

DEMANDE D'AGRÉMENT EN PODO-ORTHÈSE

Vous désirez déposer une demande d'habilitation pour délivrer aux assurés sociaux des articles d'Ortho-Prothèse référencés au Titre 2 Chapitre 6 de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

Afin de constituer votre dossier, vous trouverez dans ces pages :

- **la convention conclue entre la Caisse Régionale d'Assurance d'Ile-de-France et la Chambre Syndicale des Bottiers Orthopédistes et l'Union nationale des Bottiers Orthopédistes,**
- **un questionnaire.**

Vous voudrez bien nous retourner ce dernier document dûment rempli et accompagné des justificatifs nécessaires figurant sur le questionnaire.

Dès réception de ces documents et après enquête, nous ne manquerons pas nous ne manquerons pas de vous notifier la décision réservée à votre dossier.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'AGRÉMENT DES FOURNISSEURS DE PODO ORTHÈSE TITRE 2 CHAPITRE 6 DE LA LPP ⁽¹⁾

- Toute ouverture de local destiné à la pratique de la podo-orthèse doit être déclarée à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France.
- Chaque local doit être reconnu conforme aux conditions d'installation et d'équipement prévues par les textes en vigueur.

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Raison sociale / forme juridique :

Enseigne :

Adresse du siège social :

CP / Ville :

N° SIRET :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

RESPONSABLE(S) JURIDIQUE(S)

1 Nom (marital suivi du nom patronymique) Prénom :

Qualité :

2 Nom (marital suivi du nom patronymique) Prénom :

Qualité :

3 Nom (marital suivi du nom patronymique) Prénom :

Qualité :

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LEQUEL L'AGRÉMENT EST DEMANDÉ

Enseigne :

Adresse :

CP / Ville :

Jours et heures d'ouverture:

N° SIRET :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

(1) LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

RÉCEPTION DES ASSURÉS PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié justifiant des critères compétences tels que définis par l'arrêté du 26 décembre 1984 (JO du 23 janvier 1985).

Le prestataire s'engage à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture.

1 **Nom** (marital Suivi du nom patronymique) :

Prénom :

N° sécurité Sociale

Diplômes permettant l'exercice de l'orthèse

Année :

Début d'activité

Jours et heures de présence

2 **Nom** (marital Suivi du nom patronymique) :

Prénom :

N° sécurité Sociale

Diplômes permettant l'exercice de la podo-orthèse

Année :

Début d'activité

Jours et heures de présence

ORGANISATION DES LOCAUX PROFESSIONNELS

Pour que sa demande d'agrément soit reconnue par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, le prestataire doit disposer de locaux et d'une installation répondant :

- aux textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite
- à des conditions de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur

ATTESTATION DU REPRÉSENTANT JURIDIQUE

Je soussigné (nom prénom) :

Déclare :

- **exact** les renseignements figurant ci-dessus
- **avoir pris connaissance** de la convention nationale, régissant les rapports entre les trois caisses d'assurance maladie et les fournisseurs de podo-orthèse et à en respecter tous les termes,

M'engage à :

- **gérer** mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables,
- **signaler** dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion tel que déménagement, cession du fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, cessation d'activité du personnel compétent déclaré,
- **accepter** tout contrôle des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait le :

Signature :

PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Extrait de registre de commerce faisant état de la situation juridique et mentionnant le local pour lequel l'entreprise demande l'agrément ou photocopie de la carte d'immatriculation à la chambre des métiers
- ☐ Diplôme et Copie du contrat d'engagement des personnes compétentes en podo-orthèse
- ☐ Relevé d'identité bancaire

RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION

EXTRAIT de la LOI de FINANCEMENT de la SECURITE SOCIALE pour 2002
(Journal Officiel du 21 Décembre 2001)

Article 24

Après l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles L. 165-3-1 et L. 165-3-2 ainsi rédigés :

Art. L. 165-3-1

Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré.

En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 165-3-2

Pour le recouvrement des sommes exigées des fournisseurs au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. l'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis à vis du fournisseur, peut également déduire la somme des montants dus.

INFORMATION

Il y a lieu de noter que le droit d'accès prévu à l'article 34 de la loi N° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut s'exercer auprès de nos services.

Ce questionnaire doit être retourné à l'adresse suivante :



Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France

Sous-Direction des Prestations - GRAPA

17-19 avenue de Flandre - 75954 PARIS CEDEX 19

T : 01 40 05 63 20

F : 01 40 05 37 85

grapa@cramif.cnamts.fr

CONVENTION NATIONALE
ENTRE LES TROIS CAISSES NATIONALES
D'ASSURANCE MALADIE
ET
LES PODO-ORTHESISTES,
LES OCULARISTES ET LES EPITHESISTES

Conclue entre

- la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, représentée par son Président,
- la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, représentée par sa Présidente,
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, représentée par son Président

d'une part,

et

- l'Union des Podo-Orthésistes de France, représentée par son Président,
- l'Union Nationale des Ocularistes Français, représentée par son Président,

d'autre part.

Table des matières

Titre Ier : de la portée du régime conventionnel

Article 1er : de l'objet de la convention nationale

Article 2 : du champ de la convention nationale

Article 3 : des bénéficiaires de la présente convention nationale

Titre II : de l'adhésion du professionnel à la convention nationale

Article 4 : du volontarisme de l'adhésion

Article 5 : des conditions d'adhésion

- Paragraphe 1^{er} : de la compétence professionnelle
- Paragraphe 2 : des normes d'installation et d'équipement
- Paragraphe 3 : de la pluralité des locaux
- Paragraphe 4 : de la présence du professionnel dans son local d'exercice

Article 6 : de la procédure d'adhésion du professionnel à la convention

Article 7 : des changements intervenant dans la situation du professionnel

- Paragraphe 1er : du changement de responsable technique
- Paragraphe 2 : des changements touchant à l'identification du professionnel

Article 8 : de l'engagement du professionnel

Article 9 : de la résiliation de l'adhésion

Article 10 : de la liste des professionnels établie par région

Titre III : de la délivrance de l'appareillage

Article 11 : du libre choix de l'assuré

Article 12 : de la publicité et des procédés de marketing

Article 13 : du respect de la prescription

Article 14 : des procédures d'appareillage

- Paragraphe 1er : du choix de la procédure
- Paragraphe 2 : de la consultation médicale d'appareillage
- Paragraphe 3 : de l'utilisation des imprimés

Article 15 : de l'exécution de l'appareillage

Article 16 : de la réception de l'appareillage

Titre IV : de la facturation et du règlement de l'appareillage

Article 17 : des tarifs applicables

Article 18 : de la présentation de la facture

Article 19 : du règlement de la prestation

Article 20 : de la télétransmission

Article 21 : du refus de prise en charge de la prestation

Titre V : du suivi de l'application du régime conventionnel

Article 22 : de la Commission Paritaire Nationale

- Paragraphe 1er : de la composition de la Commission Paritaire Nationale
- Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale
- Paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Nationale

Article 23 : de la Commission Paritaire Régionale

- Paragraphe 1er : de la composition de la Commission Paritaire Régionale
- Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Régionale
- Paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Régionale

Article 24 : du non-respect des engagements conventionnels

Article 25 : des sanctions conventionnelles et de leurs conséquences

- Paragraphe 1er : des sanctions susceptibles d'être prononcées
- Paragraphe 2 : des recours du professionnel contre les sanctions prononcées
- Paragraphe 3 : de l'incidence des sanctions juridictionnelles sur la vie conventionnelle

Article 26 : du contrôle du déroulement de la procédure d'appareillage

- Paragraphe 1er : du bilan annuel
- Paragraphe 2 : des objectifs

Titre VI : de l'échange de données économiques entre les partenaires

Article 27 : de la finalité des échanges de données

Article 28 : de la communication des données statistiques issues du codage

Article 29 : des données transmissibles par les syndicats

Article 30 : de la mise en œuvre effective de cet échange de données économiques

Titre VII : de la durée du régime conventionnel

Article 31 : de la mise en œuvre de la convention

Article 32 : du retrait d'une partie signataire de la convention

Article 33 : de la résiliation de la convention

Annexe 1 : formulaire d'adhésion à la convention nationale entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et les podo-orthésistes, les ocularistes et les épithésistes.

Titre Ier : de la portée du régime conventionnel

Article 1er : de l'objet de la convention nationale

L'objet de la présente convention est

- de garantir à tous les bénéficiaires des régimes d'assurance maladie obligatoire un accès à des prestations de qualité et la prise en charge de ces prestations conformément aux obligations respectives desdits régimes ;
- de définir les modalités et procédures conditionnant la prise en charge des prestations délivrées par les orthoprothésistes, les podo-orthésistes, les ocularistes et les épithésistes selon la procédure de la dispense d'avance des frais, dans le respect des responsabilités qui leur sont propres ;
- de préciser les conditions d'exercice professionnel afférentes à la proposition, la réalisation et l'adaptation de l'appareillage pris en charge relevant du champ visé par la présente convention ,
- d'organiser les rapports entre les parties signataires de manière à :
 - mieux connaître l'activité et l'évolution de la profession ;
 - garantir le libre choix du professionnel par l'assuré ;
 - satisfaire aux principes de la transparence et contribuer à la recherche constante d'une gestion rigoureuse des dépenses d'assurance maladie dans le cadre d'un système de soins de qualité.
- de déterminer les modalités d'échange d'informations à caractère économique entre les partenaires en favorisant notamment la communication et l'examen en commun des résultats des traitements automatisés des données du codage des produits et prestations inscrits sur la liste précitée.

Article 2 : du champ de la convention nationale

La présente convention régit les rapports entre :

- au niveau national :
 - les organisations professionnelles représentant les professions d'orthoprothésiste, de podo-orthésiste, d'oculariste et d'épithésiste ;
 - et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes qui assument les intérêts des ressortissants affiliés à leur régime respectif, ainsi que la responsabilité de l'équilibre financier de celui-ci.
- et aux niveaux local et régional :
 - les représentants régionaux accrédités des organisations professionnelles signataires appelés à défendre les intérêts des professionnels mentionnés ci-dessus ; ainsi que lesdits professionnels qui ont choisi de placer leur activité sous le régime organisé par celle-ci ;
 - et les caisses primaires et régionales de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, les caisses de mutualité sociale agricole et les caisses régionales d'assurance maladie des professions indépendantes qui ont en charge la défense des intérêts des assurés sociaux affiliés à leur régime respectif.

Est désigné par la présente convention comme "le professionnel" la personne physique ou morale conventionnée dans les conditions fixées par les articles 4 à 6 ci-dessous. Concernant son exercice professionnel, la convention couvre la proposition, la conception, la réalisation, l'adaptation et les réparations des fournitures inscrites à la nomenclature des orthoprothèses, des podo-orthèses, des prothèses oculaires et des prothèses faciales remboursables sur la base de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, dans le respect de la prescription médicale.

Les parties reconnaissent qu'aucune convention non conforme au présent dispositif ne peut régir les rapports entre les caisses et les professionnels. Elles conviennent que le régime conventionnel qu'il appartient aux partenaires régionaux de mettre en place ne peut en aucune façon s'écarter de celui organisé par la présente convention nationale.

Article 3 : des bénéficiaires de la présente convention nationale

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

Titre II : de l'adhésion du professionnel à la convention nationale

Article 4 : du volontarisme de l'adhésion

Tout professionnel doit formellement manifester son adhésion à la présente convention nationale auprès des organismes régionaux de l'Assurance Maladie Obligatoire visés à l'article 2 ci-dessus, pour que les présentes dispositions lui soient applicables, notamment la procédure de dispense d'avance des frais.

Article 5 : des conditions d'adhésion

Pour demander son adhésion à la présente convention, le professionnel doit :

- justifier qu'il remplit les conditions auxquelles est soumis l'exercice de sa profession conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,
- disposer de locaux ressortissants du domaine privé, installés, agencés et équipés conformément aux normes fixées par les textes applicables et au paragraphe 2 du présent article.

Paragraphe 1^{er} : de la compétence professionnelle

Ne peut adhérer à la présente convention que le professionnel qui possède ou dont le responsable technique possède la compétence nécessaire à l'exercice de la profession telle qu'elle est définie par les textes.

Est reconnu comme "compétent" au titre de l'alinéa précédent le professionnel qui possède l'un des diplômes dont la liste est fixée par arrêté ou qui, à défaut, justifie d'une compétence professionnelle établie conformément aux textes réglementaires en vigueur.

Le professionnel titulaire d'un "agrément" attribué par l'ancienne commission nationale consultative d'agrément est reconnu compétent au titre de la présente convention dans la limite de la portée de son "agrément".

Ainsi, peut adhérer à la convention :

- une personne physique reconnue compétente aux termes du précédent alinéa, ou une personne physique qui emploie au moins un responsable technique reconnu compétent, et garante de la conformité des locaux et du respect des règles d'exercice professionnel;

- une personne morale garante de la conformité des locaux et du respect des règles d'exercice professionnel et qui est dirigée par au moins une personne compétente ou qui emploie au moins un responsable technique compétent.

Est considérée comme responsable technique, la personne reconnue compétente mais qui n'est pas garante de la conformité du ou des locaux et du respect des règles d'exercice professionnel et ne peut être conventionnée en son nom.

Si le professionnel emploie un ou plusieurs responsables techniques, il est tenu de formuler sa demande d'adhésion en précisant, outre son nom, celui de son ou de ses responsables techniques qu'il entend désigner comme tel(s).

Paragraphe 2 : des normes d'installation et d'équipement

Les locaux professionnels doivent être accessibles aux personnes handicapées conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables à cet effet.

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

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

Les petites retouches et adaptations doivent pouvoir être effectuées sur place.

Les locaux des orthoprothésistes doivent comporter, en outre, une table ou un lit d'examen.

Les locaux des orthoprothésistes et des podo-orthésistes doivent comporter, en outre, un espace de déambulation de 3,50 m de long et de 1,20 m de large avec une tolérance possible de 50 cm pour la longueur et la largeur ou un plateau de marche.

Les locaux des ocularistes et des épithésistes doivent comporter en outre :

- le matériel nécessaire au nettoyage et à la désinfection des prothèses oculaires ou épithèses lors des essayages ou lors des rectifications,
- le matériel technique nécessaire aux moulages,
- un miroir à trois faces permettant simultanément une vision frontale et sagittale.

Un local au moins devra être équipé du matériel nécessaire à la fabrication des appareils inscrits à la nomenclature. Les locaux secondaires devront être équipés au moins du matériel nécessaire aux retouches et réparations courantes.

Paragraphe 3 : de la pluralité des locaux

Le professionnel peut exercer dans plusieurs locaux. Toute ouverture de local destiné à une pratique professionnelle entrant dans le champ de la présente convention, doit être déclarée à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés dans le ressort de laquelle l'activité sera menée. Chaque local auquel doit être rattaché au moins un responsable technique, sous la responsabilité de la personne physique ou morale conventionnée, doit être reconnu conforme aux normes d'installation visées au paragraphe 2 du présent article.

Paragraphe 4 : de la présence du professionnel dans son local d'exercice

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente du professionnel, ou de son responsable technique, dans le local réservé à cet effet, aux heures de réception des assurés.

Le professionnel s'engage à ce que cette présence effective soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture et les communique à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Aucune opération d'appareillage sur le patient ne peut être réalisée par une personne ne répondant pas aux règles de compétence prévues par la réglementation et explicitées dans la présente convention.

Article 6 : de la procédure d'adhésion du professionnel à la convention

Afin de permettre aux professionnels d'adhérer à la convention, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, pour son compte et sur délégation de la caisse de mutualité sociale agricole et de la caisse régionale des professions indépendantes, adresse un formulaire d'adhésion en recommandé avec accusé de réception, conforme au modèle figurant à l'annexe 1 de la présente convention, ainsi qu'une copie de la convention :

- au professionnel nouvellement installé ayant déposé une demande d'adhésion,
- au professionnel conventionné antérieurement à la signature de la présente convention, dans un délai de deux mois à compter de la date d'entrée en vigueur de celle-ci.

Le professionnel qui souhaite adhérer à la convention retourne à la caisse régionale le formulaire dûment rempli, en recommandé avec accusé de réception, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception du document. Le défaut de réponse passé ce délai équivaut à renoncer à l'adhésion.

L'envoi du formulaire est accompagné de :

- une copie du diplôme ou titre de compétence présidant à l'exercice de la profession au titre de laquelle l'adhésion conventionnelle est demandée,
- une déclaration des horaires d'ouverture des locaux aux assurés sociaux,

A l'issue du délai mentionné au deuxième alinéa du présent article, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés notifie aux autres organismes régionaux et au professionnel la situation de ce dernier au regard de la convention. Les organismes régionaux se chargent de communiquer aux organismes locaux de prise en charge relevant de leurs régimes respectifs la liste des professionnels conventionnés.

Le professionnel ayant renoncé à adhérer à la convention ne peut, en outre, demander à adhérer à celle-ci que dans un délai d'un an à compter de la date à laquelle il a informé la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés de son renoncement.

Article 7 : des changements intervenant dans la situation du professionnel

Paragraphe 1^{er} : du changement de responsable technique

Tout départ définitif d'un responsable technique doit obligatoirement être signalé par le professionnel, dans un délai de 15 jours précédant ce départ, à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

En cas de remplacement définitif ou de recrutement d'un nouveau responsable technique, le professionnel en avise, par lettre recommandée avec accusé de réception, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Celle-ci, après vérification de la compétence du salarié recruté, notifie au professionnel son accord sur la désignation de ce nouveau responsable technique, en recommandé avec accusé de réception, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

Lorsqu'un remplacement transitoire supplée un départ définitif du responsable technique titulaire, le professionnel est tenu d'informer la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés du nom, de la qualité et des heures de présence dans les locaux concernés du professionnel destiné à assurer ce remplacement transitoire.

A défaut de signalement du remplacement, la récupération des sommes indûment versées pour le compte d'un local dépourvu de responsable technique reconnu se calcule à la date du départ de ce dernier et pour toute la période pendant laquelle il n'a pas été remplacé.

Paragraphe 2 : des changements touchant à l'identification du professionnel

Tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion du professionnel à la présente convention, tel que le déménagement, la cession du fonds, la fusion, la reprise totale ou partielle de la structure, doit être signalé dans un délai d'un mois à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés et motive le dépôt et l'instruction d'une nouvelle demande d'adhésion.

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés procède à la reconnaissance de l'adhésion conventionnelle du professionnel au vu de ses nouvelles conditions d'exercice, ainsi qu'à la notification de cette décision au professionnel lui-même et aux autres organismes régionaux de son ressort géographique selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 6 ci-dessus.

Article 8 : de l'engagement du professionnel

Le professionnel, en signant l'imprimé valant adhésion à la présente convention, s'engage à respecter l'ensemble de la réglementation en vigueur et notamment :

- les obligations du cahier des charges et de la nomenclature de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale,
- les tarifs de responsabilité et les prix réglementés en vigueur.

Article 9 : de la résiliation de l'adhésion

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

Il se place ainsi hors régime conventionnel et n'est habilité à redemander son adhésion qu'à la date de renouvellement de la convention en vigueur ou au moment de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention.

En cas de reprise par un autre professionnel de la structure qui a résilié son adhésion, une nouvelle demande d'adhésion au titre de celle-ci est cependant recevable et suit nécessairement les modalités d'instruction prévues par l'article 6 de la présente convention.

Article 10 : de la liste des professionnels établie par région

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés met à jour, une fois par an, la liste des professionnels ayant adhéré à la présente convention dans sa circonscription.

Cette liste est adressée dans les meilleurs délais :

- aux autres organismes signataires,
- aux organisations professionnelles signataires,

Chaque organisme se charge, pour le compte de son régime, de l'envoi de cette liste aux organismes locaux de prise en charge de sa circonscription.

Cette liste doit être tenue à la disposition des bénéficiaires des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire qui peuvent la consulter sur simple demande adressée aux caisses régionales ou dans les organismes de prise en charge. Cette liste peut être consultée par tous moyens de télécommunication dès lors que ces moyens ont été mis en œuvre par les organismes régionaux.

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés effectue un bilan du conventionnement des professionnels et le transmet aux caisses des autres régimes de sa circonscription. Ce bilan est à effectuer dans les 5 mois à compter de la date de signature de la présente convention. Il est réactualisé si nécessaire. Il est présenté et commenté au sein de la commission paritaire régionale prévue à l'article 23 de la présente convention.

Titre III : de la délivrance de l'appareillage

Article 11 : du libre choix de l'assuré

Tout assuré social, quel que soit l'organisme de prise en charge dont il dépend, bénéficie de la prise en charge de son appareillage délivré dans le respect de la présente convention.

L'assuré consulte le professionnel de son choix. Les organismes de prise en charge s'interdisent de faire pression sur l'intéressé pour influencer à tout moment son choix au profit ou au détriment d'un autre professionnel déterminé.

Dans tous les cas, les organismes de prise en charge s'engagent à fournir toutes les informations utiles permettant aux assurés de choisir librement leur professionnel.

Article 12 : de la publicité et des procédés de marketing

Le professionnel s'engage à s'interdire :

- l'utilisation de tout support à finalité publicitaire qui ferait référence au remboursement par les organismes de prise en charge et, notamment, au montant de celui-ci, ou qui constituerait une incitation à l'achat ou au renouvellement des produits de santé remboursables délivrés, à l'exception de l'information relative au conventionnement du professionnel ;
- la rémunération ou l'indemnisation, sous quelque forme que ce soit, de praticiens ou d'auxiliaires médicaux exerçant en établissement de soins ou ayant une activité libérale ; hormis, d'une part, pour les activités de conseil, de coordination ou de formation et, d'autre part, dans tous les cas prévus par les articles L.4113-6 et L.4113-8 du Code de la Santé Publique ;
- l'encouragement, gratuit ou en échange d'avantages en nature ou en espèces, à prescrire ou à renouveler une prestation plus coûteuse que celle nécessitée médicalement par l'état de l'assuré ;
- de faire pression sur les assurés ou de créer des clientèles captives ;
- les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage, ainsi que les procédés destinés à drainer la clientèle par des moyens tels que remises ou avantages en nature ou en espèces, proposition de facilités de paiement, pression auprès des organismes sociaux, etc.

Le prestataire s'interdit de délivrer les produits de santé relevant du champ de la présente convention par des procédés de vente par correspondance reposant sur l'envoi postal et la distribution de catalogues et excluant toute relation directe entre le prestataire et l'assuré.

Article 13 : du respect de la prescription

Le professionnel doit toujours être en mesure de fournir aux bénéficiaires des organismes de prise en charge des prestations conformes à la nomenclature de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et relevant de leur champ de compétence, ainsi qu'aux éventuelles spécifications techniques qui y sont définies, dans le respect de la prescription médicale.

Article 14 : des procédures d'appareillage

Paragraphe 1er : du choix de la procédure

Les organismes de prise en charge et le professionnel s'interdisent de faire pression sur l'assuré dans le choix d'une des procédures d'appareillage prévues par les textes en vigueur.

Paragraphe 2 : de la consultation médicale d'appareillage

Le professionnel est autorisé à réaliser l'appareillage, en l'absence de réponse de l'organisme de prise en charge au-delà d'un délai de 15 jours francs suivant la réception de la demande d'entente préalable que l'intervention de la consultation médicale d'appareillage soit requise ou non.

Paragraphe 3 : de l'utilisation des imprimés

Le professionnel s'engage à n'utiliser les imprimés réglementaires d'entente préalable valant bon de commande que dans les cas limitativement décrits par les textes.

Le circuit de ces imprimés prévoit la conservation par chacun des intervenants (professionnel, assuré, service médical, services administratifs) des volets utiles. Lors de la prise de mesures, l'assuré remet au professionnel, à la demande de celui-ci, l'imprimé le concernant.

En cas de difficultés particulières liées à la communication de ces imprimés, les parties signataires examinent ensemble les modalités de transmission de ces documents, afin de faciliter la prise en charge de l'appareillage.

Article 15 : des conditions de réalisation de l'appareillage***Paragraphe 1^{er} : de l'exécution de l'appareillage***

Le professionnel prend les dispositions nécessaires à l'exécution de l'appareillage conformément à la prescription médicale, aux spécifications techniques et à la nomenclature de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale et dans le respect de l'entente préalable valant bon de commande.

Dans le cas d'une première mise, l'appareil prescrit doit être réalisé dans un délai d'un mois à compter de la réception par le professionnel du bon de commande valant accord de prise en charge. Ce délai est porté à trois mois lorsque l'appareil prescrit correspond à une deuxième mise ou à un renouvellement. Ces délais sont suspendus lorsque l'assuré ne se manifeste pas pour faire réaliser son appareillage.

Dans le cas où le professionnel choisi par l'assuré se trouve dans l'impossibilité matérielle de fournir l'appareillage commandé dans le délai qui lui est imparti, il doit en aviser immédiatement le bénéficiaire, afin de lui permettre de prendre ses dispositions, ainsi que la consultation médicale d'appareillage dans le cas où elle serait intervenue dans l'établissement du bon de commande ou, à défaut, l'organisme de prise en charge.

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

Paragraphe 2 : des délais nécessaires à la réalisation de l'appareillage

L'exécution d'un appareil de seconde mise ne peut intervenir qu'après l'écoulement d'un délai de trois mois minimum à compter de la date de mise à disposition de l'appareil de première mise.

Article 16 : de la réception de l'appareillage

La consultation médicale d'appareillage mentionnée à l'article 14 paragraphe 2 de la présente convention peut faire procéder à une réception médicale ou médico-technique de l'appareillage.

Au cours de cette opération qui intervient dans un délai maximal de 15 jours à compter de la date de mise à disposition de l'appareillage à l'assuré, il est procédé à la vérification de la conformité de l'appareillage au regard de la prescription, des spécifications techniques et de la nomenclature de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'accord de prise en charge.

Le professionnel est tenu d'effectuer toutes les modifications de bonne adaptation qui lui sont demandées à l'occasion de cette réception et ce sans majoration de coût. Ces modifications doivent être effectuées dans un délai de deux semaines à compter de la date à laquelle le bénéficiaire s'est présenté chez le professionnel pour faire effectuer les modifications indiquées par le contrôle médical.

Lorsque les modifications demandées procèdent de facteurs morphologiques ou d'un changement de prescription qui interviendraient entre la mise à disposition et la réception médico-technique de l'appareillage, la prise en charge de ces modifications par les caisses, en sus de la prestation initiale, est assurée sur la base du code de nomenclature afférent à l'appareillage lui-même. Dans ce cas, le remboursement intervient dans la limite d'un montant financier obligatoirement inférieur au tarif de responsabilité correspondant et approuvé au vu d'une prescription médicale rectificative et d'un devis transmis respectivement par l'assuré et par le professionnel.

Titre IV : de la facturation et du règlement de l'appareillage

Article 17 : des tarifs applicables

Les caisses prennent en charge :

- les frais correspondant aux appareils délivrés sur la base des tarifs de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- s'agissant du renouvellement des podo-orthèses et des orthoprothèses, les frais d'expédition de l'appareillage à l'assuré sur la base d'un forfait dont le montant est fixé par voie d'accord local. Ce montant couvre tous les frais accessoires, tels que l'emballage, et est révisable en fonction de l'évolution des tarifs postaux.

Article 18: de la présentation de la facture

La facturation détaillée de la ou des fournitures délivrées est obligatoirement établie au moyen de l'imprimé Cerfa en vigueur. Elle fait notamment apparaître :

- la désignation de l'appareillage figurant dans la nomenclature de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- le code et le tarif de responsabilité correspondants dans cette nomenclature,
- les conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins dans la zone prévue,
- le numéro d'identification de l'appareil pour les orthoprothèses,
- la date de mise à disposition pour les podo-orthèses et les orthoprothèses.

La facturation détaillée des réparations effectuées comporte :

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

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

En cas de facturation télétransmise, les informations définies par le cahier des charges de la norme d'échange en vigueur s'imposent au professionnel.

Article 19 : du règlement de la prestation

Le professionnel peut faire bénéficier l'assuré de la dispense d'avance des frais, sous réserve de la présentation de sa carte d'assurance maladie dite carte Vitale en cours de validité ainsi que s'agissant des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle de l'attestation CMU sur support papier en cours de validité certifiant l'ouverture des droits. Dans ce cas, le professionnel adresse à l'organisme de prise en charge la feuille de soins correspondant à la prestation servie.

Cet organisme règle alors directement au professionnel les sommes correspondant au remboursement dû par l'Assurance Maladie Obligatoire au regard des tarifs de responsabilité en vigueur. Le règlement intégral doit intervenir, hors cadre des télétransmissions, dans un délai de 20 jours à compter de la réception de la facture par l'organisme de prise en charge sous réserve de la réception médicale ou médico-technique.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire de l'appareillage ne se présente pas à la convocation de l'organisme de prise en charge dans le délai de 15 jours prévu à l'article 16 alinéa 2, le professionnel en est informé et la facture correspondant à l'appareillage en cause est mise en paiement.

Dans la mesure du possible, le professionnel fait bénéficier de la procédure de dispense d'avance des frais tout assuré affilié à un organisme d'Assurance Maladie relevant d'une autre circonscription que celle dans laquelle il est implanté, sous réserve de la présentation des pièces ouvrant droit à la prise en charge énoncées au 1^{er} alinéa du présent article.

En cas d'erreur dans la transmission du dossier ou touchant à l'ouverture des droits de l'assuré social, l'organisme qui a été destinataire du dossier le retourne sans délai au professionnel qui en était l'expéditeur.

Article 20 : de la télétransmission

Les organismes nationaux de l'Assurance Maladie s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens permettant de développer la télétransmission par flux électroniques, selon le dispositif SESAM Vitale, dans les meilleurs délais autorisés par les contraintes techniques pesant sur eux.

En attendant, les parties signataires conviennent que la transmission des données nécessaires à l'application de la dispense d'avance des frais devra principalement s'effectuer par télétransmission, selon le dispositif B2 non sécurisé, conformément à un protocole d'accord national qui en définira les modalités.

Article 21 : du refus de prise en charge de la prestation

Dans tous les cas (entente préalable, conformité de la feuille de soins...), les organismes de prise en charge sont dans l'obligation de motiver leur décision de refus total ou partiel de prise en charge des frais d'appareillage et de préciser à l'assuré, avec copie au professionnel, les délais et voies de recours contre cette décision, dans un délai maximal de 15 jours à compter de la date de réception de la demande de prise en charge.

Titre V : du suivi de l'application du régime conventionnel

Article 22 : de la Commission Paritaire Nationale

Paragraphe 1er : de la composition de la Commission Paritaire Nationale

Il est créé une Commission Paritaire Nationale. Cette instance se réunit soit en formation plénière soit en formation restreinte. Elle comporte dans tous les cas deux sections :

En formation plénière :

- Une section professionnelle composée de :
 - 2 représentants titulaires de l'Union des Podo-orthésistes de France ainsi que 2 suppléants ;
 - 2 représentants titulaires de l'Union des Ocularistes Français, ainsi que 2 suppléants.

Une section sociale composée de :

- 2 représentants titulaires de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ainsi que 2 suppléants,
- 1 représentant titulaire de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, ainsi que 1 suppléant.
- 1 représentant titulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, ainsi que 1 suppléant,

En formation restreinte :

- Une section professionnelle composée de :
 - 3 représentants de l'une des organisations professionnelles représentatives visée par la présente convention, ainsi que 3 suppléants.
- Une section sociale composée de :
 - 1 représentant titulaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ainsi qu'1 suppléant,

- 1 représentant titulaire de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, ainsi qu'un suppléant.
- 1 représentant titulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, ainsi qu'un suppléant,

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

Elle peut également inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la commission doivent alors en avoir été avertis au moins deux semaines avant la date de la séance.

La section professionnelle et la section sociale, quelle que soit la formation dans laquelle se réunit la commission, élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission.

Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale

La Commission Paritaire Nationale se réunit, en formation plénière ou restreinte au siège de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés sur convocation de son Président. La réunion de la commission quelle que soit sa formation intervient sur demande formulée par le président de l'une des deux sections. La réunion de la formation plénière doit intervenir au moins une fois par an.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses nationales.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence, accompagnées de l'ordre du jour établi après concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

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

Les membres de la Commission sont soumis au secret des délibérations.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la Commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la Commission dans les deux mois suivant celle-ci. Il est adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la Commission, après validation.

Paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Nationale

En formation plénière, la Commission Paritaire Nationale :

- étudie toute question soulevée par l'application du dispositif conventionnel tant au niveau régional ou local qu'au niveau national et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter,
- examine les difficultés d'application des spécifications techniques, de la nomenclature et de la tarification de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale et de toutes dispositions réglementaires relatives à l'exercice des professions d'orthoprothésiste, de podo-orthésiste, d'oculariste et d'épithésiste,

Elle peut en outre :

- être éventuellement associée aux campagnes destinées à sensibiliser les professionnels, les prescripteurs et les assurés sur les moyens de contribuer à un appareillage de qualité,
- faciliter la mise en place des télétransmissions et du dispositif SESAM-Vitale entre les professionnels et les caisses.
- participer à la mise en place du dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, comme prévu à l'article 27 de la présente convention.

En formation restreinte, la Commission Paritaire Nationale :

- émet un avis sur les recours suspensifs entrepris par les professionnels à l'encontre desquels un déconventionnement a été décidé, dans les conditions prévues à l'article 25 de la présente convention,
- est saisie en cas de non-respect par l'une des parties de ses engagements conventionnels et propose toute solution utile,
- établit un bilan annuel de l'activité des commissions paritaires régionales et informe les instances ministérielles compétentes dans le domaine de l'appareillage des propositions de modifications réglementaires et tarifaires signalées par les parties signataires.

En cas de refus d'une des parties de voir se réunir la Commission Paritaire Nationale, les autres membres de droit constatent cette carence, examinent les points de l'ordre du jour et délibèrent.

Article 23 : de la Commission Paritaire Régionale

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

Paragraphe 1er : de la composition de la Commission Paritaire Régionale

La Commission Paritaire Régionale se réunit soit en formation plénière soit en formation restreinte. Elle comporte dans tous les cas :

En formation plénière :

- une section professionnelle composée de :
 - 2 représentants titulaires de l'Union des Podo-orthésistes de France, ainsi que 2 suppléants ;
 - 2 représentants titulaires l'Union des Ocularistes Français, ainsi que 2 suppléants.
- une section sociale composée de :
 - 2 représentants titulaires de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, ainsi que 2 suppléants ;
 - 1 représentant de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole et 1 suppléant ;
 - 1 représentant de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des professions indépendantes et 1 suppléant ;

En formation restreinte :

- Une section professionnelle composée de :
 - 3 représentants de l'une des organisations professionnelles représentatives visée par la présente convention, ainsi que 3 suppléants.
- Une section sociale composée de :
 - 1 représentant titulaire de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ainsi qu'1 suppléant,
 - 1 représentant titulaire de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole, ainsi qu'1 suppléant.
 - 1 représentant titulaire de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, ainsi qu'1 suppléant.

Chaque membre de la Commission peut se faire accompagner d'un conseiller technique. Les conseillers techniques de la section sociale peuvent provenir des caisses primaires d'assurance maladie.

La Commission Paritaire Régionale peut inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la Commission doivent alors en avoir été avertis au moins trois semaines avant la date de la séance.

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

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission.

Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Régionale

La Commission Paritaire Régionale se réunit, en formation plénière ou restreinte sur convocation de son Président. La réunion de la commission quelle que soit sa formation intervient sur demande formulée par le président de l'une des deux sections. La réunion de la formation plénière doit intervenir au moins une fois par an.

Le secrétariat de la Commission Paritaire Régionale est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses régionales.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins un mois avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi après concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

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

Les membres de la Commission sont soumis au secret des délibérations.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la Commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la Commission dans les deux mois suivant celle-ci. Il est adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la Commission après validation, à charge pour les caisses de le transmettre aux organismes de prise en charge relevant de leur circonscription, ainsi qu'aux caisses nationales d'Assurance Maladie signataires de la présente convention.

Paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Régionale

En formation plénière, la Commission Paritaire Régionale :

- examine les conditions d'application de la présente convention et étudie les problèmes soulevés dans les rapports entre les professionnels et les organismes de prise en charge,
- établit un bilan annuel portant sur son fonctionnement et sur l'application de la présente convention.

En formation restreinte, la Commission Paritaire Régionale se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'égard d'un professionnel défaillant, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 26 de la présente convention.

En cas de refus d'une des parties de voir se réunir la Commission Paritaire Régionale, les autres membres de droit constatent cette carence, examinent les points de l'ordre du jour et délibèrent.

Article 24 : du non respect des engagements conventionnels

En cas de non-respect par le professionnel de ses engagements conventionnels, notamment en matière d'exécution, de tarification ou de facturation et de télétransmission, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés lui adresse une demande d'explication valant notification du manquement invoqué par lettre recommandée avec accusé de réception. Le professionnel dispose d'un délai d'un mois à compter de cette notification pour fournir ses explications. Au terme de ce délai et si les faits reprochés se révèlent suffisamment fondés, l'organisme chargé du secrétariat réunit la Commission Paritaire Régionale prévue à l'article 23 de la présente convention dans un délai maximal d'un mois.

Le professionnel est convoqué à la Commission par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai minimal d'un mois précédant la séance, pour fournir toutes explications qu'il juge utiles. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'un professionnel ou d'un responsable technique de son choix et être accompagné ou représenté par un avocat.

Lorsque les faits reprochés ont été détectés par les organismes payeurs, ces derniers sont représentés au cours de la séance. Ils n'ont pas voix délibérative.

La Commission Paritaire Régionale émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition de l'intéressé. Un compte rendu est adressé par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés au Président de la section professionnelle de la Commission dans un délai de deux semaines. Il appartient à ce dernier de valider ce compte rendu dans les 7 jours suivant sa réception.

En cas d'absence du professionnel, hormis lorsqu'elle est excusée et motivée par la force majeure, la Commission en prend acte dans le relevé de décision de la séance, instruit le dossier et délibère.

Article 25 : des sanctions conventionnelles et de leurs conséquences

Paragraphe 1 : des sanctions susceptibles d'être prononcées

La Commission Paritaire Régionale ne peut proposer que des sanctions touchant à la situation du professionnel au regard de l'application des dispositions de la présente convention :

- soit un avertissement avec mise en demeure,
- soit un déconventionnement avec ou sans sursis :
 - - temporaire de 1 mois à 2 ans,
 - - pour la durée de la convention.

La proposition de déconventionnement doit, dans tous les cas, être motivée et étayée par :

- la gravité des faits constatés, notamment au regard de la nature de la transgression de dispositions réglementaires ou conventionnelles et de l'importance des sommes en jeu ,
- la répétition de faits ayant déjà donné lieu à un avertissement et à un déconventionnement prononcé contre le même professionnel.

La bonne foi du professionnel mis en cause peut être considérée comme un facteur d'atténuation de la sanction.

Les sanctions sont décidées par les caisses régionales et notifiées aux professionnels par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, pour son compte et sur délégation des autres caisses, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai d'un mois à compter de la date de la réunion de la Commission Paritaire Régionale. La notification doit être motivée et préciser les voies et délais de recours et la date d'application de la sanction.

En cas de déconventionnement d'un professionnel disposant de locaux situés dans plusieurs circonscriptions de caisses régionales, il est convenu que les caisses régionales ayant instruit une procédure de sanction contre ce professionnel en informe la ou les caisses régionales des autres circonscriptions afin de donner à celles-ci la possibilité d'engager des enquêtes permettant de révéler d'éventuelles anomalies.

Paragraphe 2 : des recours du professionnel contre les sanctions prononcées

En cas de déconventionnement notifié, le professionnel dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de la décision pour présenter, s'il l'estime nécessaire, un recours auprès de la Commission Paritaire Nationale prévue et organisée par l'article 22 de la présente convention. Ce recours est suspensif. Le déconventionnement n'est définitif qu'à partir du moment où les procédures conventionnelles sont épuisées.

La Commission Paritaire Nationale se réunit, en formation restreinte, dans le délai d'un mois à compter de la réception du recours adressé par lettre recommandée avec accusé de réception à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Elle auditionne, au cours de la même séance, le professionnel mis en cause et le ou les organismes intéressés.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés transmet à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés compétente, dans un délai de quinze jours suivant la date de réunion de la Commission Paritaire Nationale dans sa formation restreinte, l'avis émis par celle-ci. Ladite caisse arrête ensuite, en concertation avec les organismes régionaux des autres régimes de son ressort géographique, la décision définitive qui s'impose au professionnel.

Le professionnel conserve, de plein droit, la possibilité d'actionner les recours de droit commun.

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

Paragraphe 3 : de l'incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle

En cas de condamnation définitive et exécutoire du professionnel par les tribunaux pour fraude ou escroquerie dans ses rapports avec la Sécurité Sociale, la Commission Paritaire Régionale dans sa formation restreinte est saisie d'office. Après avoir laissé la possibilité au professionnel d'être entendu dans les conditions prévues par le présent titre, les instances paritaires conventionnelles envisagent la sanction adaptée que les organismes régionaux concernés arrêtent.

Article 26 : du contrôle du déroulement de la procédure d'appareillage

Conformément à la réglementation en vigueur et dans l'intérêt des assurés sociaux, les parties signataires conviennent de veiller au bon déroulement de la procédure d'appareillage.

Paragraphe 1er : du bilan annuel

Dans le cadre de la Commission Paritaire Régionale, les partenaires dressent le bilan annuel du déroulement de la procédure d'appareillage, dans le premier trimestre suivant l'année de référence.

Paragraphe 2 : des objectifs

Dans ce bilan, les partenaires régionaux constatent et analysent les éventuelles difficultés rencontrées au cours de la procédure d'appareillage et notamment le non-respect des objectifs fixés ci-dessous. Ils s'engagent à veiller en commun notamment :

- au respect des délais liés aux modalités d'instruction de l'entente préalable,
- à la précision du bon de commande,
- au respect des délais de réalisation de l'appareillage,
- au respect des modalités de tarification et de facturation,
- au respect des délais de règlement par les organismes de prise en charge,
- au niveau de qualité fonctionnelle de l'appareillage fourni.

En cas de difficultés signalées au cours de la procédure d'appareillage ou de non-respect des objectifs fixés ci-dessus, l'un ou l'autre des membres de la Commission Paritaire Régionale peut saisir celle-ci afin de trouver en commun les moyens d'y remédier. Un suivi de la mise en œuvre des moyens ainsi envisagés est assuré par la Commission Paritaire Régionale lors de la réunion suivante.

En cas d'impossibilité de résoudre le ou les problèmes posés, la Commission Paritaire Nationale peut être saisie par le président de la section professionnelle ou par celui de la section sociale.

En outre, les partenaires régionaux élaborent en commun des recommandations tendant à l'amélioration des prestations d'appareillage dans l'intérêt des personnes appareillées.

Titre VI : de l'échange de données économiques entre les partenaires

Article 27 : de la finalité des échanges de données

Les parties signataires se déclarent conscientes de la nécessité de parvenir à une régulation concertée de l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie.

Elles mettent en place les moyens de mieux connaître l'activité globale des professions d'orthoprothésistes, de podo-orthésistes, d'ocularistes et d'épithésistes. Elles examinent au moins une fois par an, dans le cadre des instances paritaires conventionnelles, l'évolution des besoins médico-sociaux et des dépenses d'Assurance Maladie dans le champ visé par la présente convention.

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

Article 28 : de la communication des données statistiques issues du codage

Les organismes nationaux signataires s'engagent à transmettre annuellement aux organisations professionnelles signataires les données statistiques obtenues grâce au codage de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale et faisant ressortir principalement :

- les montants de dépenses et les dénombrements, correspondant à chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie qu'ils représentent, par type de prestation relevant du champ des orthoprothèses, des podo-orthèses, des prothèses oculaires et des prothèses faciales et inscrite sur la liste précitée, ainsi que par regroupements homogènes de ces types de prestations inscrites sur ladite liste ;
- la déclinaison de ces montants en valeur et en volumes par région.

Les données économiques communiquées évolueront en fonction des développements qui pourront intervenir dans les outils de recueil mis en place par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 29 : des données transmissibles par les syndicats

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

Elles s'efforcent notamment de remettre annuellement à la Caisse Nationale de L'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, à charge pour celle-ci de les transmettre aux autres parties, des études permettant d'établir la structure des secteurs d'activité visés par la présente convention. A cette fin, elles distinguent trois types de structures représentatives de leur secteur d'activité (petites, moyennes et importantes) en raison de leur poids économique, conformément aux deux critères suivants :

- le montant des facturations annuelles de produits inscrits sur la liste précitée que ces différents types de structures adressent aux organismes d'assurance maladie,
- le nombre d'assurés auxquels ces différents types de structure servent des prestations dans les domaines visés par la liste précitée.

Les résultats de l'étude réalisée à partir de ce panel et transmise aux organismes nationaux signataires mettent en évidence :

- la part de marché respective représentée par chacun de ces types de structures définis selon les deux critères susmentionnés,
- le nombre moyen d'assurés servis par chacun,
- le montant total moyen des facturations respectivement adressé par chacun aux organismes de prise en charge,

Chaque organisation signataire procède, dans la mesure du possible, à cette étude annuelle à partir des seules données qui lui sont accessibles au titre de sa fonction représentative. Toutes les données communiquées préservent le nécessaire caractère anonyme des sources utilisées.

Article 30 : de la mise en œuvre effective de cet échange de données économiques

Les parties s'accordent sur la nécessité d'initier cette transmission mutuelle de données économiques au terme d'une période d'application de la présente convention d'un an au moins et de dix-huit mois au plus.

Titre VII : de la durée du régime conventionnel

Article 31: de la mise en œuvre de la convention

La présente convention annule toute autre convention antérieure ayant le même champ et le même objet. Elle est conclue pour une durée de 4 ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée.

Article 32 : du retrait d'une partie signataire de la convention

Chaque partie signataire a la faculté de se retirer de sa propre initiative du régime instauré par la présente convention en informant la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, à charge pour celle-ci d'en aviser les autres parties, par lettre recommandée avec accusé de réception. Son retrait est effectif au terme d'un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

Lorsque le retrait d'une ou de plusieurs organisations professionnelles entraîne la non représentation d'une ou plusieurs professions relevant du champ de la présente convention, celle-ci ne reste applicable qu'aux rapports conventionnels instaurés entre les régimes d'Assurance Maladie et la ou les professions dont les représentants demeurent signataires.

Un avenant est alors conclu par les partenaires restants, dans un délai maximal de trois mois suivant la date à laquelle le ou les retraits sont devenus effectifs, afin de modifier le champ de la convention, la nature des prestations qui y sont visées et les règles de répartition des sièges au sein des instances paritaires.

Article 33 : de la résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les parties signataires soit par décision de toutes les organisations professionnelles signataires, soit par décision d'au moins deux organismes nationaux signataires dont la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;

- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait à Paris, le

*Le Président
de la Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés*

*La Présidente
de la Caisse Centrale
de Mutualité Sociale Agricole*

Monsieur SPAETH

Madame GROS

*Le Président
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie
des Professions Indépendantes*

*Le Président
de l'Union des Podo-Orthésistes
de France*

Monsieur QUEVILLON

Monsieur FRANCAUD

*Le Président
de l'Union Nationale
des Ocularistes Français*

Monsieur DUPOUY

**FORMULAIRE D'ADHÉSION A LA CONVENTION NATIONALE
ENTRE LES TROIS CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE
ET LES PODO-ORTHÉSISTES, OCULARISTES, ÉPITHÉSISTES ET
ORTHOPROTESISTES**

Article 5 paragraphe 1

Ne peut adhérer à la convention que le professionnel (personne morale ou physique) qui possède ou dont le responsable technique possède la compétence nécessaire à l'exercice de sa profession telle qu'elle est définie par les textes.

Je soussigné(e) :
(nom, prénom, qualité)



représentant(e) légal(e) de l'entreprise :



Déclare :

- adhérer, en tant que :

PODO-ORTHÉSISTE ☐ **OCULARISTE** ☐
ÉPITHÉSISTE ☐ **ORTHOPROTHESISTE** ☐ ¹

à la Convention Nationale régissant les rapports entre les trois Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les Podo-Orthésistes, Ocularistes, Épithésistes et Orthoprothésistes pour l'établissement suivant :

adresse : {

jours et heures d'ouverture : _____

identifié auprès des CPAM sous le N° : _____

- gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la profession,
- avoir pris connaissance de la convention du 19 décembre 2003,
- m'engager à en respecter les termes.



¹ Cocher la case correspondante

Présence du professionnel dans son local d'exercice (Article 5 paragraphe 4)

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente du professionnel, ou de son responsable technique, dans le local réservé à cet effet, aux heures de réception des assurés.

Le professionnel s'engage à ce que cette présence effective soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture et les communique à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Aucune opération d'appareillage sur le patient ne peut être réalisée par une personne ne répondant pas aux règles de compétence prévues par la réglementation et explicitées dans la convention.

1 **Nom** (marital Suivi du nom patronymique) :

Prénom :

N° sécurité Sociale :

Titres permettant l'exercice de la profession Année : : : :

Début d'activité	Jours et heures de présence
------------------	-----------------------------

2 Nom (marital Suivi du nom patronymique) :

Prénom :

N° sécurité Sociale :

Titres permettant l'exercice de la profession Année : : : :

Début d'activité | | | | | | | **Jours et heures de présence**

3 Nom (marital Suivi du nom patronymique) :

Prénom :

N° sécurité Sociale :

Titres permettant l'exercice de la profession Année : : :

Début d'activité | | | | | | | **Jours et heures de présence**

ORGANISATION DES LOCAUX PROFESSIONNELS

Pour que sa demande d'agrément soit reconnue par la caisse régionale d'Assurance maladie, le prestataire doit disposer de locaux et d'une installation répondant aux normes d'installation et d'équipement définies à l'article 5 paragraphe 2 de la convention.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du représentant légal de l'entreprise gestionnaire

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

Formulaire à retourner à :



Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France

Sous-Direction des Prestations - GRAPA

17-19 avenue de Flandre - 75954 PARIS CEDEX 19

⌚ : 01 40 05 63 20

grapa@cramif.cnamts.fr

☎ : 01 40 05 37 85