsi définie :

1. Image numérisée toute blanche ;
2. Image numérisée toute noire ;
3. Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
4. Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut ;

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent absentes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente. »

Une période de vérification est mise en place à compter de la réception de la première pièce numérique et pour un délai de 60 ayant pour objet de contrôler le respect par le prestataire des conditions techniques de numérisation, et selon le cas de télétransmission ou de transfert sur CD- et de transmission des ordonnances à la caisse. *La conformité des pièces conditionne le versement de l'aide visée au paragraphe 11 du présent article.*

Cette modification du support de la pièce justificative ne change pas les conditions réglementaires de mise en œuvre de la responsabilité du prestataire et de celle de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives.

## ANNEXE 5

## Modalités de sécurisation et d'envoi des FSE

	Prestations concernées	Mode de sécurisation	Mode de facturation
Mode SSSAM Vitale	Prestations à l'achat	Présence des cartes CPx et Vitale. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.	Envoi uniquement de la FSE, pas d'envoi de la facture papier
Mode SSSAM sans Vitale	Prestations régies par l'article R161-43-1 du code de la sécurité sociale	Uniquement la présence de la carte CPx dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées	Envoi uniquement de la FSE, pas d'envoi de la facture papier
Mode SSSAM - Vitale - 06/06/16	Prestations à l'achat mais impossibilité pour le prestataire d'obtenir la carte Vitale	La sécurisation est réalisée uniquement par la carte CPx seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPx.	Envoi de la facture papier parallèlement à la FSE