

CONVENTION NATIONALE

organisant les rapports entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé de l'appareillage inscrit aux chapitres 1, 5, 6 et 7 du Titre II de la Liste des Produits et Prestations

conclue entre

- l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie représentée par son directeur général,

et,

- le Syndicat National de l'Orthopédie Française représenté par son Président,
- le Syndicat des Epithésistes Français représenté par sa Présidente,
- l'Union des Ocularistes représentée par son Président,
- La Fédération Française des Podo-Orthésistes représentée par son Président
- l'Union Française des Orthoprothésistes 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 : adhésion du professionnel à la convention

- Article 4 : volontarisme de l'adhésion à la convention
- Article 5 : personnes éligibles au conventionnement
- Article 6 : pluralité des locaux
- Article 7 : modalités de reconnaissance de l'adhésion
- Article 8 : changements intervenant dans la situation ou dans l'activité du professionnel
- Article 9 : résiliation de l'adhésion à la convention
- Article 10 : référencement des professionnels par l'Assurance Maladie
- Article 11 : liste régionale des professionnels

Titre III : conditions de dispensation des prestations

- Article 12 : libre choix de l'assuré
- Article 13 : relations entre le professionnel et l'assuré
- Article 14 : relations avec les autres professionnels de santé
- Article 15 : obligations de bonnes pratiques de dispensation
- Article 16 : normes d'installation et d'équipement
- Article 17 : réception des assurés par un personnel compétent
- Article 18 : information de l'assuré
- Article 19 : conformité de la prestation à la prescription
- Article 20 : accord préalable
- Article 21 : conditions de réalisation de l'appareillage
- Article 22 : conditions temporelles de renouvellement de certains appareillages

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

Sous-Titre I : principes généraux de facturation

- Article 23 : dispense d'avance des frais
- Article 24 : règles générales de facturation de l'appareillage
- Article 25 : conditions particulières de facturation
- Article 26 : engagements ayant trait à la couverture maladie universelle
- Article 27 : refus de prise en charge

Sous-Titre II : facturation en SESAM-Vitale

- Article 28 : principe de la facturation en SESAM-Vitale
- Article 29 : exigence d'adaptation des équipements informatiques
- Article 30 : moyens à mettre en oeuvre
- Article 31 : établissement des feuilles de soins électroniques
- Article 32 : traitement des incidents
- Article 33 : retours d'information

Sous-Titre III : transmission des ordonnances

- Article 34 : tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale
- Article 35 : tri et transmission des ordonnances numérisées (dispositif SCOR)
- Article 36 : définition de la pièce numérique
- Article 37 : qualité de la pièce numérique
- Article 38 : conditions techniques de télétransmission des ordonnances
- Article 39 : convention de preuve
- Article 40 : conservation des preuves et protection des données

Sous-Titre IV : aide à la télétransmission sécurisée

- Article 41 : modalités d'attribution des aides
- Article 42 : montant et octroi des aides

Titre V : maîtrise des dépenses d'assurance maladie

- Article 43 : engagement des professionnels à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie
- Article 44 : finalité des échanges de données
- Article 45 : communication des données statistiques issues du codage
- Article 46 : données transmissibles par les syndicats

Titre VI : vie conventionnelle

Sous-titre I : Commission Paritaire Nationale

- Article 47 : composition de la Commission Paritaire Nationale
- Article 48 : fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale
- Article 49 : rôle de la Commission Paritaire Nationale

Sous-titre II : commission paritaire régionale

- Article 50 : composition de la commission paritaire régionale
- Article 51 : fonctionnement de la commission paritaire régionale
- Article 52 : rôle de la commission paritaire régionale

Sous-titre III : procédure de mise en cause conventionnelle

- Article 53 : procédure d'examen préalable
- Article 54 : convocation de la commission paritaire régionale
- Article 55 : sanctions conventionnelles susceptibles d'être prononcées
- Article 56 : prononcé des sanctions
- Article 57 : notification des sanctions relevant de la compétence de l'organisme gestionnaire de la convention
- Article 58 : notification des sanctions relevant de la compétence du directeur de l'UNCAM
- Article 59 : information des assurés par le professionnel déconventionné
- Article 60 : publicité des sanctions conventionnelles
- Article 61 : suspension provisoire dans des cas particuliers
- Article 62 : incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle
- Article 63 : continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Titre VII : règles partenariales générales

- Article 64 : concertation avec les autres professions intervenant dans le champ du chapitre 1 du titre II de la LPP
- Article 65 : entrée en application de la convention
- Article 66 : règles de représentation professionnelle présidant au partenariat conventionnel
- Article 67 : retrait d'une des parties de la convention
- Article 68 : résiliation de la convention

Annexes

- Annexe 1 : Formulaire d'adhésion à la convention et d'extension d'activité
- Annexe 2 : Liste des organismes gestionnaires de la convention
- Annexe 3 : Liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques
- Annexe 4 : Modalités de sécurisation et d'envoi des FSE

Préambule

La présente convention se substitue à la convention nationale du 19 décembre 2003. Elle est destinée à organiser les rapports entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé qualifiés délivrant des produits sur mesure et de série et des prestations inscrits aux Chapitres 1, 5, 6 et 7 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 professionnels de santé de l'appareillage.

Ceux-ci conforment parfaitement leurs pratiques 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 L. 4364-1 à L. 4364-7 et D. 4364-1 à D.4364-18 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.

Ils s'interdisent tout procédé 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 s'accordent enfin sur leur volonté de moderniser et simplifier les échanges entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels, notamment par la dématérialisation et la sécurisation des procédures de facturation des produits et prestations, ainsi que par la facilitation des accès aux informations entre professionnels de santé et organismes d'assurance maladie.

Titre I : 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 un appareillage de qualité et la prise en charge de celui-ci dans le respect des obligations de chaque régime d'assurance maladie obligatoire;
 - garantir le libre choix du professionnel de santé par l'assuré ;
 - satisfaire aux exigences d'efficacité des soins, de transparence des conditions de réalisation et de délivrance de l'appareillage et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ;
 - faciliter les échanges et la communication entre les professionnels de santé et les organismes 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 l'appareillage relevant des chapitres 1, 5, 6 et 7 du titre II de la LPP, outre la dispense d'avance des frais garantie aux personnes relevant de dispositifs de tiers payant instaurés par les pouvoirs publics, notamment 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 professions d'orthopédistes-orthésistes, d'ocularistes, d'épithésistes, de podoprotésistes et d'orthoprothésistes ;

- 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 professionnels de santé intervenant dans les secteurs d'activité mentionnés à l'article 1 de la présente convention ; ainsi que lesdits professionnels 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 "professionnel" la personne morale ou physique, à l'exclusion des salariés, qui délivre des produits inscrits aux Chapitres 1, 5, 6 et 7 du Titre II de la LPP et qui les facture aux organismes d'assurance maladie obligatoire conformément aux textes régissant l'exercice des professions de santé relevant des présentes dispositions conventionnelles.

Est ci-après désigné comme "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 13 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 professionnel est installé et auquel il demande son enregistrement au Fichier National des Professions de Santé, l'attribution d'un identifiant de facturation, ainsi que 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 47 de la présente convention ne peut régir les rapports entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les professionnels.

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 : adhésion du professionnel à la convention nationale

Article 4 : volontarisme de l'adhésion à la convention

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'Assurance Maladie Obligatoire met la convention et ses éventuels avenants à disposition des professionnels sur son site internet : www.ameli.fr.

Le professionnel précédemment conventionné au titre des métiers de l'appareillage régis par la présente convention avant l'entrée en vigueur de la convention le reste, sauf s'il ne souhaite plus l'être. Dans ce cas, il le fait savoir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme de rattachement.

Le professionnel non conventionné avant l'entrée en vigueur de la convention qui souhaite se placer sous le régime de celle-ci 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 1a de la convention. Son adhésion est effective à la date à laquelle la caisse la lui notifie dans les conditions de l'article 7.

En cas de conclusion d'un avenant à la présente convention, le professionnel 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 9 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 5 : personnes éligibles au conventionnement

Ne peut adhérer à la présente convention que le professionnel dont l'activité, exercée à titre principal ou non, consiste à délivrer tout ou partie des produits susvisés :

- qui s'engage 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 dispose de locaux d'activité ressortissant du domaine privé, installés, agencés et équipés conformément aux normes fixées par les textes applicables et à l'article 16.

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 professionnelle 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 professionnel 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 qu'il peut consulter et télécharger sur le site susmentionné de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Dans ces deux cas, le professionnel informe l'organisme de rattachement de cette extension de son activité par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 30 jours 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 auquel il joint le titre de compétence autorisant l'exercice de la nouvelle activité déclarée.

Article 6 : pluralité des locaux

Paragraphe 1 : portée de l'identification et du conventionnement

L'attribution d'un identifiant de facturation et le conventionnement du professionnel ont une portée régionale : lorsqu'il possède plusieurs locaux dans une région administrative, son identification et son adhésion conventionnelle couvrent la totalité de l'activité menée à partir de l'ensemble de ces sites, y compris lorsqu'elle s'étend dans d'autres régions à partir de ces sites.

En revanche, toute ouverture d'un local dans une autre région oblige le professionnel à demander son identification et son conventionnement auprès de la caisse de rattachement compétente.

Paragraphe 2 : désignation du site référent

Le professionnel peut exercer son activité dans différents locaux d'accueil des assurés (sites d'activité, agences, établissements...) respectant les conditions d'inscription des entreprises au registre du commerce.

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

Le site référent choisi dans une région est le même pour les deux procédures d'identification et d'adhésion conventionnelle, quel que soit le nombre de sites d'activité que le professionnel y possède.

Lorsqu'il demande son identification et son conventionnement pour un local déterminé, le professionnel indique s'il a déjà obtenu un identifiant de facturation et un conventionnement au titre d'un local situé dans une autre circonscription régionale.

Dans les cas où le professionnel possède des locaux d'exercice ouverts au public dans plusieurs circonscriptions régionales, il demande son identification et son conventionnement dans chacune d'entre elles, en déterminant chaque fois le site référent au titre duquel cette identification et ce conventionnement sont formalisés et en signalant chaque fois à l'organisme de rattachement l'ensemble des locaux où il mène son activité dans la circonscription concernée.

Paragraphe 2 : exercice en dehors des locaux du professionnel

Lorsque le professionnel exerce en partie son activité ambulatoire dans des locaux loués ou mis à sa disposition par un établissement de santé ou un autre professionnel intervenant dans le champ de la santé, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ce local est situé.

L'exercice professionnel au sein de ce local secondaire répond aux règles de compétence, d'équipement et de bonnes pratiques définies ci-après au titre III de la convention, notamment au regard des critères de compétence des personnels amenés à prendre en charge des patients dans le cadre de l'activité du local.

Le professionnel reste tenu à l'obligation de respecter la plénitude de la liberté de choix de l'assuré.

Lorsque ce local est situé dans une région différente de celle de son local principal, le professionnel dépose une demande d'adhésion à la convention auprès de la caisse de rattachement compétente.

Paragraphe 3 : ouverture de nouveaux locaux d'activité

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

Article 7 : modalités de reconnaissance de l'adhésion

Le formulaire d'adhésion mentionné à l'article 4 alinéa 3 ne peut pas être traité par l'organisme de rattachement si tous ses champs n'ont pas été renseignés.

La reconnaissance de l'adhésion par l'organisme de rattachement ne peut intervenir qu'après vérification du respect par le professionnel des conditions fixées aux articles 16 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 professionnel, à celui-ci, ainsi qu'aux organismes locaux des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

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

Article 8 : changements intervenant dans la situation ou dans l'activité du professionnel

Tout changement affectant les statuts, la personnalité juridique et la responsabilité juridique du professionnel 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 professionnel au vu de ses nouvelles conditions d'exercice, ainsi qu'à la notification de cette reconnaissance au professionnel lui-même et aux autres organismes de son ressort géographique selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 7 de la présente convention.

Lorsque le professionnel conventionné dans une région ferme l'ensemble des locaux qu'il y possédait, son conventionnement et son identification sont de facto caducs. S'il transfère son activité dans une autre région, il doit engager de nouveau les procédures d'identification et d'adhésion conventionnelle.

Article 9 : résiliation de l'adhésion à la convention

Tout professionnel 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 10 : référencement des professionnels par l'Assurance Maladie

L'UNCAM met en ligne, sur le site de l'Assurance Maladie Obligatoire, dès lors qu'elle est en mesure de déployer les moyens adaptés, un répertoire 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 professionnels. La situation de chaque professionnel au regard de la vie conventionnelle dont il relève est précisée.

Article 11 : liste régionale des professionnels

L'organisme gestionnaire de la convention recueille auprès des organismes de rattachement, une fois par an, les informations nécessaires à la mise à jour de la liste des professionnels ayant adhéré à la convention dans sa circonscription.

Cette liste est adressée une fois par an au siège des organisations professionnelles signataires de la convention.

Cette liste est tenue à la disposition des bénéficiaires des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire qui peuvent la consulter sur simple demande adressée à l'organisme gestionnaire de la convention. Cette liste peut être consultée par tous moyens de télécommunication dès lors que ces moyens ont été mis en œuvre par lesdits organismes.

Titre III : conditions de dispensation des prestations

Article 12 : libre choix de l'assuré

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

Article 13 : relations entre le professionnel et l'assuré

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

Article 14 : relations avec les autres professionnels de santé

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

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

Article 15 : obligations de bonnes pratiques de dispensation

Le professionnel 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.

Le professionnel entretient et perfectionne ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour participer et faire participer son personnel à des actions de formation continue.

Le professionnel 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, ou encore si le coût de la réparation est supérieur à 60 % de la valeur de l'appareillage ;

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 professionnel, 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 professionnel au profit d'un prescripteur ;

6° le versement de remises ou ristournes à un intermédiaire dont l'activité n'est pas celle de professionnel au sens de la présente convention ;

7° la mise à disposition de personnels salariés par le professionnel 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 patientèle par des moyens tels que remises ou avantages en nature ou en espèces, proposition de facilités de paiement, pression auprès des organismes sociaux, etc.

Article 16 : normes d'installation et d'équipement

Paragraphe 1 : accessibilité des locaux

Le professionnel 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 professionnel dispose de locaux adaptés 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.

Ils doivent être conçus de façon à permettre au patient d'essayer l'appareillage dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel. Ils doivent être équipés de manière à ce que l'intimité du patient soit préservée lors du déshabillage et lors de l'habillage, y compris vis à vis du professionnel. Ils doivent en outre être équipés :

- d'un éclairage convenable,
- d'un point d'eau.

Les locaux sont équipés au moins du matériel nécessaire aux adaptations et réparations courantes.

Outre ces conditions générales, les locaux du professionnel possèdent certains équipements complémentaires nécessaires au bon exercice de sa profession :

- les locaux des orthoprothésistes comportent une table ou un lit d'examen ;
- les locaux des orthoprothésistes, des podo-orthésistes et des orthopédistes-orthésistes comportent un espace de déambulation de 3,50 m de long et de 1,20 m de large avec une tolérance possible de 50 cm pour la longueur et la largeur;
- les locaux des ocularistes comportent :
 - le matériel nécessaire au nettoyage et à la désinfection des prothèses oculaires lors des essayages ou lors des rectifications,
 - le matériel technique nécessaire aux moulages,
 - un miroir à trois faces permettant simultanément une vision frontale et sagittale ;
- les locaux des épithésistes comportent :
 - le matériel technique nécessaire à la prise d'empreinte, au modelage, aux essayages, ajustements et finitions et à l'entretien de l'épithèse ;
 - un éclairage « lumière du jour » pour la détermination des teintes ;
 - une pièce pouvant être ventilée lors de l'utilisation de solvants en présence du patient.
- les locaux des orthopédistes-orthésistes comportent au moins un podoscope et une table d'examen.

S'agissant notamment des orthèses plantaires, le professionnel de santé qui en délivre dispose du matériel approprié à leur réalisation : un podoscope, le matériel nécessaire à la prise d'empreintes, ainsi qu'aux corrections et à l'adaptation progressive des orthèses plantaires.

Paragraphe 3 : séparation des locaux du professionnel

L'espace destiné à la prise en charge des assurés et à l'activité professionnelle relevant du champ de la présente convention est impérativement séparé matériellement de celui dans lequel le professionnel exerce éventuellement une activité ne relevant pas du domaine de la santé.

Article 17 : réception des assurés par un professionnel compétent

Aucune opération d'appareillage sur mesure ou de série d'un patient ne peut être réalisée par une personne ne répondant pas aux principes réglementaires et conventionnels qui conditionnent l'exercice de la profession dont cet appareillage relève ; notamment les dispositions réglementaires rappelées en préambule définissant la qualification nécessaire à l'exercice professionnel.

Le professionnel affiche dans son ou ses locaux les jours et heures d'ouverture du local, en précisant les modalités de réception des patients.

Article 18 : information de l'assuré

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

L'assuré est de la sorte 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 professionnel à acquérir le matériel ainsi proposé.

Article 19 : conformité de la prestation à la prescription

A l'exception des cas d'appareillage hors nomenclature, le professionnel est toujours en mesure de fournir aux assurés des appareils inscrits à la LPP en se conformant à la prescription médicale et dans l'intérêt de leur bien-être, dès lors que ces appareils relèvent bien de son champ d'activité habituel.

Ces appareils satisfont de façon optimale à leur finalité médicale et à leur fonctionnalité technique. Leur délivrance se conforme strictement à la destination pour laquelle ils sont spécifiquement conçus.

En ce qui concerne les orthoprothèses et les podo-orthèses, lorsqu'une demande d'appareillage hors nomenclature est faite en application de l'article R.165-25 du code de la sécurité sociale, le professionnel procède à la réalisation dès lors qu'il a reçu l'accord exprès de prise en charge de l'organisme d'assurance maladie. Le silence de cet organisme au bout de 30 jours vaut rejet.

Article 20 : accord préalable

En ce qui concerne les produits dont la prise en charge est subordonnée à la procédure d'accord préalable, dès lors que la demande a été établie sur l'imprimé national en vigueur, à l'exclusion de tout autre document, et dès lors que l'assuré lui a confié la prescription médicale, le professionnel est autorisé à réaliser l'appareillage en l'absence de réponse de l'organisme de prise en charge au-delà d'un délai de 15 jours francs suivant la réception de la demande.

Quand l'organisme de prise en charge notifie à l'assuré, dans ce même délai, un refus après examen de la demande d'accord préalable, il en avise concomitamment le professionnel par courriel dès lors que celui-ci lui a communiqué son adresse électronique. A défaut, le refus est notifié par courrier postal.

Les organismes de prise en charge ne peuvent pas différer leur accord au simple motif que les 15 jours qui leur sont dévolus ne suffisent pas pour examiner une demande. La notification d'un avis technique impossible (ATI) est strictement limitée au cas où le service médical près de l'organisme de prise en charge est dans l'incapacité totale et avérée de se prononcer :

- absence de l'assuré à la convocation ;
- non présentation par l'assuré d'une pièce d'identité après deux convocations sans examen ;
- non présentation de documents nécessaires à l'appréciation du Service Médical, malgré la mise en oeuvre par celui-ci de tous les moyens à sa disposition pour les obtenir (contact avec le médecin traitant, avec le bénéficiaire...) dans un délai de 15 jours.

Ces documents sont principalement ceux qui apportent au Service Médical tous les éléments d'ordre médical et réglementaire accessibles au professionnel et propres à éclairer son avis.

L'un de ces motifs au moins doit figurer sur l'ATI notifié. Passé ce délai de 15 jours, dès lors que le patient ou le professionnel sont en mesure de communiquer au service médical les éléments ayant motivé l'ATI, une nouvelle demande d'accord préalable doit être déposée dans les conditions de droit commun de l'article R.165-23 du code de la sécurité sociale.

Article 21 : conditions de réalisation de l'appareillage

Le professionnel prend les dispositions nécessaires à l'exécution de l'appareillage conformément à la prescription médicale, aux spécifications techniques et à la nomenclature de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale et dans le respect de l'accord préalable. Afin de favoriser une prise en charge optimale de la personne devant être appareillée, le professionnel :

- évalue le besoin d'appareillage par un bilan conformément à la nomenclature et aux finalités de l'appareillage ;
- conçoit l'appareillage de manière à répondre pleinement aux besoins de la personne et au diagnostic professionnel posé ;
- garantit que ses techniques de fabrication de l'appareillage respectent les protocoles, procédures et règles professionnels applicables à son exercice ;
- vérifie la conformité et la parfaite adaptation de l'appareillage à la personne et sa finition en vue de sa délivrance.

Le professionnel demeure libre du choix de la technique employée dans les limites de la prescription médicale, de sa compétence et de la réglementation en vigueur, notamment des dispositions de la nomenclature de la LPP.

Les recommandations élaborées par la Haute Autorité de Santé en matière de soins par appareillage orthopédique externe sont prises en compte par le professionnel.

Les parties signataires veillent à ce que l'application de ces recommandations place le patient au cœur du système de santé.

Dans le cas où le professionnel choisi par l'assuré se trouve dans l'impossibilité matérielle de fournir l'appareillage commandé dans le délai prévu, il en avise immédiatement le bénéficiaire, afin de lui permettre de prendre ses dispositions. Dans le cas où un accord préalable a été obtenu, il en informe également l'organisme de prise en charge qui a émis cet accord.

Toute modification de la conception de l'appareil, par rapport à la prescription initiale ayant reçu l'accord de l'organisme de prise en charge, qui s'avèrerait médicalement ou techniquement nécessaire au cours de sa fabrication ne peut intervenir qu'à la demande ou avec l'accord du médecin prescripteur et après avis favorable des services médicaux près de l'organisme de prise en charge. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, le remboursement de l'appareillage par ce dernier ne peut intervenir.

Article 22 : conditions temporelles de renouvellement de certains appareillages

Les parties signataires conviennent de la nécessité de garantir l'harmonisation du traitement des dossiers de renouvellement des appareils par l'ensemble des organismes d'assurance maladie. Dans les six mois suivant l'entrée en application de la convention, elles mettent en place un groupe de travail au sein duquel chacune délègue ses représentants, afin de définir des critères et modalités en la matière.

Ce groupe de travail est appelé à remettre ses conclusions à la Commission Paritaire Nationale dans un délai de six mois suivant la date de sa première réunion.

Dès lors que les critères et modalités de renouvellement des appareils sont entérinés par la Commission Paritaire Nationale, ils font l'objet d'une circulaire de la CNAM mise en ligne sur le site ameli.fr et sont annexés à la convention par avenant.

Paragraphe 1 : conditions générales de renouvellement

Dans le cas d'un renouvellement d'orthoprothèse ou de podo-orthèse, la validité du renouvellement, pour les adultes, s'apprécie en fonction de la date de délivrance de l'appareillage précédent. En dehors du cas prévu au paragraphe 3, afin que ce renouvellement puisse être effectif à cette date, étant donné les délais d'examen de la demande d'accord préalable et de réalisation de l'appareillage, l'organisme de prise en charge accepte que la demande lui soit adressée avant la date anniversaire de la dernière attribution. Cette anticipation ne peut pas excéder 30 jours.

La fréquence de renouvellement des prothèses faciales est laissée à l'appréciation du seul médecin prescripteur compétent en fonction du besoin médical.

Paragraphe 2 : garantie de l'appareillage

Par principe, l'échéance de la durée de garantie de l'appareillage précédent ne justifie pas la prise en charge automatique d'un nouvel appareil. Le délai de garantie ne correspond pas à la durée de vie de l'appareil mais à la période durant laquelle le professionnel s'engage à réparer gratuitement l'appareil dès lors que les réparations sont bien rendues nécessaires par un usage normal de celui-ci. Au-delà de ce délai, la réparation devient facturable.

Afin de faciliter les réparations de podo-orthèses remboursables par l'Assurance Maladie, celles-ci sont exonérées de l'obligation de prescription médicale et par conséquent de demande d'accord préalable.

Le renouvellement de l'appareillage ne peut intervenir, sur prescription médicale, et être présenté au remboursement de l'Assurance Maladie que si l'état, l'adaptation et le niveau de performance de l'appareillage rendent nécessaire son remplacement.

Paragraphe 3 : date de renouvellement des chaussures orthopédiques

La nomenclature du chapitre 6 du titre II de la LPP prévoit que la prise en charge est assurée pour deux paires de chaussures orthopédiques lors de la première attribution. Cela permet à l'assuré de bénéficier, en permanence, d'une paire d'appoint.

Toutefois, pour les adultes, une seule paire par an, à compter de la date de la 1ère prise en charge, peut être renouvelée. Ce renouvellement n'est cependant pas automatique et ne peut intervenir, sur prescription médicale, que si les chaussures ne sont plus réparables ou si l'adaptation ou le niveau de performance de celles-ci rendent nécessaire leur remplacement.

Grâce aux réparations successives notamment, les renouvellements peuvent se faire à une fréquence supérieure à un an et un décalage dans le temps peut ainsi s'opérer entre les renouvellements et la date anniversaire de la première prise en charge.

Pour les adultes, dès lors que cette date anniversaire de la première prise en charge est le critère déterminant pour apprécier la validité de tous les renouvellements au fil des ans, un laps de temps inférieur à un an peut être admis entre la date de la précédente prise en charge et le renouvellement de chaussures orthopédiques, à condition que :

- le délai de garantie soit écoulé,
- les chaussures ne soient plus réparables ou l'adaptation ou le niveau de performance de celles-ci rendent nécessaire sont remplacement,
- le besoin soit reconnu par une prescription médicale,
- le nombre total de renouvellements remboursés depuis la première date de prise en charge, y compris le renouvellement en instance, établisse une moyenne de renouvellement supérieure à un an.

La seconde paire délivrée la première année n'est pas assimilable à un renouvellement et n'entre pas dans ce calcul.

Titre IV : facturation, transmission des ordonnances et règlement des prestations**Sous-Titre I : principes généraux de facturation****Article 23 : 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 professionnel peut pratiquer la dispense d'avance des frais 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 professionnel.

En cas de dispense d'avance des frais, le professionnel 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 24: règles générales de facturation de l'appareillage**Paragraphe 1 : modération des prix**

En l'absence de prix limites de vente fixés par la réglementation, ou dans les cas où les prix limites de vente sont supérieurs aux tarifs de responsabilité, les professionnels déterminent leurs prix avec tact et mesure, au regard de la prestation réellement effectuée.

Paragraphe 2 : présentation de la facture

La facturation détaillée de l'appareil délivré est obligatoirement établie au moyen de l'imprimé Cerfa en vigueur. Elle fait notamment apparaître :

- la désignation de l'appareillage figurant dans la nomenclature de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- le code et le tarif de responsabilité correspondants dans cette nomenclature,

- les conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins dans les zones prévues,
- la date de délivrance.

La facturation détaillée des réparations effectuées comporte :

- la désignation de l'appareil réparé conformément au libellé de la nomenclature précitée ;
- le code du forfait et le tarif de responsabilité correspondant aux réparations dans cette nomenclature.

Le montant total de la facture fait apparaître le prix payé par le bénéficiaire. A partir du moment où la réglementation applicable à l'activité du professionnel détermine des prix limites de vente, le professionnel s'interdit tout dépassement de ces prix.

Paragraphe 3 : modification des conditions réglementaires de remboursement

La facturation de l'appareillage ne peut être établie qu'une fois la prestation réalisée et dispensée à l'assuré. Par conséquent, en cas de changement de tarif de responsabilité, de taux de prise en charge ou de mode de tarification intervenant entre l'accord préalable et la délivrance de l'appareillage, la facturation est établie par le professionnel conformément aux conditions réglementaires de prise en charge en vigueur lors de la délivrance de l'appareil à l'assuré.

Paragraphe 4 : entrée en vigueur des revalorisations tarifaires

En cas de revalorisation des tarifs de responsabilité, les nouveaux tarifs s'appliquent au moment de la facturation de l'appareillage, au plus tôt lors de la délivrance de celui-ci ; y compris lorsque la prise en charge de l'appareillage est subordonnée à l'accord préalable de la caisse au vu d'un devis.

Paragraphe 5 : non remise de l'appareillage à l'assuré

Dès lors que l'Assurance Maladie Obligatoire, au regard de sa mission de couverture assurantielle des risques pesant sur des personnes physiques, n'a pas la possibilité de couvrir des frais qui n'auraient pas été servis à ces personnes, l'appareil réalisé après la date de l'accord préalable mais qui n'a pu être remis à la personne à laquelle il était destiné ne peut pas être présenté au remboursement.

A contrario, dans les cas de décès de l'assuré, si cet événement est postérieur ne serait-ce que d'un jour à la remise de l'appareillage, aucun refus de remboursement ne peut être opposé.

Lorsque l'appareil ne peut être remis à l'assuré, du fait de celui-ci, il appartient au professionnel de se retourner contre lui ou ses ayants-droits.

Article 25 : conditions particulières de facturation

Paragraphe 1 : exception à la règle de la signature de la feuille de soins par 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 prothèses oculaires et faciales en cas de facturation de frais d'expédition ;
- les podo-orthèses 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.

En raison de l'impossibilité pratique pour les patients incapables majeurs et mineurs hébergés dans les établissements sociaux et médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés de présenter leur carte Vitale, la facturation des orthèses sur mesure, des podo-orthèses et des orthoprothèses délivrées dans ces conditions est également exemptée de l'obligation de signature de l'assuré.

Paragraphe 2 : codes de nomenclature nécessaires à la facturation des orthoprothèses

A partir du moment où le codage est mis en place par voie réglementaire au chapitre 7 du titre II de la LPP, les orthoprothésistes mentionnent les codes formatés en 7 caractères numériques de la colonne « codes » de la nomenclature de la LPP, tant sur les devis des formulaires de demande d'accord préalable que sur les feuilles de soins papier ou électroniques servant à la facturation de l'appareillage.

Paragraphe 3 : suppléments dans le secteur des podo-orthèses

Conformément au cahier des charges du chapitre 6 du titre II de la LPP, les tarifs de responsabilité permettent de réaliser des chaussures orthopédiques assurant de manière optimale la fonction thérapeutique prescrite et satisfaisant à des critères d'esthétique courante. La réglementation n'admet la facturation aux assurés de suppléments non remboursables que dans des cas limités :

- ☞ les modifications et adaptations justifiant ce dépassement doivent avoir été expressément demandées par le patient et être formalisées par un document reprenant le libellé type rédigé par les partenaires conventionnels ;

- elles ne peuvent pas porter sur la fonction thérapeutique, ce qui implique une finalité uniquement esthétique, en supplément des spécifications techniques déjà prévues à la LPP ;
- elles doivent faire l'objet d'un devis soumis à l'accord de l'assuré avant toute exécution de la commande, puis joint à la feuille de soins ;
- ce devis met obligatoirement en évidence le tarif de responsabilité de la prestation inscrite à la LPP, la nature et le coût des adaptations demandées en sus par le patient et le prix total de l'appareillage, afin de favoriser la pleine information du patient.

Les partenaires conventionnels font annuellement le bilan des suppléments facturés par les podos-orthésistes : nombre total de paires de chaussures orthopédiques, montant moyen. Cela permet à la Commission Paritaire Nationale de disposer d'éléments objectifs sur les pratiques. Le cas échéant, à la lumière de ces éléments, elle propose des mesures d'optimisation des pratiques.

Paragraphe 4 : facturation des réparations de podo-orthèses

La facturation des réparations de podo-orthèses à la LPP s'effectue conformément à des forfaits annuels par paire. La durée annuelle s'entend de date à date.

La prise en charge d'un même forfait annuel de réparation pour une paire de chaussures orthopédiques peut être fractionnée en plusieurs facturations successives au cours d'une même année, jusqu'à ce que le montant de ce forfait ait été atteint, après déduction du ticket modérateur s'il y a lieu.

Dès lors que la nomenclature de la LPP prévoit que l'assuré peut disposer de deux paires de chaussures orthopédiques, deux forfaits de réparation identiques peuvent être pris en charge pour un même assuré durant une même année, à condition que les réparations aient effectivement été réalisées sur chacune des deux paires en possession de l'assuré.

Les frais de réparations au-delà des forfaits sont à la charge du patient.

Paragraphe 5 : Prise en charge des moulages pour Podo-orthèses

La prise en charge des moulages est conditionnée par les critères suivants :

- ↳ ils doivent avoir été prescrits, comme tout produit ou prestation inscrit à la LPP présenté au remboursement ;
- ↳ leurs indications de prise en charge se limitent à :
 - une première mise,
 - un changement morphologique du pied,

- un renouvellement effectué par un autre professionnel que celui qui a réalisé la précédente paire de chaussures orthopédiques.

Les organismes d'assurance maladie ne peuvent pas refuser de rembourser des moulages justifiés par ces critères.

Paragraphe 6 : tarification conventionnelle des frais d'expédition

S'agissant du renouvellement et des réparations des podo-orthèses et des orthoprothèses, les frais d'expédition de l'appareillage sont pris en charge sur la base d'un forfait dont le montant est fixé par la Commission Paritaire Nationale mise en place par l'article 46 de la convention. Ce montant couvre tous les frais accessoires, tels que l'emballage, et est révisable en fonction de l'évolution des tarifs postaux.

Article 26 : 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 professionnels de l'obligation de proposer aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire 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 professionnel, pour tous les produits correspondant à ce champ, faisant l'objet de son activité courante et non soumis à des prix réglementés au titre de la LPP :

- 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 de série 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 professionnel dans le cadre de la procédure des articles 53 à 63 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 27 : refus de prise en charge

Paragraphe 1 : motivation des refus de prise en charge

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

Paragraphe 2 : demandes de modification de l'appareillage

Lorsque des modifications de l'appareillage sont demandées par le service médical placé auprès de l'organisme de prise en charge pour des raisons morphologiques ou en raison d'un changement de prescription intervenant après la mise à disposition, la prise en charge de ces modifications, en sus de la prestation initiale, est assurée sur la base du code de nomenclature afférent à l'appareillage lui-même.

Dans ce cas, le remboursement intervient dans la limite d'un montant financier obligatoirement inférieur au tarif de responsabilité correspondant et approuvé au vu d'une prescription médicale rectificative et d'un devis transmis respectivement par l'assuré et par le professionnel.

Paragraphe 3 : adaptation de l'appareillage

Les caisses ont la possibilité de mettre en place des formulaires demandant aux patients s'ils considèrent que leur appareillage répond à leurs attentes. Ces formulaires s'intitulent « attestation de convenance ». L'absence de retour de ce formulaire de la part de l'assuré ne peut justifier un refus de prise en charge.

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 professionnels.

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 28 : principe de la facturation en SESAM-Vitale

Dès lors que le professionnel s'est doté des équipements technologiques appropriés, 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.

En ce qui concerne la facturation des orthoprothèses en SESAM-Vitale, le professionnel se dote de tout moyen informatique nécessaire dans le cadre de son exercice pour que ne soient télétransmis vers les organismes de prise en charge que les codes numériques de la nomenclature du chapitre 7 du titre II de la LPP qui sont seuls acceptés dans le cadre de la mise en oeuvre de la facturation sécurisée SESAM-Vitale dans le champ de la LPP.

Le dispositif SESAM-Vitale n'intègre la catégorie professionnelle qu'à partir du socle fonctionnel 1.40 addendum 6. Son bon fonctionnement est garanti par l'utilisation de lecteurs homologués version 3.00 et supérieure ou au standard PC/SC.

Article 29 : exigence d'adaptation des équipements informatiques**Paragraphe 1 : adaptation de l'équipement informatique des professionnels**

Le professionnel 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.

Paragraphe 3 : conseillers informatiques des caisses

Chaque caisse dispose de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

Les conseillers informatique service sont à la disposition des professionnels pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices intégrés ou non à leurs logiciels métiers.

Ils apportent également une information privilégiée sur l'ensemble des téléservices proposés par l'assurance maladie.

A ce titre, ils sont amenés à contacter ou rencontrer les professionnels à leur demande ou de manière pro active sur plusieurs versants :

- assistance technique (démarrages d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents),
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices).

Article 30 : moyens à mettre en oeuvre

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

Paragraphe 1 : équipement informatique

Le professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), qui agit pour le compte et sous la responsabilité du professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel, 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 professionnel, 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 professionnel procède aux démarches nécessaires, telles que décrites par la réglementation, pour obtenir les CPS, CDE et les CPE nécessaires aux salariés du professionnel et délivrées par l'ASIP SANTE.

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

Le professionnel 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 Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour la durée de la convention et pour la durée du conventionnement du professionnel, dans la limite de cinq CPE, d'une CDE et d'une CPS par professionnel de santé. Il en va de même pour les cartes de personnel d'établissements attribués aux salariés du professionnel.

Article 31 : établissement des feuilles de soins électroniques

Les trois modes de sécurisation des FSE sont détaillées à l'annexe 4.

Les modalités d'établissement et de transmission des FSE s'appliquent à l'ensemble des professionnels 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 professionnel 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 Vitale

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 professionnel et sont prises en compte pour le règlement des prestations dues.

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, le professionnel peut utiliser un service intégré au logiciel SESAM-Vitale : le service ADRI (Acquisition des DRoits intégrée) lui permet d'obtenir la situation de droits à jour de son patient et ainsi de fiabiliser parfaitement l'établissement de la FSE.

Paragraphe 2 : délai de transmission des FSE

Les FSE sont adressées par le professionnel 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 professionnel, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des prestations facturées en FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Pour fiabiliser la facturation du professionnel, l'assurance maladie met à sa disposition le service ADRI : Acquisition des DRoits intégrée au logiciel SESAM Vitale. Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

Article 32 : 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.

Dans le cadre de la dispense d'avance des frais, en cas de dysfonctionnement ou en l'absence de carte Vitale pour l'élaboration d'une FSE, le professionnel peut télétransmettre des feuilles de soins SESAM-Vitale en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées électroniquement par la carte d'assurance maladie de l'assuré.

Parallèlement, le professionnel transmet la feuille de soins papier correspondante à son organisme de rattachement. 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 (dysfonctionnement logiciel, absence de connexion Internet...), le professionnel remplit une feuille de soins papier.

Article 33 : 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 professionnel. Ces retours ne sont transmis au professionnel 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 professionnel de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

S'il est équipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le professionnel bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures :
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution),
 - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture,
 - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication :
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire),
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
 - de la nature de la prestation,
 - du libellé de rejet ;

- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier ;
- les retours d'information sur les factures regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné ;

- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures,
 - régularisation de factures,
 - paiements ponctuels ou forfaitaires,
 - retenues ponctuelles après accord formel du professionnel.

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 34 : tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale

Hors dispositif SCOR, les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

Le professionnel 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), du régime social des indépendants (RSI), autres.

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

- Régime général,
- Régime agricole
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

A l'extérieur de chaque enveloppe, le professionnel 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 professionnel.

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

Article 35 : 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 professionnel et de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse.

Afin de simplifier les modalités de transmission des ordonnances par le professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel transmet la pièce justificative (ordonnance) 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 36 : 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 professionnel.

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 professionnel est dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

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

Article 37 : qualité de la pièce numérique

Le professionnel 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 à l'annexe 3 de la présente convention.

Article 38 : 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet.

Lorsque le professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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.

Paragraphe 4 : traitement des incidents

En cas d'incident ne permettant pas de numériser les pièces justificatives, le professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 39 : 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 professionnel 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 professionnel 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 40 : conservation des preuves et protection des données

Le professionnel 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 professionnel conserve les copies d'ordonnances sous forme papier pendant 90 jours. L'organisme de prise en charge signale au professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel en informe dès que possible par tout moyen la caisse et transmet les duplicatas ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

Sous-Titre IV : aide à la télétransmission sécurisée

Article 41 : modalités d'attribution des aides

Est éligible à l'attribution des aides à la télétransmission sécurisée le professionnel ayant adhéré à la présente convention dans les conditions définies par les articles 5, 6 et 7, ayant à ce titre 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 professionnel 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 70 % de la totalité des feuilles de soins envoyées annuellement à ceux-ci ;
- les FSE ont été télétransmises dans les conditions détaillées aux articles 28 à 33 et reçues par les caisses.

Paragraphe 2 : aide à la télétransmission des ordonnances numérisées

Au titre de son numéro de conventionnement, le professionnel 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 34 à 40 et reçues par les caisses.

Article 42 : montant et octroi des aides

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

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

Chaque aide est attribuée indépendamment l'une de l'autre.

Chacune est versée au professionnel au mois de mars, au titre de l'année précédente, au vu du respect par le professionnel des conditions volumétriques fixées à l'article 41.

Chacune est octroyée au professionnel 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 V : maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Article 43 : engagement des professionnels à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

Les parties signataires conviennent 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 professionnel au regard de cet engagement collectif et de considérer son activité et sa pratique afin d'optimiser quantitativement et qualitativement la délivrance des dispositifs et de garantir une juste application des règles de prise en charge correspondantes.

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

Le professionnel favorise la mise en œuvre des actions de maîtrise médicalisée des dépenses afférentes aux appareillages sur mesure ou de série qui sont susceptibles d'être présentées 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.

Le professionnel 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 peuvent définir, en annexe de la présente convention, des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses correspondant respectivement à un champ spécifique de l'activité du professionnel 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 44 : finalité des échanges de données

La transmission mutuelle de données 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.

Article 45 : 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, par profession :

- les montants de dépenses et les dénombrements, par regroupements homogènes de produits inscrits à la LPP (montant facturé, remboursable et remboursé) ;
- 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 46 : 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 CNAM, en tant que secrétariat de la Commission Paritaire Nationale, des études dégageant le reste à charge moyen pour les assurés en fonction du différentiel existant entre, d'une part, les montants totaux facturés par les professionnels 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 s'efforcent de communiquer également à la CNAM un état des lieux représentatif du secteur d'activité que chacune représente. Il intègre notamment :

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

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 masses salariales consolidées et la politique de formation.

Titre VI : vie conventionnelle

Sous-titre I : Commission Paritaire Nationale

Article 47 : composition de la Commission Paritaire Nationale

Paragraphe 1 : formation plénière

La Commission Paritaire Nationale comporte deux sections :

- une section professionnelle composée de représentants des professionnels.

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 d'entrée en vigueur de la convention. Ils sont actés dans le relevé de décisions de cette même séance.

Cette répartition respecte le critère de la stricte égalité du nombre de sièges dévolus aux différentes professions visées par la convention, sauf accord contraire entre toutes les parties. Aussi, 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 au moins un siège, chaque profession disposant d'un nombre égal de sièges 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 et la répartition des sièges 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 au moins pour chacune d'entre elles, chaque profession disposant d'un nombre égal de sièges ;

- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et dont la répartition correspond, de la manière la plus proche possible, aux populations respectivement prises en charge par ces régimes.

Les membres de la section professionnelle sont actifs dans le secteur qu'ils représentent au sein de la commission, que ce soit en tant que dirigeant ou en tant que salarié d'une entreprise. Celle-ci doit s'être placée sous le régime de la présente convention, avoir adhéré au syndicat que son dirigeant ou salarié représente et ne doit 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 : formations restreintes

Des formations restreintes de la Commission Paritaire Nationale peuvent se réunir dans les quatre principaux champs d'activité régis par la convention :

- les podos-orthésistes,
- les orthoprothésistes,
- les orthopédistes-orthésistes,
- les ocularistes et les épithésistes.

Les règles relatives à la répartition des sièges, à l'organisation et au déroulement des réunions sont les mêmes que celles de la commission.

Article 48 : fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale

Paragraphe 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.

Paragraphe 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 votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

La Commission Paritaire Nationale est réputée arrêter sa position lorsqu'une proposition recueille la moitié des voix de l'ensemble de ses membres plus une voix. En cas de partage égal 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.

Paragraphe 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 4 : indemnisation des membres de la section professionnelle

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation et une indemnité de déplacement pour chaque réunion de la commission. L'indemnité de vacation et l'indemnité de déplacement sont fixées selon les modalités prévues pour les administrateurs des caisses.

Article 49 : 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 de plus de 30 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 professionnels visés par la présente convention et de toutes les 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 professionnels dans le cas prévu par les articles 53 et suivants 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 informée et 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.

Sous-titre II : commission paritaire régionale

Une commission paritaire régionale est instituée dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Article 50 : composition de la commission paritaire régionale

La commission paritaire régionale comporte :

- une section professionnelle composée de représentants des professionnels.

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 membres de la section professionnelle sont actifs dans le secteur qu'ils représentent au sein de la commission, que ce soit en tant que dirigeant ou en tant que salarié d'une entreprise. Celle-ci doit s'être placée sous le régime de la présente convention dans le ressort régional de la commission, avoir adhéré au syndicat que son dirigeant ou salarié représente et ne doit pas être sous le coup d'une sanction conventionnelle ou juridictionnelle.

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 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.

Article 51 : fonctionnement de la commission paritaire régionale

Paragraphe 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.

Paragraphe 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.

La commission paritaire régionale est réputée arrêter sa position lorsqu'une proposition recueille la moitié des voix de l'ensemble de ses membres plus une voix. En cas de partage égal des voix lors d'un vote 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.

Paragraphe 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.

Quand 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 4 : indemnisation des membres de la section professionnelle

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation et une indemnité de déplacement pour chaque réunion de la commission. L'indemnité de vacation et l'indemnité de déplacement sont fixées selon les modalités prévues pour les administrateurs des caisses.

Article 52 : 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 professionnel 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.

Sous-titre III : procédure de mise en cause conventionnelle

Article 53 : procédure d'examen préalable

Conformément aux engagements qu'impose l'article 5 alinéa 4 de la présente convention, lorsque le professionnel 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.

L'organisme gestionnaire de la convention actionne la procédure conventionnelle à l'encontre du professionnel 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.

Sont ainsi visés tous les cas de manquement du professionnel à ses obligations conventionnelles et réglementaires, notamment en matière de compétence professionnelle, 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.

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

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 de 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 professionnel, par lettre recommandée avec accusé de réception, l'ensemble des faits relevés le concernant.

Lorsque ces anomalies portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification de la caisse, le professionnel 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 par l'organisme gestionnaire de la convention avec le professionnel 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 professionnel ne fait cependant pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 54 : convocation de la commission paritaire régionale

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 50 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 professionnel 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 professionnel 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 professionnel sont représentés au cours de l'audition du professionnel. 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 professionnel. 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 55: sanctions conventionnelles 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 professionnel 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 :

- un déconventionnement avec sursis,

- la suspension pour une durée d'un an des aides financières à la télétransmission sécurisée SESAM-Vitale et à la scanérisation des ordonnances,
- un déconventionnement ferme pour une durée ne pouvant excéder 5 ans.

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

Article 56 : prononcé des sanctions

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

En cas de sursis, la sanction est rendue exécutoire pendant une période de 2 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 professionnel 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 professionnel, 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 professionnel possède dans la circonscription où la procédure conventionnelle a été engagée à son encontre.

Le professionnel 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, ainsi que tous les droits que le conventionnement confère. Il est, en outre, dans l'incapacité de placer de nouveaux locaux sous régime conventionnel, dans aucune circonscription, pour toute la durée de la sanction.

Le déconventionnement d'un professionnel 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 de plus de 30 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.

Article 57 : notification des sanctions relevant de la compétence de l'organisme gestionnaire de la convention

Les sanctions sont notifiées au professionnel par le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des 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.

Article 58 : 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 régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM, souhaite que soit prononcée une sanction de déconventionnement ferme de plus de 30 jours ou d'au moins 3 mois avec sursis, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention saisit le secrétariat de la Commission Paritaire Nationale dans un délai de 30 jours à compter de la date de transmission à son profit de l'avis de la commission paritaire régionale. 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 de l'organisme gestionnaire de la convention.

Le professionnel 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 distinctement, au cours de la même séance, le professionnel mis en cause et l'organisme ou les organismes concernés.

Elle émet en séance un avis sur la décision de sanction incombant au Directeur Général de l'UNCAM.

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 professionnel.

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 et transmis au Directeur Général de l'UNCAM.

Ce dernier décide de la sanction à retenir. La décision du Directeur Général de l'UNCAM est notifiée au professionnel 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 professionnel 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 Général 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 59 : information des assurés par le professionnel déconventionné

Lorsqu'une sanction définitive de déconventionnement ferme est prononcée à l'encontre du professionnel, quelle qu'en soit la durée, le professionnel 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.

Article 60 : 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 professionnel et ce uniquement pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 61 : suspension provisoire dans des cas particuliers

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels pouvant conduire au 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 cent-cinquante jours.

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

Le professionnel 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 professionnel 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 professionnel 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 aux articles 53 et 54. Le préalable des observations écrites prévues à l'article 53 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel 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 professionnel 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 62 : 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 professionnel 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 au professionnel la possibilité d'être entendu dans les conditions prévues par le présent titre, la commission paritaire régionale émet un avis sur la sanction adaptée que le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention arrête.

Article 63 : 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 64 : concertation avec les autres professions intervenant dans le champ du chapitre 1 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 au chapitre 1 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 toutes les professions concernées. 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, autant que de besoin. Seuls les syndicats intéressés par l'activité dans le secteur de l'orthèse participent à ces réunions.

Article 65 : 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 66 : 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 ;
- l'implantation de ses adhérents dans au moins 4 régions administratives ;
- un nombre d'adhérents au moins égal à 50 n'appartenant pas au même groupe de sociétés au sens retenu par les catégories INSEE et ne relevant pas de la même holding ou une proportion supérieure à 15 % des professionnels de l'une des cinq professions régies par la présente convention ;

Ces quatre critères sont cumulatifs.

Article 67 : 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 68 : 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

Le Directeur Général
de l'Union Nationale
des Caisses d'Assurance Maladie

Le Président
du SNOF

Monsieur Nicolas REVEL

Monsieur Jacques FECHEROLLE

La Présidente
du SEF

Le Président
de l'UDOF

Madame Anne-Marie RIEDINGER

Monsieur Yves QUENTIN

Le Président
De la FFPO

Le Président
de l'UFOP

Monsieur Serge MATHIS

Monsieur Benoît BAUMGARTEN

ANNEXE 1a

FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DES CHAPITRES 1, 5, 6 ET 7 DU TITRE II DE LA LISTE PREVUE PAR L'ARTICLE L.165-1 CSS ¹

A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DEMANDANT A ADHERER A LA CONVENTION

Je soussigné,
représentant la personne morale² :,
forme juridique: ;
numéro SIREN : ;
exerçant l'activité de ;
adresse du local ou des locaux dans la circonscription :
.....
.....
.....
.....
.....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 ainsi que de toute autre convention également applicable à mon activité 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 professionnel 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

Le Directeur de la caisse

Le professionnel

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 A remplir par le professionnel si son activité est constituée en société.

³ 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).

ANNEXE 1b

**COURRIER TYPE PAR LEQUEL LE PROFESSIONNEL
INFORME LA CAISSE DE L'EXTENSION DE SON CHAMP D'ACTIVITE
REGI PAR UNE CONVENTION AUTRE QUE LA CONVENTION NATIONALE
DES PROFESSIONS DE L'APPAREILLAGE**

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

Coordonnées du Professionnel

Coordonnées de l'organisme de rattachement

Lieu et date

Objet : Extension d'activité couverte par une convention autre que la convention nationale des professions de l'appareillage

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 :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

déclare étendre mon activité initiale en dehors du champ couvert par les chapitres 1 ; 5, 6 et 7 du titre II de la LPP, comme suit : (à renseigner par le professionnel).

Le professionnel

ANNEXE 2

Organismes gestionnaires de la convention en métropole

Régions	Organismes gestionnaires
Corse	CPAM Marseille
Provence-Alpes-Côte d'Azur	
Bourgogne – Franche-Comté	CPAM Dijon
Occitanie	CPAM Montpellier
Nouvelle-Aquitaine	CPAM Bordeaux
Bretagne	CPAM Rennes
Pays de la Loire	CPAM Nantes
Centre – Val de Loire	CPAM Orléans
Hauts de France	CPAM Lille
Grand-Est	CPAM Strasbourg
Auvergne – Rhône-Alpes	CPAM Lyon
Ile de France	CRAMIF
Normandie	CPAM Rouen

ANNEXE 3

Liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée trop blanche ;
- image numérisée trop noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- 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 inexistantes 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 ou sans posologie ou sans durée ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type présignée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera au professionnel de santé de l'appareillage les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans, ce cadre, il en avise le professionnel de santé de l'appareillage dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

Le professionnel de santé de l'appareillage s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

ANNEXE 4

Modalités de sécurisation et d'envoi des FSE

Les parties signataires s'entendent sur les définitions suivantes.

- On entend par « feuille de soins électronique », communément appelée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale et de la carte du professionnel.

Ce mode d'envoi est appelé B2S.

- On entend par feuille de soins « SESAM sans Vitale » la feuille de soins sécurisée uniquement avec la carte du professionnel.

Ce mode d'envoi est appelé B2F.

- On entend par feuille de soins SESAM « dégradé » la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

Ce mode d'envoi est appelé B2D.

- On entend par feuille de soins « en norme IRIS B2 » la feuille de soins télétransmise par un autre dispositif que le module SESAM-Vitale, sans carte CPS.

Ce mode d'envoi est appelé B2.

- On entend par feuille de soins papier la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle Cerfa en vigueur.

Seules les feuilles de soins envoyées en flux B2S et B2F sont éligibles à l'accompagnement financier de l'équipement SESAM-Vitale prévu aux articles 41 et 42.