

Projet de texte conventionnel

ANNEXES

Version du 7 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.....	14
ANNEXE III - DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	16
ANNEXE IV - OPTION DEMOGRAPHIE FONCTIONNEMENT.....	22
ANNEXE V - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION DEMOGRAPHIE.....	25
ANNEXE VI - OPTION DEMOGRAPHIE - FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS.....	27
ANNEXE VII - OPTION SANTE SOLIDARITE	29
ANNEXE VIII - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE	31
ANNEXE IX - OPTION SANTE SOLIDARITE - FICHE DE SUIVI ADHERENTS.....	32
ANNEXE X - PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	33
ANNEXE XI - PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES	36
ANNEXE XII - MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	44
ANNEXE XIII - MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS.....	45
ANNEXE XIV - DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE	47
ANNEXE XV - FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE	52
ANNEXE XVI - REMUNERATION A LA PERFORMANCE.....	60
ANNEXE XVII - OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION	64
ANNEXE XVIII - PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION	65
ANNEXE XIX - SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION.....	66
ANNEXE XX - REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES.....	68
ANNEXE XXI - PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN.....	72

ANNEXE I

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

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

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	25,20	27,40	27,40
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
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)	64,03	64,03	64,03	64,03
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	55,00	55,00	55,00	(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 fériés en cas de visite	30,00	30,00	30,00	(4)

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.

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 (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	34,30	37,73	41,16	41,16

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)	34,30	37,73	41,16	41,16
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)	64,03	64,03	64,03	64,03
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	?
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	?
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
KE (acte d'échographie, échotomographie ou de doppler)	1,89	1,89	1,89	1,89
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 (autres spécialistes. et omnipraticien)	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	Activité	Activité
	≤ activité de référence	> activité de référence et ≤ Seuil 1	> Seuil 1 et ≤ Seuil 2	> 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

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.

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.

Article 3

Publication des tarifs des actes issus des avenants 2, 22, 23, 24 et 26 à la convention de 2005

En cours d'expertise

ANNEXE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Dans l'attente de l'adoption des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), 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'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins. 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 généralistes en zones déficitaires

Article 1er

Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins généralistes 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 adhérant 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 vacations 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'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins, 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 généralistes 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 (**à définir**), 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 défini au point [X].

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 la durée de la convention.

Son montant est de [X] € par an pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe.

Son montant est de [X] € 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 [X] % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à [X] €.

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

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 généralistes 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 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

OPTION DEMOGRAPHIE - FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS

Année évaluée : 2014

NOM

Prénom :

N° d'identification :

Date d'adhésion

(A remplir uniquement si vous exercez au sein d'un groupe)

- Précisez les modifications du cadre juridique de l'exercice survenues durant l'année :
arrivée ou départ d'un associé, d'un collaborateur libéral, nouveau statut juridique

- nombre d'ordinateurs au cabinet :
- 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

- nombre de personnes salariées du groupe :
- conjoint collaborateur :

Précisez les évolutions du cabinet dans ce domaine durant l'année :
engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux

- nombre de jours de remplacement contractualisés :
- nombre des vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes :

ANNEXE VII

OPTION SANTE SOLIDARITE

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 [X] 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 [X] de la présente convention, le médecin adhérent à la présente option bénéficie d'une rémunération complémentaire comprenant une prise en charge des frais de déplacement dont le montant forfaitaire par jour d'exercice dans la zone s'élève à [X] €.

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.

ANNEXE VIII

FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE

Adhésion à l'option conventionnelle Santé solidarité

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 - FICHE DE SUIVI ADHERENTS

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

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 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 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 caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables au titre de leurs honoraires perçus dans le cadre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention selon les modalités définies à l'article [X].

ANNEXE XI

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE 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 [X].

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 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 (UPATOU), 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 [X] de la présente convention sont les suivantes :

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 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

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 ième « 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 XIV

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 intrabuccales,

- 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) intrabuccale(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.