

Projet de texte conventionnel

ANNEXES

Version du 20 juillet 2011

SOMMAIRE

ANNEXE I - TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES	3
ANNEXE II - TARIFS DES ACTES DE LA CCAM ET INSTANCES.....	15
ANNEXE III - DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE.....	17
ANNEXE IV - OPTION DEMOGRAPHIE FONCTIONNEMENT	23
ANNEXE V - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION DEMOGRAPHIE	26
ANNEXE VI - OPTION DEMOGRAPHIE - FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS.....	28
ANNEXE VII - OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE.....	30
ANNEXE VIII - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE.....	32
ANNEXE IX - OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE - FICHE DE SUIVI ADHERENTS.....	33
ANNEXE X - PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES.....	34
ANNEXE XI - PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES.....	37
ANNEXE XII - MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	46
ANNEXE XIII - REMUNERATION DU MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DE SES PATIENTS EN ALD	48
ANNEXE XIV - MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS	48
ANNEXE XV - DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE	50
ANNEXE XVI - FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE.....	55
ANNEXE XVII - REMUNERATION A LA PERFORMANCE	63
ANNEXE XVIII - OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION	67
ANNEXE XIX - PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION	68
ANNEXE XX - SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION	70
ANNEXE XXI - REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES	72
ANNEXE XXII - PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN	76

ANNEXE I

TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Article 1

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
CALD (prévue à l'article 15-2 de la NGAP)	26,00	28,60	31,20	31,20
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,20	27,40	27,40
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Forfait pédiatrique enfant FPE (prévue à l'article 14-4-1 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration nourrisson MNO (prévue à l'article 14-4-2 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration généraliste enfant : MGE (prévue à l'article 14-4-3 de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00

Majoration de coordination généraliste : MCG ⁽³⁾	3,00	3,00	3,00	⁽³⁾
Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD (RMT) ⁽³⁾	40,00	40,00	40,00	⁽³⁾
Forfait de surveillance thermal : STH (prévu au titre XV chapitre 4 article 2 de la NGAP)	70,00	70,00	70,00	70,00
K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	1,92	1,92	1,92	1,92
KC Actes de chirurgie pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,09	2,09	2,09	2,09
SCM Soins conservateurs pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,41	2,41	2,41	2,41
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
PRO Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation ⁽⁴⁾				⁽⁴⁾
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	⁽⁴⁾
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	⁽⁴⁾
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	⁽⁴⁾
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	⁽⁴⁾
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	⁽⁴⁾
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours	30,00	30,00	30,00	⁽⁴⁾

fériés en cas de visite				
-------------------------	--	--	--	--

Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD ⁽²⁾ (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F ⁽¹⁾ (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20

Valeur de l'indemnité kilométrique : IK (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

⁽¹⁾ La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet

⁽²⁾ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

⁽³⁾ Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

⁽⁴⁾ Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

Article 2

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
CNPSY	37,00	40,70	44,40	44,40

(prévue à l'article 2.1 de la NGAP)				
-------------------------------------	--	--	--	--

CSC (cardiologie) (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	45,73	50,61	52,44	52,44
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	37,00	40,70	44,40	44,00
Forfait pédiatrique enfant : FPE (prévue à l'article 14-4 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration pour les consultations d'enfants de 0 à 24 mois inclus pour le pédiatre : MNP (prévue à l'article 14-4 bis de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00
Majoration pour l'examen médical obligatoire du nourrisson dans les 8 jours suivant la naissance pour le pédiatre: MBB (prévue à l'article 14.4 ter de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant atteint d'une ALD pour le pédiatre : MAS (prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour la première consultation familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MPF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MAF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00

Forfait thermal (STH)	70,00	70,00	70,00	70,00
Majoration pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour le spécialiste en médecine physique et réadaptation applicable dans le cadre du parcours de soins coordonnés : MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	20,00	20,00	20,00	20,00
Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD : RMT	40,00	40,00	40,00	(3)
Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés				(3)
Majoration de coordination spécialiste : MCS	3,00	3,00	3,00	(3)
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS	4,00	4,00	4,00	(3)
Majoration de coordination cardiologues : MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
Majoration forfaitaire transitoire				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,70	2,70	2,70	2,70
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les médecins spécialistes dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00

MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les pédiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	6,70	6,70	6,70	6,70
Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A ⁽¹⁾	61,00	61,00	61,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G ⁽²⁾	228,68	228,68	228,68	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés	228,68	228,68	228,68	
Lettres clés :				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqué par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92
KC (actes de chirurgie pratiqués par le médecin)	2,09	2,09	2,09	2,09
SCM Soins conservateurs pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,41	2,41	2,41	2,41
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15

PRO Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB : utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
Z3 (stomatologues et chirurgiens maxillo-facial)	1,33	1,33	1,33	1,33
Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié F ⁽⁴⁾	19,06	19,06	19,06	19,06
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres) entre 20h et 08h U	25,15	25,15	25,15	25,15
Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 : P	35,00	35,00	35,00	35,00
Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 00h00 à 06h00 : S	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration pour soins d'urgence au cabinet pour le pédiatre : M	26,89	26,89	26,89	26,89
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes				
Agglomération PLM ⁽⁵⁾	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49

⁽¹⁾ et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

⁽²⁾ et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

⁽³⁾ Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

⁽⁴⁾ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.

⁽⁵⁾ Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Article 3

Tarifs des forfaits techniques

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique dans le cadre de la procédure de dispense d'avance des frais et les modalités d'application des conditions d'exonération du ticket modérateur sont fixées par une convention conclue au niveau local.

Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle). La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Pour les matériels considérés comme amortis, soit installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque forfait technique pris en charge par l'assurance maladie :

- son numéro d'ordre (quand un acte autorise la facturation de deux forfaits techniques, deux numéros d'ordre consécutifs doivent être inscrits) ;
- la date de réalisation ;
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
- les nom et prénom du patient ;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

Pour les appareils autorisés à fonctionner et pour lesquels aucun tarif de forfait technique ne correspond à leur année d'installation, il convient d'appliquer le tarif du forfait technique le plus récent correspondant aux appareils de même classe, en respectant le seuil d'activité de référence correspondant à la région où l'appareil est installé et à la classe de l'appareil.

3.1 Scanographie

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Tarifs des forfaits techniques des scanners

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT Plein	FORFAIT réduit selon les tranches d'activité		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ Seuil 1	Activité > Seuil 1 et ≤ Seuil 2	Activité > Seuil 2
Amortis (1), toutes classes	71,38 €	59,72 €	42,88 €	30,63 €
Non amortis, toutes classes	100,51 €			

(1) Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

(1) Scanographie : Seuil 1 = 11 000 forfaits ; Seuil 2 = 13 000 forfaits

3.2. Imagerie par résonance magnétique

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Tarifs des forfaits techniques des IRM

PUISSANCE DE L'APPAREIL (en teslas)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500
Amortis (1), forfaits pleins				
PARIS	171,40 €			
Région Parisienne (hors PARIS)	164,22 €			
Province	154,18 €			
Non amortis, forfaits pleins				
PARIS	198,64 €	194,34 €	218,72 €	230,20 €
Région Parisienne (hors PARIS)	192,90 €	187,17 €	211,55 €	223,03 €
Province	182,86 €	179,28 €	204,38 €	213,71 €
Forfait réduit selon les tranches d'activité toutes régions, tous appareils (puissance et millésime)				
Activité > activité de référence et ≤ Seuil 1	80,61 €			
Activité > Seuil 1 et ≤ Seuil 2	67,18 €			
Activité > Seuil 2	41,99 €			

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

(2) Les appareils dont la puissance est supérieure à 1,5 T se voient provisoirement appliquer les tarifs et activités de référence de la classe « 1,5T ».

(2) IRM : Seuil 1 = 8 000 forfaits ; Seuil 2 = 11 000 forfaits

3.3. Tomographes à émission de positons (TEP)

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Les forfaits techniques couvrent les coûts de fonctionnement de l'appareil et la fourniture du médicament radiopharmaceutique.

CLASSE D'APPAREIL	TEP (1) Classe 1	TEP-TDM (2) Classe 2
Activité de référence annuelle	1 000 actes	
Forfait technique plein	950 €	1 000 €
Forfait technique réduit	550 €	550 €

(1) Tomographe à émission de positons non couplé à un scanner.

(2) Tomographe à émission de positons couplé à un scanner.

ANNEXE II

TARIFS DES ACTES DE LA CCAM ET INSTANCES

Article 1^{er}

La commission de hiérarchisation des prestations et actes

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

1.1. Composition de la commission

Cette commission est composée de deux collèges :

Le collège professionnel :

Il est composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant.

Le collège de l'UNCAM :

Il comprend des membres issus des 3 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membre est arrêté de manière à assurer la parité entre les deux collèges. Pour chacun des membres, un suppléant est désigné.

Un président est désigné d'un commun accord par les membres des commissions.

Assistent également aux travaux de la commission :

Un représentant de l'Etat et son suppléant ;

Un représentant de l'ATIH et de la DGOS ;

Un représentant de la Haute autorité de santé.

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

1.2. Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

La Commission adopte un règlement intérieur.

1.3. Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Article 2

Observatoire de la Classification commune des actes médicaux

Il est par ailleurs créé un Observatoire de la CCAM chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette dernière et l'évolution du coût de la pratique des actes.

Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs.

Les experts désignés par les syndicats représentatifs perçoivent une indemnisation de 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Article 3

Les partenaires conventionnels actent les tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique définis dans l'avenant 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes de 2005 et modifiés par avenants successifs notamment lors des deux étapes d'accession aux tarifs cibles. Ces tarifs figurent ci après. N'ont pas vocation à figurer dans cette liste les tarifs des actes définis consécutivement aux décisions UNCAM portant création ou modification d'actes à la CCAM en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Dans l'attente de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique relatives aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, les dispositions de l'avenant 20 à la convention de 2005 sont reconduites sur la base du zonage réalisé par les missions régionales de santé en 2005 dans les conditions mentionnées ci-après.

L'option démographie mentionnée ci-dessous cesse de s'appliquer à compter de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS des zones sus mentionnées. A compter de cette date, le nouveau dispositif décliné au titre I de la présente convention entre en vigueur.

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zones déficitaires

Article 1er

Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article [X] de la convention nationale, s'installant ou installés dans une zone déficitaire.

1.1. Conditions générales d'adhésion

1.1.1. Conditions liées à l'exercice en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux, installés dans une zone déficitaire et liés entre eux par :

- un contrat ordinal de collaboration libérale,
- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL),
- ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'Ordre.

Sous la réserve d'un cadre juridique conforme à la définition précisée ci-dessus, sont également concernés par le dispositif les médecins généralistes installés dans un cabinet pluridisciplinaire, que les autres professionnels du regroupement soient médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, ou directeurs de laboratoire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exercent dans les mêmes locaux.

1.1.2. Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin généraliste doit justifier par ailleurs d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone sous médicalisée.

1.2. Conditions de cumul avec d'autres dispositifs conventionnels

L'adhésion à l'option décrite dans le présent avenant est exclusive de toute adhésion à l'un des deux contrats de bonne pratique (CBP) relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural et en zones franches urbaines.

Dès lors, si le médecin a en cours une adhésion à l'un de ces contrats, l'adhésion à l'option ne pourra intervenir qu'après sa résiliation auprès de la Caisse selon les règles fixées dans chacun des CBP.

Article 2

Avantages conférés par l'adhésion à l'option

2.1. Aide forfaitaire

Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel.

Elle représente 20 % de l'activité (C + V) du professionnel dans la zone.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du 1er trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du praticien adhérent décrits à l'article 3 de la présente annexe, et de la

vérification pour l'année de référence du maintien par le praticien adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

2.2. Suivi personnalisé de l'adhérent

L'Assurance maladie s'engage à mettre en œuvre, par le biais des caisses primaires, un accompagnement individualisé des médecins adhérent à l'option, pour toute la durée de l'adhésion.

Dans cet objectif, l'Assurance maladie a développé une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant en zones déficitaires.

Il s'agit notamment d'aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer.

Le suivi personnalisé du médecin se traduit aussi par l'accueil, le soutien, le conseil et l'aide d'un correspondant identifié au sein de la Caisse, dans les diverses démarches liées à cette nouvelle installation et au développement de son activité ; il doit tendre également à faciliter pour le médecin installé la recherche de remplaçants, l'organisation des vacances de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux et ses démarches institutionnelles et administratives.

Article 3

Engagements du médecin généraliste adhérent

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion ou pendant la durée de l'option.

Dans le cadre de son exercice regroupé, le praticien adhérent assure la continuité des soins aux patients résidant dans la zone.

En contrepartie de l'aide forfaitaire qui lui est allouée, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire et les conditions d'exercice du médecin notamment pour ce qui concerne sa charge de travail, le professionnel adhérent s'engage à :

- favoriser le développement de collaborations libérales au sein de son cabinet ;

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du regroupement, pour répondre à toute demande de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.

Il participe à la permanence des soins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux telle qu'elle est définie réglementairement.

Le médecin s'engage enfin à participer avec les autres médecins de la zone et l'Assurance Maladie au projet d'évolution de l'organisation et de la démographie de la zone notamment par la sensibilisation des décideurs locaux sur les problèmes de la zone.

Article 4

Adhésion à l'option

4.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin d'un groupe donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle joint à la présente annexe) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

4.2. Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale. A compter de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la

santé publique relatives aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, il sera mis fin automatiquement à l'option.

4.4. Rupture d'adhésion

Si la Caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le non-respect des engagements est constaté après le versement des rémunérations, et hors cas de force majeure (décès...), la caisse peut procéder à une action en récupération des sommes indûment versées selon les procédures en vigueur.

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par la lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse du courrier ; elle remet en cause son droit à l'aide forfaitaire et peut donner lieu à une action en récupération des sommes indûment versées.

Modèle de formulaire d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination

Exercice en groupe formalisé selon le mode :
(copie du ou des contrat(s) à annexer au formulaire)

- Contrat de collaboration libérale
- SEL
- SCP
- Autre contrat de société et contrat d'association

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

Date

ANNEXE IV

OPTION DEMOGRAPHIE FONCTIONNEMENT

Article 1er

Modalités d'adhésion

Le médecin installé dans une zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5km en zone rurale et 2km en zone urbaine, peut adhérer à l'option démographie dès lors qu'il exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe V de la présente convention) qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document attestant qu'il exerce dans des conditions répondant aux exigences sur l'exercice au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Sans réponse de la caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 3

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse envoie au praticien ayant adhéré à l'option une fiche (modèle en annexe [VI] de la présente convention) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

Article 4

Rupture d'adhésion pour non respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 5

Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Toutefois, dans le cas où cette résiliation intervient pour un motif indépendant de la volonté du médecin (ex : décès d'un conjoint, mutation du conjoint,...), un examen au cas par cas est effectué par la caisse qui soumet le dossier pour avis à la commission paritaire régionale. Le cas échéant, si ces motifs justifient la résiliation, aucune action en récupération des sommes précédemment versées n'est engagée et le médecin peut bénéficier des avantages ouverts par l'option pour l'année en cours jusqu'à la date de rupture d'adhésion.

Article 6

Aide à l'investissement

Cet avantage a pour objectif d'aider les praticiens libéraux qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial à l'investissement.

L'aide à l'investissement est versée sous la forme d'un forfait annuel versé pendant trois ans à compter de l'adhésion à l'option.

Son montant est de 5 000 € par an pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe.

Son montant est de 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé.

Article 7

Aide à l'activité

Cette aide est proportionnée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, dans la limite d'un plafond. Elle n'est pas cumulable avec les rémunérations versées au titre de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007.

Pour le praticien adhérent exerçant au sein d'un groupe, elle représente 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €.

Pour le praticien adhérent membre d'un pôle de santé, elle représente 5 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Article 8

Modalités de versement des aides

Le versement des deux volets de l'aide décrits aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans la présente annexe par le praticien adhérent.

Le versement de l'aide est réalisé en principe individuellement à chaque médecin ayant adhéré à l'option démographie et exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Toutefois, si les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé et ayant adhéré à l'option en font la demande à leur caisse de rattachement, le versement peut être réalisé globalement à la structure sous réserve que le statut juridique de cette dernière le permette. La répartition du montant de l'aide s'effectue selon les conditions définies par les membres du groupe ou du pôle de santé et sous leur entière responsabilité.

ANNEXE V

FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION DEMOGRAPHIE

**Adhésion à l'option conventionnelle
destinée à favoriser l'installation et le maintien
des médecins libéraux en zones déficitaires**

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination

Secteur 2 : je m'engage à pratiquer exclusivement les tarifs opposables pour mon activité au sein de la zone sous dotée.

Exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique (copie de tout document attestant de l'exercice au sein d'un groupe à annexer au formulaire).

Exerce au sein d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique (copie de tout document attestant de la participation à un pôle de santé à annexer au formulaire).

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes libéraux en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du XX/XX/2011."

Modalité de versement des rémunérations

Je souhaite que les rémunérations liées à mon adhésion à l'option démographie soient versées :

directement à mon nom.

à la structure au sein de laquelle j'exerce (sous réserve que son statut juridique le permette). La répartition du montant de l'aide s'effectue selon les conditions définies par les membres du groupe ou du pôle de santé et sous leur entière responsabilité. Dans ce cas, joindre les coordonnées notamment bancaires de la structure.

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

Date

ANNEXE VII

OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE

Article 1er

Modalité d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe VIII) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document précisant les conditions dans lesquelles il exerce au sein de la zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits afin de permettre son enregistrement par la caisse.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 3

Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la Caisse envoie au praticien ayant adhéré à l'option une fiche (modèle en Annexe IX de la présente convention) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

Article 4

Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le

directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 5

Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 6

Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Sous réserve du respect de ses engagements définis à l'article 2.1 de la présente convention, le médecin adhérent à la présente option bénéficie d'une rémunération complémentaire correspond à 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €. Cette rémunération prend en compte les investissements éventuellement réalisés.

Article 7

Modalités de versement de l'aide

Le versement de l'aide décrite aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans le présent chapitre par le praticien adhérent.

Le versement de l'aide est réalisé sur le compte du médecin ayant adhéré à l'option santé solidarité territoriale.

ANNEXE VIII

FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE

Adhésion à l'option conventionnelle santé solidarité Territoriale

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination

Secteur 2 : je m'engage à pratiquer exclusivement les tarifs opposables pour mon activité au sein de la zone sous dotée.

déclare adhérer à l'option conventionnelle santé solidarité destinée à améliorer l'offre de soins dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie à l'article [X] de la présente convention et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du XX/XX/2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

Date

ANNEXE IX

OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE - FICHE DE SUIVI ADHERENTS

<p>Partie pré remplie par la caisse Année évaluée : 2 _ _ _ _</p> <p>Identification du médecin signataire du contrat NOM : Prénom : N° d'identification :</p> <p>Date d'adhésion</p>

Sur l'année

- Nombre de jours d'exercice au sein d'une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits :

Modalités d'exercice au sein de la zone

- Exercice au sein du cabinet d'un confrère
- Exercice au sein d'un cabinet secondaire
- Exercice au sein d'un groupe
- Exercice au sein d'un cabinet mis à disposition par une collectivité
- Autre (à préciser) : _____

Outil informatique à disposition pour l'exercice au sein de la zone

- | | | |
|---|-----|-----|
| • ordinateurs : | oui | non |
| • connexion haut débit : | oui | non |
| • dossiers médicaux accessibles en réseau : | oui | non |

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :

achat matériel ou service, connexion haut débit

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

ANNEXE X

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

DISPOSITIF TRANSITOIRE DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ISSU DE LA LOI HPST

Les dispositions conventionnelles décrites ci-dessous s'appliquent jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires issu de la loi HPST.

Article 1er

Participation de l'assurance maladie au financement de la régulation dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus, soient :

- le dimanche et les jours fériés,
- les jours fériés, la nuit de 20h à 8h en fonction des besoins,
- le samedi après-midi,
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,
- le samedi matin lorsqu'il suit un jour férié.

L'Assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- Versement de 3C soit 69 € de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU ;
- Prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- Prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 2

Participation de l'Assurance maladie au financement de l'astreinte dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures

ouvrées, sous réserve, d'une transmission au conseil départemental de l'Ordre des médecins, de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :

- de 50€ pour la période de 20h à 0h,
- de 100€ pour la période de 0h à 8h,
- et de 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h,
- de 100 € pour les samedi de 12h à 20h,
- de 150€ pour le lundi ouvré de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et pour le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,
- de 50 € pour le samedi de 8h à 12h, lorsqu'il suit un jour férié.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12 heures.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Article 3

Participation de l'Assurance maladie au financement de majorations spécifiques

Lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou s'il effectue une visite à domicile justifiée :

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

	Visite à domicile	Consultation
* Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures	46,00 €	42,50 €
* Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures	55,00 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés.....	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour	30,00 €	26,50 €

férié et vendredi lendemain de jour férié		
--	--	--

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l’exception des indemnités horokilométriques (IK) de l’article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels –, définies dans l’annexe tarifaire de la convention nationale.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l’application et à la prise en charge par l’assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 4

Dispense d’avance de frais pour les patients ayant recours au médecin de permanence

Dans le cadre d’une intervention du médecin d’astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d’appel de l’association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d’une dispense d’avance de frais.

Cette dispense d’avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d’assurance maladie obligatoire.

Article 5

La participation aux avantages sociaux

En application du 5° de l’article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires conviennent que les forfaits et majorations visés aux articles 1 à 3 de la présente annexe sont inclus dans l’assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que définie à l’article 73 et suivants de la présente convention.

ANNEXE XI

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTES PRIVES

DISPOSITIF TRANSITOIRE DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ISSU DE LA LOI HPST

Dans le cadre de la convention médicale de 2005, et conformément à la réglementation en vigueur, les partenaires conventionnels ont mis en place un dispositif de permanence des soins en établissements de santé privés.

Ce dispositif permet le financement de la participation des médecins libéraux conventionnés à la permanence des soins en établissements de santé privés dans certaines unités dans le cadre des contrats de pratiques professionnelles conclus selon des modèles type figurant ci après.

Seuls les médecins membres d'un réseau de professionnels de santé d'une unité pour laquelle un contrat de pratique professionnelle (CPP) conforme aux modèles type figurant ci-après avait été conclu avant le 1 avril 2010, date de disparition des URCAM, et qui était mentionné dans la liste des médecins du réseau annexée à ce CPP peuvent bénéficier des rémunérations prévues par ces contrats jusqu'à l'entrée en vigueur du futur dispositif de permanence de soins en établissements.

Aucun nouveau CPP ne peut être conclu et aucune nouvelle adhésion à un CPP conclu avant le 1 avril 2010 n'est possible.

Article 1er

Contrats de pratiques professionnelles des chirurgiens et anesthésistes réanimateurs, relatives à la permanence des urgences

Les chirurgiens et anesthésistes réanimateurs qui assurent la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé mentionnés au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale autorisés à faire fonctionner une unité ou un service d'urgence ou au sein d'un établissement autorisé à fonctionner un établissement relais conformément à l'ex-article R.712-69 du code de santé la publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type ci-dessous. Les médecins libéraux en établissement relais ne peuvent percevoir les rémunérations précédentes lorsqu'ils les perçoivent déjà au titre de leur intervention dans des établissements ayant reçu une autorisation d'urgence.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATPOU, SAU, POSU] et dans le cadre d'un établissement autorisé à fonctionner en établissement relais conformément à l'ex-article R. 712-69 du code de la santé publique
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des astreintes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 150€ par période d'astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

Article 2

Contrats de pratiques professionnelles médecins urgentistes

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des services d'urgence privés dans les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATO), les médecins généralistes urgentistes qui assurent la prise en charge des urgences au sein de ces établissements de santé mentionnés à l'ex-article R. 712- 67 du code de santé publique, peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat-type défini ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences dans les UPATOU

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des médecins généralistes urgentistes exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATOU]
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les médecins généralistes urgentistes du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h.
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération forfaitaire individuelle de 228,68 € par période de garde sur place la nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec les majorations de première partie de nuit (20h-0h).

Article 3

Contrats de pratiques professionnelles des gynécologues obstétriciens et anesthésistes réanimateurs, relatives à la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats type définis ci-après. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se

cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique mentionnées à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1500 accouchements par an

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des gynécologues obstétriciens exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de gynécologues obstétriciens devant assurer, en application du 18^{ème} alinéa de l'ex-article D. 712-84 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique mentionnées à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1500 accouchements par an

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des anesthésistes réanimateurs exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les anesthésistes réanimateurs s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre d'anesthésistes réanimateurs devant assurer, en application du 19ème alinéa de l'ex-article D. 712-84 code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 4

Contrats de pratiques professionnelles des pédiatres, relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveaux nés

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres exerçant dans les unités mentionnées à l'ex-article D. 712-90, sous réserve de pratiquer les soins

intensifs de néonatalogie, et à l'ex-article D. 712-98 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type défini ci-après. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de réanimation néonatale mentionnée à l'ex-article D. 712-98 du code de la santé publique et dans les unités de néonatalogie pratiquant les soins intensifs de néonatalogie mentionnée à l'ex-article D. 712-90 du code de la santé publique

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des pédiatres exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation néonatale de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ou de l'unité de néonatalogie pratiquant des soins intensifs de néonatalogie dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de pédiatres devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-96 ou du 1° de l'ex-article D. 712-101 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h, les dimanches ou les jours fériés de 8h à 20h.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 5

Contrats de pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-108 du code de la santé publique exerçant dans une unité mentionnée à l'ex-article D. 712-106 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de réanimation prévue à l'ex-article D. 712-106 du code de la santé publique

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes disposant d'une qualification en réanimation médicale exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-108 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-106 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 6

Contrats de pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, prévue à l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique, les médecins exerçant dans les unités mentionnées à l'ex-article D. 712-115 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type défini ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de soins intensifs cardiologiques prévue à l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique

conclu entre

*L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »*

d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-19 du code de la santé publique exerçant dans le cadre de l'unité de soins intensifs cardiologiques de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-119 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

ANNEXE XII

MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 4.1 de la présente convention sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures.....	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés.....	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

ANNEXE XIII

REMUNERATION DU MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DES PATIENTS EN ALD

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant bénéficie en effet d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le montant de cette rémunération spécifique est de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

Le paiement de cette rémunération spécifique au médecin s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement. La rémunération est versée dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre concerné. En cas d'incident de paiement, la Caisse prévient les praticiens dès qu'elle a connaissance de l'incident et au plus tard à la date limite de règlement. Cette information indique un délai de règlement prévisionnel. Dans le cas où la Caisse n'est pas en mesure d'assurer le paiement des forfaits à la date prévue et sauf les cas de force majeure, le praticien peut demander le versement d'une avance dont le montant est calculé sur la base de 80% du montant versé pour la même période l'année précédente. Cette avance est versée dans 15 jours qui suivent la demande.

ANNEXE XIV

MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS

Le médecin correspondant adhérent à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont les suivantes.

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Article 1er

Majoration de coordination pour les médecins généralistes et spécialistes

Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).

La valeur de la MCG est fixée à 3 €

Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS).

La valeur de la MCS est fixée à 3 €

Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la valeur de la MCS est fixée à 4 €

Article 2

Dispositions spécifiques aux cardiologues

Les cardiologues peuvent coter une majoration (MCC) applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP.

La MCC peut être facturée par les médecins cardiologues exerçant à Mayotte.

Cette majoration peut être cotée dans les mêmes conditions pour les consultations réalisées auprès de patients de moins de 16 ans.

Le montant de la MCC est fixé à 3,27 €

Article 3

Dispositions spécifiques aux médecins spécialistes en cas d'urgence

En cas d'urgence médicalement justifiée, le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel, dans la

mesure où il ne bénéficie pas de la majoration pour soins d'urgence (modificateur « M ») réservée au généraliste et au pédiatre et de la majoration d'urgence (« MU ») réservée au médecin généraliste, prévues au Livre 3^{ème} « dispositions diverses » articles III-2 et III-4 de la CCAM, peut facturer la majoration de coordination « MCS », applicable à la consultation ou à la visite dans les conditions précisées au présent article.

Le médecin spécialiste procède à un retour d'information auprès du médecin traitant.

Le pédiatre cotant le modificateur « M » ne peut pas prétendre à la MCS pour les patients de 16 à 18 ans.

ANNEXE XV

DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE

Conformément aux dispositions du titre 2 sur la prévention bucco-dentaire, les modalités de participation des médecins stomatologistes au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1er

Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

1.2. Les médecins stomatologistes

Les médecins stomatologistes relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à l'action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse,
- un examen bucco-dentaire,
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire...), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabucales,
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, cotés respectivement par les lettres- clés SCM, KC, Z de la NGAP.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

- La rémunération de l'examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans est fixée initialement à 25 euros. Elle est versée directement par la caisse d'Assurance Maladie au médecin stomatologiste.
- Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intra buccale(s) rémunérées sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :
 - pour la réalisation de un ou deux clichés : 11 euros ;
 - pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 euros.

Article 3

Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'Assurance Maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou

du choix de ses parents, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 3 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

La procédure de dispense d'avance des frais s'applique à l'examen de prévention pour toutes les tranches d'âge, ainsi qu'aux soins consécutifs pour les 6 et 12 ans (article L. 2132-2-1 du code de la santé publique).

Article 4

Engagements des parties

4.1. Les engagements du médecin stomatologiste

Le médecin stomatologiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la présente convention en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention,
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif,
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités,
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins,
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les "renseignements médicaux" relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire,
 - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après,

- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes;
- restituer aux médecins stomatologistes dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations,
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 15 jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à 5 jours.

Article 5

Evaluation du dispositif

5.1. Les dispositions générales

Les Parties Signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'Assurance Maladie conviennent de mettre à disposition des médecins stomatologistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

5.2. Le contenu des volets de l'évaluation

Les Parties Signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. domaine médical

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins / nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention,

- nombre de programmes de soins réalisés / nombre de programme de soins proposés,
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention,
- analyse de l'indice CAO.

2. domaine économique

- suivi de l'indice CAO,
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. domaine social

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des stomatologues,
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible,
- enquête de satisfaction auprès des stomatologues,
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

5.3. La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses 3 composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

ANNEXE XVI

FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

Remarque préliminaire

Les agréments des organismes et actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), prononcés par le CPN-FPC au titre de la campagne 2011 et notifiés par l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) défini l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont maintenus.

Les instances assurant la gestion de la formation continue conventionnelle sont associées de manière transitoire à la mise en place du dispositif de DPC durant la période d'installation des nouvelles instances devant assurer l'organisation dudit DPC. L'OGC est préfigurateur de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).

A compter de la date d'entrée en vigueur du dispositif de DPC prévu par les textes réglementaires, les dispositions relatives à la FPC cessent de s'appliquer.

Néanmoins les partenaires conventionnels souhaitant dans le cadre du futur DPC continuer à proposer une politique d'accompagnement des médecins libéraux, pourront fixer des orientations de DPC concernant la qualité de l'organisation des soins et la mise en œuvre des actions prévues dans la présente convention notamment celles concernant l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. De même devront être prises en compte les priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans le respect du cadre réglementaire organisant le DPC, elles souhaitent engager une réflexion visant à proposer des orientations relatives notamment à la valorisation de la qualité des pratiques médicales en cohérence avec les engagements de la présente convention.

La présente annexe fixe les modalités pratiques relatives à la formation professionnelle conventionnelle applicables jusqu'à la mise en place du DPC.

Article 1^{er}

La finalité de la Formation Professionnelle conventionnelle

Le dispositif de FPC accompagne les orientations de la convention et notamment les objectifs sur la valorisation de la qualité des pratiques médicales et l'efficacité de la prise en charge.

Il permet aux médecins d'adapter leur pratique à un exercice actualisé de la médecine et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il propose aux médecins libéraux conventionnés trois types d'actions de formation :

- des actions visant spécifiquement les médecins généralistes ;
- des actions visant spécifiquement les médecins spécialistes ;
- des actions rassemblant des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux sont définies par la Commission Paritaire Nationale et portent notamment sur :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la « médecine fondée sur les faits probants » ;
- le développement de l'évaluation des pratiques en concertation avec la Haute Autorité de Santé ;
- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles ;
- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de santé publique définis par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ;
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- l'informatique médicale.

Article 2

Les Instances de la FPC

La CPN installe un comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle qui aura vocation à perdurer dès que les décrets relatifs au DPC seront publiés pour fixer les orientations citées en préambule de cette annexe et un conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle auquel se substituera la commission scientifique indépendante.

2.1. Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle

2.1.1. Composition

Le CPN FPC est composé de 24 membres titulaires, dont :

Section professionnelle : 12 membres (6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes) désignés dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN;

Section sociale : 12 représentants de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie signataire de la convention avec :

- Pour le Régime général : 3 administratifs, 1 conseillers, 4 médecins conseils.
- Pour le Régime agricole : 2 représentants.
- Pour le Régime social des indépendants : 2 représentants.

Pour chaque titulaire, un suppléant est également nommé.

Le président du Conseil scientifique de la FPC, le président de l'organisme gestionnaire conventionnel, et un membre désigné par la Haute Autorité de Santé participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

2.1.2. Missions

Sous l'égide de la CPN, le CPN-FPC est chargé de mettre en oeuvre le dispositif de FPC.

En collaboration avec l'organisme gestionnaire conventionnel et le conseil scientifique :

- il arrête chaque année les thèmes de formation, qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- il prépare les appels à projet vers les organismes de formation ;
- il rédige les cahiers des charges ;
- il définit les critères d'agrément des organismes et des actions de formation ;
- il agréé les organismes et les actions de formation après avis du conseil scientifique ;
- il évalue le dispositif mis en place.

2.2. Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle

2.2.1. Composition

Le Conseil scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle est le conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FPC.

Ce conseil est constitué de 18 médecins experts permanents, choisis par le CPN-FPC sur des listes pour leur compétence en matière de formation médicale, dont :

- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par l'ensemble des sociétés savantes,
- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM,

- 6 représentants de l'Université, dont 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes, comprenant pour moitié des doyens des Universités de médecine et pour moitié des enseignants désignés par la Conférence des Doyens

Un membre désigné par la Haute Autorité de Santé, siégeant avec voix consultative.

Les experts permanents peuvent faire appel à des experts correspondants, figurant sur une liste nationale entérinée par le CPN FPC. Ces experts sont nommés selon les mêmes modalités que les experts permanents : un tiers de médecins désignés par l'ensemble des sociétés savantes, un tiers par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM, un tiers par les représentants de l'Université.

Le Conseil Scientifique met en place des groupes de travail qu'il juge nécessaires, en particulier pour traiter des formations spécifiques aux médecins généralistes, des formations spécifiques aux médecins spécialistes, et des formations mixtes.

En cas de vacance d'un poste, il est procédé au remplacement.

Le secrétariat du Conseil est tenu par l'Organisme gestionnaire conventionnel

2.2.2. Missions

Le conseil scientifique procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères qu'il a définis et soumis pour approbation au CPN FPC. Les validations scientifiques peuvent être pluriannuelles. Il transmet au CPN FPC les résultats de la validation dans le respect du calendrier arrêté par ce dernier. Ces résultats s'imposent au CPN FPC qui ne peut agréer que les actions de formation ayant été validées sur le plan scientifique et pédagogique par le conseil scientifique.

Le conseil scientifique participe au dispositif d'évaluation dans les conditions prévues infra.

Chacune des missions du conseil scientifique est reprise de manière détaillée dans une lettre de mission rédigée par le CPN FPC.

Le CPNFPC est habilité à l'agrément des organismes souhaitant répondre aux appels d'offre, il peut demander son avis à la CPN et au conseil scientifique.

Article 3

La Composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel

En application des articles L. 162-5-12 et D. 162-1-2 du code de la sécurité sociale, le conseil de gestion, de l'organisme gestionnaire conventionnel comprend en nombre égal des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

3.1. Composition

Le conseil de gestion est composé de 24 membres titulaires, dont :

Pour la section professionnelle : 12 représentants des syndicats médicaux signataires de la convention (6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes).

Les sièges sont répartis dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN.

Pour la section sociale : 12 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention avec :

Pour le Régime général : 10 représentants ;

Pour le Régime agricole : 1 représentant ;

Pour le Régime social des indépendants : 1 représentant.

Un nombre identique de suppléants est désigné.

3.2. Missions de l'OGC

Les missions de l'organisme gestionnaire conventionnel sont décrites aux articles L. 162-5-12 et D. 162-1-1 du code de la sécurité sociale.

En particulier, l'organisme gestionnaire conventionnel assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation au conseil scientifique de la FPC chargé de la validation scientifique et pédagogique.

A la parution des décrets DPC, les missions de l'OGC seront assurées par l'OGDPC. Le CPN FPC pourra proposer des orientations à la CSI et à l'OGC DPC

Article 4

Modalités d'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle

4.1. Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire conventionnel réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

L'OGC transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN FPC.

4.2. Evaluation pédagogique et scientifique des actions

Le conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation.

Le conseil scientifique apprécie notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans les cahiers des charges.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le conseil scientifique et transmis au CPN FPC.

4.3. Utilisation du bilan annuel et de l'évaluation des actions

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN FPC met en oeuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle.

4.4. Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles peuvent confier, après en avoir défini les modalités, à toute instance jugée compétente, et notamment aux commissions paritaires régionales et locales.

Il fixe le rôle du conseil scientifique par une lettre de mission.

Article 5

Les financements

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la contribution affectée à la FPC pour l'année suivante est fixé par la CPN sur proposition du CPN-FPC, sous réserve de disposer sur le

Fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

La contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle couvre :

- les frais de structure de l'OGC ;
- les indemnités des membres du conseil scientifique de la FPC ;
- le financement des actions de FPC agréées.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

Les parties signataires réunies en CPN-FPC affectent chaque année le montant de la contribution aux actions de formation professionnelle conventionnelle concernant les médecins libéraux, en déterminant la répartition de la contribution entre médecins généralistes et médecins spécialistes,.

Il est prévu un financement spécifique pour la formation à la vie conventionnelle.

Article 6

Indemnisation pour perte de ressources du médecin formé dans le cadre du dispositif de FPC

L'UNCAM s'engage à favoriser la participation des médecins libéraux conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité compensant la perte de ressources occasionnée par le temps passé en formation.

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la dotation affectée à l'indemnisation des médecins pour l'année suivante (prévue par l'article L. 162-5 (14°) du code de la sécurité sociale) est fixé par la CPN sur proposition du CPN FPC, sous réserve de disposer sur le fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette dotation est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

6.1. Champ d'application

Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :

- soit égale à une journée entière, entendue comme 7 heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
- soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
- soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC.

L'indemnisation concerne également les médecins libéraux conventionnés intervenant en tant que formateurs (organisateurs, animateurs, experts) sur toute la durée du séminaire. Les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

6.2. Montant de l'indemnité pour perte de ressources

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation de base du médecin (C ou CS pour les médecins généralistes, CS pour les médecins spécialistes).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder huit journées par an.

6.3. Modalités de versement de l'indemnité de formation

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieu et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation.

Le médecin participant adresse à l'OGC un exemplaire du justificatif et conserve l'autre.

ANNEXE XVII

REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Article 1^{er}

Modalités de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Chaque indicateur est ensuite mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.

En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché selon les conditions préalables suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;
- atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

Article 2

Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficience, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le **niveau initial** du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),
- L'**objectif intermédiaire** est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins,
- L'**objectif cible** fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, **un taux de réalisation de l'objectif** est calculé pour chaque indicateur.

2.1. Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateurs est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire)

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, et aux benzodiazépines à demi-vie longue dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

2.2. Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

$$20 \times 25 \% = 5 \text{ points}$$

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

2.3. Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant. Afin de prendre en compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle / 800) x valeur du point

2.4. Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir le médecin s'installant pour la première fois, celui-ci bénéficie de la rémunération à la performance selon les conditions particulières décrites ci-après.

Pendant les trois premières années suivant son installation, et pour les indicateurs relevant de la qualité de la pratique médicale, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

Article 3

Pour les médecins adhérant au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale

La rémunération relative au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale et la rémunération à la performance sont déterminées indépendamment l'une de l'autre.

Pour un médecin ayant adhéré au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, les modalités de ce contrat et de sa rémunération restent applicables dans les termes définis dans celui-ci jusqu'à son échéance. Ce médecin obtient, comme précédemment, sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale à la date anniversaire sur la base des résultats obtenus dans le cadre dudit contrat.

Par ailleurs, le médecin bénéficie également de la rémunération à la performance.

ANNEXE XVIII

OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion à l'option de coordination

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP Secteur 2

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux de XX / XX / 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

| Date

ANNEXE XIX

PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION ET AU SECTEUR OPTIONNEL

Article 1^{er}

*Taux de participation des caisses aux cotisations sociales
pour les médecins affiliés au régime des PAM*

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 2

*Taux de participation des caisses aux cotisations sociales
pour les médecins affiliés au régime du RSI*

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Conformément à l'article L.162-14-1 (5°) du code de la sécurité sociale, le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, sur appel de l'organisme de recouvrement et après avoir vérifié que le professionnel est adhérent à l'option de coordination ou au secteur optionnel et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

ANNEXE XX

SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion au secteur optionnel

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel :

- Secteur à honoraires différents
- Secteur droit à dépassement permanent (DP)
- Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents
- Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral

Spécialité médicale :

- Spécialités de chirurgie
- Spécialités d'anesthésie-réanimation
- Spécialités de gynécologie obstétrique

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....

déclare mon souhait d'adhérer au secteur optionnel et m'engage à en respecter les dispositions, prévues par la convention nationale des médecins libéraux de mois 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

La mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de votre adhésion ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives signataires de la convention nationale, à l'issue d'une période de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention nationale, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.

Accusé de réception de la Caisse

- Adhésion enregistrée le, à effet du

- Adhésion non enregistrée
Motif:

Cachet de la caisse

| Date

ANNEXE XXI

REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à la commission technique paritaire permanente nationale chargée de la simplification, au comité du fonds des actions conventionnelles, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires locales.

Article 1^{er}

Organisation de la commission paritaire nationale, des commissions paritaires régionales et locales

1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, le CTPPN et le comité FAC, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) pour la CPR et par l'une des caisses membre de la commission pour la CPL.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Il rédige chaque année un bilan d'activité communiqué à l'ensemble des membres des instances avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

1.3. Composition des commissions

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des

restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataires de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Un représentant du conseil de l'ordre des médecins est membre de plein droit de la commission avec voix consultative pour la CPN, CPR et CPL.

Chaque caisse ainsi que chaque organisation syndicale représentée en commission peut faire appel aux experts qu'elles jugent nécessaires. Les membres de la commission et le secrétariat sont informés, au moins une semaine avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des points de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ils n'interviennent que sur ces points.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre d'un médecin, les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

1.4. Présidence des sections et des commissions

La section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

Le Directeur Général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie désigne, dans le cadre des fonctions définies aux articles L.182-2-4 et L.182-2-5 du code de la sécurité sociale, le président de la section sociale de chacune des instances parmi les représentants de la direction des organismes de Sécurité Sociale et des établissements publics concernés, membres desdites instances.

La présidence de la commission sera assurée l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention par le président de la section professionnelle.

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

Pour ce faire, au 1^{er} janvier de chaque année, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2

Délibérations de la commission

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance lequel s'établit alors à bulletin secret.

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

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décision établi par le secrétariat de la commission. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section de la commission. Il est adressé par mail aux membres de la commission puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

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

Article 3

Formation médecin et groupe de travail pour la CPN, les CPR et CPL

La commission peut se réunir en « formation médecins », c'est à dire en sous-commission paritaire composée des membres de la section professionnelle et des médecins conseils des caisses d'assurance maladie membres de la section sociale, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire, en particulier lorsque des problèmes spécifiques à la médecine générale ou à certaines spécialités doivent être traités.

Article 4

Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Article 5

Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- Défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti. Dans ce cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.
- Défaut de parité au sein de la commission.
- Dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section.
- Refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

ANNEXE XXII

PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN

Article 1^{er}

Procédure de sanction

1.1. Procédure préalable d'avertissement

La CPAM qui constate le non respect par un médecin des dispositions de la convention, lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

1.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPL

Si, à l'issue d'un délai d'au moins un mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPL.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

1.3. Examen par la commission paritaire locale

Lorsque les manquements reprochés au médecin sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire locale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.

Elle doit se tenir dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception des observations du médecin ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé au médecin pour présenter ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé au paragraphe précédent. Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

La CPL émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL en formation plénière juge nécessaire de recueillir auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL (article X de la convention). Dans ce cas, la CPL en formation plénière ne rend pas d'avis.

La formation « médecin » doit se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière.

Dans un délai minimal de 15 jours précédant la réunion de la « formation médecin » de la CPL, le médecin est invité par lettre recommandée avec accusé de réception à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en « formation médecin » au plus tard 3 jours avant la date de la réunion.

La CPL en « formation médecins » émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPL en formation plénière ou par la « formation médecins » de la CPL est transmis au médecin.

1.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPL rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM arrête, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, la décision qui s'impose au médecin et sa date d'application.

Il notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article X et dans les conditions de l'article 2 de la présente annexe.

Article 2

Procédure de recours conventionnel

2.1. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire régionale

2.1.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Régionale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois

il peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la Commission Paritaire Régionale est saisie à titre de commission d'appel.

2.1.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Commission Paritaire Régionale.

2.2. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire nationale

2.2.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Nationale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois

il peut saisir la CPN à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la CPN est saisie à titre de commission d'appel.

2.2.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, au secrétariat de la commission paritaire nationale des médecins.

2.3. Dispositions communes au recours consultatif devant la commission paritaire régionale et devant la commission paritaire nationale

2.3.1. Appel suspensif

La saisine de la commission paritaire nationale ou de la commission paritaire régionale suspend l'application de la sanction.

Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la caisse primaire d'assurance maladie ayant prononcé la sanction.

2.3.2. Réunion de la commission d'appel

La commission d'appel doit se réunir dans les 60 jours à compter de la réception de sa saisine sur pièces.

La commission d'appel se prononce sur pièces.

La commission émet un avis en séance.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la commission d'appel est réputé rendu.

2.3.3. Avis de la Commission d'appel

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée.

La commission d'appel a la possibilité d'émettre une proposition de sanctions.

Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses.

2.3.4. Notification de l'avis rendu par la commission d'appel

L'avis de la commission d'appel est motivé. Il est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée par courrier avec accusé de réception dans un délai de 30 jours suivant la date de réunion de la commission.

2.3.5. Notification de la décision par les caisses à l'issue du recours consultatif

A l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider de :

- Modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.
- Maintenir la sanction initiale.

La décision définitive est notifiée au médecin , pour le compte des autres régimes, par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avis de la commission d'appel.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Article 3

Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3^{ème} alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant cinq plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du professionnel peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse 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 la caisse 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 la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au chapitre 1 et 2. Le préalable de l'avertissement décrit au chapitre 1 de la présente annexe 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.