



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-156/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

22/12/2003

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

LPP – Titre II - Chapitres 5 et 6 - nouvelle convention nationale avec les podo-orthésistes, les ocularistes et les épithésistes.

Liens :

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DRM

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ CPAM

☐ UGECAM

☒ CRAM

☒ CGSS

☐ URCAM

☐ CTI

☒ Régionaux

☐ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Une convention nationale a été conclue dans le domaine de la LPP, avec les représentants des podo-orthésistes, des ocularistes et des épithésistes. Les principales dispositions et les modalités d'application de cette convention sont ici exposées.

Mots clés :

LPP ; convention ; podo-orthésistes ; ocularistes ; épithésistes

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

Le Médecin Conseil National Adjoint

Catherine BISMUTH

CIRCULAIRE : 156/2003

Date : 22/12/2003

Objet : LPP - Titre II - Chapitres 5 et 6 - nouvelle convention nationale avec les podo-orthésistes, les ocularistes et les épithésistes.

Affaire suivie par : Frédéric GIRAUDET - ☎ 01.42.79.35.89

Madame, Monsieur le Directeur,

La présente circulaire a pour objet de vous présenter la convention nationale conclue dans le champ de la Liste des Produits et Prestations (*LPP*) avec les représentants des podo-orthésistes, des ocularistes et des épithésistes (*Titre II - Chapitres 5 et 6*).

Cette convention est datée du 19 décembre 2003. Elle se substitue à tout accord national, régional ou local qui aurait été conclu antérieurement entre l'Assurance Maladie et ces professions. Ainsi, notamment, la convention nationale du 26 novembre 1972 relative aux podo-orthésistes est désormais caduque à compter du 19 décembre 2003, sous réserve des dispositions transitoires exposées au II-2° de la présente circulaire.

Outre les dispositions spécifiques à ces trois professions, la convention détermine des principes pouvant figurer également dans les dispositifs susceptibles d'être conclus avec d'autres professions intervenant dans le champ de la LPP. Ainsi, les règles relatives à la procédure d'adhésion conventionnelle, à leurs modalités de facturation, à leurs pratiques de marketing et au fonctionnement des instances paritaires sont similaires à celles de la convention nationale signée, le 7 août 2002, avec les représentants des prestataires des Titres I et IV de la LPP, ainsi qu'à celles de la convention nationale du 14 octobre 2003 signée avec les représentants des opticiens.

Concernant ces règles communes aux différentes conventions, les recommandations des circulaires 137/2002 du 14 octobre 2002 et 134/2003 du 16 octobre 2003 présentant les conventions relatives aux prestataires des Titres I et IV de la LPP et aux opticiens sont reprises dans la présente circulaire afin que celle-ci vous apporte, par elle-même, toutes les informations nécessaires pour mettre en œuvre la convention relative aux podo-orthésistes, aux ocularistes et aux épithésistes.

I - Parties signataires et portée de la convention

La convention rénove les rapports entre l'Assurance Maladie et ses partenaires dans deux des trois champs constituant historiquement le grand appareillage : les chapitres 5 et 6 du Titre II de la LPP. Elle a vocation à s'étendre à terme au chapitre 7.

1°- Contexte partenarial

1.a - Les objectifs

- la CNAMTS avait pour objectif d'unifier dans un dispositif unique les régimes conventionnels applicables aux podo-orthésistes, aux ocularistes et aux épithésistes, ainsi qu'aux orthoprothésistes. Cela se justifiait par l'extrême similitude du mode d'organisation de ces professions, à dominante artisanale, et des règles de prise en charge de leurs prestations ;
- les conventions antérieures relatives aux orthoprothésistes et aux podo-orthésistes devaient être actualisées de manière à consacrer des impératifs qualitatifs appliqués à la dispensation des prestations. Les ocularistes et les épithésistes, pour leur part, n'avaient jamais bénéficié de relations conventionnelles avec l'Assurance Maladie ;
- le décret du 26 mars 2001 réformant l'ex TIPS n'a pas repris le principe du tiers payant légal pour ces professions et prévoit que les conventions existantes sont pérennisées pour une durée de cinq ans, jusqu'en mars 2006. Il importait donc de donner une base durable (convention reconductible) à la dispense d'avance des frais.

1.b - Les parties signataires

Les partenaires de l'Assurance Maladie sont ici :

- l'Union des Podo-Orthésistes de France (*UPODEF*) présidée par Monsieur FRANCAUD ;
- l'Union Des Ocularistes Français (*UDOF*) dont la présidence est assurée par Monsieur DUPOUY.

L'UDOF assurera en outre la défense des intérêts des épithésistes qui, étant donné leur très faible nombre, n'ont pas estimé devoir constituer un syndicat. Cette profession dont ni la qualification ni les modalités d'exercice ne sont réglementées, spécialisée dans la réalisation des prothèses faciales, travaille le plus souvent en association avec les ocularistes.

Cette représentation des épithésistes par l'UDOF restera toutefois informelle, ne constituant pas un objet statutaire de cette organisation.

La Chambre Syndicale Nationale des Podo-Orthésistes (CSNPO) n'a pas souhaité signer cette convention, contestant notamment le fait que la convention ne prévoit aucune dérogation au principe de la réglementation des prix dans ce secteur.

Par ailleurs, l'organisation syndicale représentant les orthoprothésistes, l'Union Française des Orthoprothésistes (UFOP), s'est refusée à signer cet accord qui a vocation à l'accueillir et dont elle a été une très active négociatrice durant plusieurs années. Ce refus procède de la volonté de ce syndicat d'obtenir préalablement des pouvoirs publics un statut professionnel d'orthoprothésiste dans le code de la santé publique.

Par conséquent, si la convention nationale avec les podo-orthésistes, les ocularistes et les épithésistes comporte des dispositions spécifiques aux orthoprothésistes, car elle pourrait être signée à l'avenir par l'UFOP, **elle n'est cependant pas applicable à ce jour aux orthoprothésistes.**

Cependant, les orthoprothésistes demeurent habilités à pratiquer la dispense d'avance des frais sur la base de l'article 7 de la convention du 1er octobre 1948 (JO des 15 octobre et 14 novembre 1948) qui leur reste applicable jusqu'au 24 décembre 2005 conformément à l'article L.165-5-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

2°- Portée de la convention

Cette convention nationale ne fait pas l'objet d'une publication au Journal Officiel.

2.a - Le caractère national de la convention

Du fait de ce caractère national, conformément à l'article L.165-6 du code de la sécurité sociale, les conventions n'ont pas à être signées au niveau régional. Toutefois, les rapports entre l'Assurance Maladie et les professionnels continuent d'être gérés, à titre principal, par les organismes régionaux auprès desquels chaque professionnel se place individuellement sous régime conventionnel en faisant acte d'adhésion.

2.b - L'absence d'obligation d'adhésion conventionnelle

L'article L.165-6 alinéa 5 du code de la sécurité sociale dispose que les accords nationaux peuvent être rendus opposables à tous les acteurs d'un secteur déterminé par un arrêté d'approbation.

Cela implique :

- qu'en soi, la convention ne rend pas l'adhésion obligatoire aux professionnels pour autoriser la prise en charge de leurs prestations. En revanche, le conventionnement s'impose à ceux qui souhaitent pratiquer la dispense d'avance des frais. Cette procédure exige, en effet, que l'organisme d'assurance maladie et le professionnel qui lui facturera directement ses prestations s'engagent contractuellement ;
- que seule la publication d'un arrêté interministériel peut la rendre obligatoire, y compris pour les acteurs ne pratiquant pas la dispense d'avance des frais.

Le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a informé la caisse nationale, dès janvier 2003 à propos des conventions "opticiens" et "Titres I et IV", que, dans la mesure où le législateur n'imposait pas l'obligation du conventionnement mais laissait le gouvernement en décider, il n'estimait pas utile de contraindre les distributeurs par la voie réglementaire. Il laisse, en revanche, toute latitude aux partenaires pour mettre en œuvre des dispositifs conventionnels n'engageant que les professionnels souhaitant y adhérer. Il est envisageable qu'une même réponse soit faite au sujet de la présente convention.

Par conséquent, en l'état, les dispositions de cette convention, à l'instar des autres dispositifs conclus ou susceptibles d'être conclus avec des professions intervenant dans le champ de la LPP, ne sont applicables qu'aux professionnels se plaçant volontairement sous régime conventionnel. Dans les secteurs visés par la convention, il s'agit d'un changement notable.

Traditionnellement, cependant, dans les secteurs ici visés, les professionnels dispensent les assurés de l'avance des frais pris en charge par l'Assurance Maladie. La plupart d'entre eux semblent enclins à continuer à offrir ce service et devraient donc adhérer à la convention.

La CNAMTS saisira néanmoins le Ministère pour approbation de cette convention qui couvre un champ particulièrement sensible : population de handicapés lourds habitués à être exemptés de l'avance des frais et nécessitant des prestations de qualité délivrées par des professionnels identifiés et contrôlés .

II - Modalités d'entrée en application du nouveau régime conventionnel

Depuis la réforme de l'ex TIPS (*décret du 26 mars 2001*), le tiers payant n'est plus de droit pour les assurés bénéficiant de prestations entrant dans le champ de la convention, le principe de l'ancien article R.165-15 n'ayant pas été repris. La pratique de la dispense d'avance des frais dans ces secteurs où elle est traditionnelle et qui continue de se justifier pleinement, compte tenu de la population de handicapés concernée, méritait donc d'être mise au cœur de la convention.

L'adhésion du professionnel à la convention conditionne désormais cette pratique. Il importe donc que les CPAM et les CRAM contrôlent le respect de cette condition.

Toutefois, la dispense d'avance des frais n'a pas à être obligatoirement offerte aux assurés par le professionnel conventionné, ce qui signifie que le professionnel reste libre de demander à l'assuré le paiement direct des prestations facturées.

1° - Les professionnels concernés

1.a - Catégories de professionnels

Sont fondés à demander l'adhésion conventionnelle :

- les podo-orthésistes qui confectionnent les chaussures orthopédiques sur mesure inscrites au Chapitre 6 du Titre II de la LPP ;
- les ocularistes qui fabriquent les prothèses oculaires figurant dans la nomenclature du Chapitre 5 du Titre II de la LPP ;
- les épithésistes qui réalisent les prothèses faciales également remboursées sur la base du Chapitre 5 du Titre II de la LPP et dont l'activité est ainsi, dans une large mesure, complémentaire de celle des ocularistes.

1.b - Cas des personnes morales

Dans le cas des sociétés commerciales, ce sont ces personnes morales qui doivent suivre la procédure d'adhésion. En effet, les professionnels salariés par l'entité ne peuvent être distingués de celle-ci juridiquement : ce n'est pas le professionnel individuellement qui facture à l'assurance maladie mais la société qui l'emploie qui s'engage à respecter les règles inhérentes à la facturation établie en son nom.

C'est aussi la responsabilité juridique de ces personnes morales qui devra être mise en cause et sera recherchée par le juge pour des faits accomplis, en leur nom, par des professionnels qu'elles salarient ; à charge pour elles de se retourner le cas échéant contre ces derniers.

Lorsqu'un professionnel représente légalement la personne morale, c'est également la responsabilité de celle-ci qu'il peut être amené à engager et non la sienne propre.

Il importe donc que les modalités de conventionnement soient conformes aux critères de mise en jeu de la responsabilité juridique des personnes et que les CRAM n'autorisent pas l'adhésion individuelle de professionnels exerçant pour le compte de personnes morales. Ainsi la convention vise-t-elle expressément par le terme de "professionnel" la personne physique (en cas d'exercice personnel, au sens juridique, de l'activité) ou morale appelée à facturer aux caisses leurs prestations (*article 2 alinéa 2*).

1.c - Compétence des professionnels

Ni le code de la santé publique ni le code de la sécurité sociale ne prévoient de critère de qualification et de compétence pour ces trois professions. Le décret du 26 mars 2001 n'a pas repris la réglementation antérieure relative aux diplômes ou procédures de validation de l'expérience des professionnels qui était dénuée de fondement légal. Des textes sont cependant en préparation au Ministère. En attendant, la circulaire CIR-98/2003 du 11 juillet 2003 recommande les mesures méritant d'être mises en œuvre par les caisses s'agissant des professions anciennement régies par les agréments supprimés par la réforme du TIPS pour défaut de base légale :

- durant l'examen des dossiers d'adhésion conventionnelle déposés auprès d'elles, les CRAM demandent aux professionnels les diplômes qu'ils détiennent éventuellement ;
- lorsqu'ils ne possèdent pas de titre de compétence sûr (BTS, anciens agréments), ce qui est notamment le cas des ophtalmistes et des épithésistes, il est recommandé aux CRAM de solliciter les DRASS, au moyen d'un courrier type, afin que celles-ci se prononcent sur la qualification des professionnels ;
- à défaut de réponses explicites sur lesquelles les CRAM puissent s'appuyer, ces dernières se doivent d'accepter l'adhésion conventionnelle des professionnels, en en avisant la CNAMTS, étant entendu que cette acceptation est réputée couverte par l'aval des services déconcentrés de l'Etat grâce aux sollicitations expresses qui leur ont été faites au regard de leur compétence.

2°- L'adhésion conventionnelle

La procédure d'adhésion est organisée par les articles 4 à 6 de la convention.

- ➔ Il appartient au professionnel de solliciter son adhésion au nouveau dispositif conventionnel. Il adresse pour ce faire une demande expresse d'adhésion à la caisse régionale du régime général.
- ➔ Cet organisme lui adresse en retour un formulaire d'adhésion dont le modèle est annexé à la convention, ainsi qu'un exemplaire de la convention elle-même.

Toutefois, cette logique reposant sur la démarche volontaire des professionnels ne vaut que pour ceux qui n'auraient jamais pratiqué le tiers payant, en particulier les nouveaux installés. Un aménagement est nécessaire pour assurer la transition entre les situations existant antérieurement et la nouvelle convention : tous les podos-orthésistes, ocularistes et épithésistes pratiquant la dispense d'avance des frais avant l'entrée en application de la nouvelle convention reçoivent de la caisse régionale, sans demande préalable de leur part, le formulaire d'adhésion à lui retourner et l'exemplaire de la convention. Cette dérogation transitoire se justifie dans la mesure où ces professionnels sont déjà identifiés par l'Assurance Maladie.

Il appartient aux CRAM de procéder dans les meilleurs délais, au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la convention, à cet envoi du formulaire d'adhésion et de la convention aux différents acteurs antérieurement conventionnés.

Il importe, en outre, de ne pas suspendre la pratique de la dispense d'avance des frais par les professionnels. Il convient de considérer que, pour tous les professionnels déjà installés et réputés pratiquer la dispense d'avance des frais, une phase de transition s'ouvre durant laquelle ils restent autorisés à pratiquer la dispense d'avance des frais en attendant que la procédure de leur adhésion au nouveau dispositif ait été menée à bien.

A réception du formulaire rempli par le professionnel dans un délai maximal d'un mois, la caisse régionale vérifie que les conditions d'exercice satisfont aux dispositions conventionnelles et réglementaires.

La caisse régionale identifie ensuite le professionnel qui adhère à la convention en lui attribuant un numéro d'adhésion et lui notifie la reconnaissance de son adhésion à la convention.

En l'absence de réponse du professionnel dans le délai d'un mois, la caisse est fondée à considérer que celui-ci renonce à adhérer à la convention.

Par ailleurs, la CNAMTS travaille à l'intégration des acteurs du champ de la LPP dans le Fichier National des Professionnels de Santé. Une circulaire actualisant les informations et recommandations de la circulaire CNAMTS DGA n°16/96 du 8 octobre 1996 est en cours d'élaboration.

III - Les règles relatives à la délivrance et à la facturation des prestations

La CNAMTS souhaitait aligner les professions de ce qu'il est convenu d'appeler historiquement le "grand appareillage" sur des règles identiques et, en toute logique, sur un même dispositif conventionnel. Cet objectif n'est que partiellement atteint, en l'état, les orthoprothésistes s'étant désistés.

Dans cette convention, comme dans toutes les nouvelles conventions relevant du champ de la LPP, la CNAMTS s'emploie à obtenir de ses partenaires conventionnels que soient définis, lorsque cela est possible au regard des missions des différents acteurs institutionnels, des critères tenant à l'organisation de l'exercice professionnel, ainsi que des règles permettant de rationaliser les pratiques, notamment en améliorant la qualité de la délivrance des prestations aux assurés par les professionnels.

1°- Le cadre de l'activité professionnelle

La fixation des règles relatives à la qualification des professionnels des secteurs d'activité visés par la convention relève de la compétence des pouvoirs publics. L'Assurance Maladie n'est pas habilitée à pallier les lacunes actuelles des textes. En attendant une prochaine évolution de ceux-ci, les partenaires se sont donc limités à la détermination de principes touchant à l'organisation de l'exercice professionnel.

- L'article 5 paragraphe 2 de la convention apporte des précisions sur l'aménagement minimal des locaux professionnels en plus du principe du respect des normes d'accessibilité des locaux aux handicapés.
- Les conditions entourant l'accueil des assurés sont définies, notamment la préservation de son intimité à l'occasion de l'essayage de l'appareil, ainsi que l'adaptation des espaces à cet essayage dans les locaux du fournisseur.
- Dans les cas où le fournisseur possède plusieurs points de vente, le signalement de tous ces sites à la caisse régionale est imposé par l'article 5 paragraphe 3 afin de favoriser le contrôle par l'Assurance Maladie de leur conformité aux règles d'équipement, d'accueil des assurés et de compétence des responsables techniques.
- L'article 12 de la convention est destiné à restreindre les pratiques commerciales trop incisives.

Le principe de l'interdiction des supports publicitaires faisant référence au remboursement des prestations par l'Assurance Maladie et, notamment, à son montant est ainsi affirmé.

En raison des difficultés que pose l'appréciation des pratiques de marketing et afin d'harmoniser cette appréciation dans l'ensemble du réseau, la CNAMTS proposera aux caisses régionales, lors d'une prochaine réunion, différents critères et règles susceptibles de baliser les contrôles et les actions de l'Assurance Maladie en la matière.

- L'article 5 paragraphe 4 de la convention exige la présence du professionnel conventionné ou de son responsable technique à toutes les heures de réception des assurés dans un local réservé à cet effet.

Ce principe a pour finalité de garantir aux assurés la qualité des prestations qui leur seront servies : réception par un professionnel, notamment pour les prises de mesure et les conseils, dans un cadre adapté et spécialement affecté à l'accueil des handicapés.

L'attention des CRAM est particulièrement attirée sur la nécessité de contrôler le respect de ce principe, afin d'éviter certains modes d'exercice qui ont pu être observés et qui consistent pour les professionnels à se déplacer en des lieux d'accueil des assurés non adaptés à l'exercice de l'activité et n'offrant aucune garantie sanitaire.

2°- Les règles de facturation

- Tout professionnel souhaitant pratiquer la dispense d'avance des frais doit adhérer à la convention. Rappelons cependant qu'un professionnel choisissant d'être conventionné n'est pas pour autant tenu de pratiquer la dispense d'avance des frais.
- Bien que la convention ne rappelle pas les règles afférentes aux pièces nécessaires à la prise en charge des prestations, pour éviter une redondance inutile par rapport à la réglementation, il convient de rappeler ici que seule la feuille de soins S3115e peut être utilisée par les professionnels (*cf : circulaire CNAMTS référencée CIR-106/2002 du 1er août 2002*).

Il est demandé aux caisses primaires de bien vouloir veiller à l'approvisionnement de leurs stocks afin d'en éviter toute rupture.

- L'article 20 pose le principe selon lequel le mode de facturation par télétransmission mérite d'être privilégié. Les initiatives des caisses primaires visant à mettre en œuvre les télétransmissions au bénéfice des professionnels de la LPP sont donc vivement encouragées ; elles s'inscrivent dans la démarche de "qualité de service aux professionnels de santé" qui sera confirmée dans la future COG.

La CNAMTS travaille par ailleurs au développement de SESAM-Vitale dans le domaine de la LPP pour une effectivité envisageable en 2006.

- ➔ Conformément à l'article 19 alinéa 2, les organismes de prise en charge sont tenus de procéder au règlement de toute prestation facturée par les professionnels visés dans un délai de 20 jours.
- ➔ L'article 21 détermine les modalités selon lesquelles les caisses primaires peuvent émettre des décisions de refus de prise en charge d'une prestation facturée par un professionnel. La motivation de ces décisions doit être parfaitement étayée de manière à ce qu'aucune contestation pour vice de forme ne soit possible en cas de contentieux. Ainsi, l'objet du refus doit être explicitement rappelé. Les motifs doivent être énumérés et s'appuyer notamment sur la réglementation applicable.

Par ailleurs, il importe que les voies de recours soient précisément mentionnées : saisine de la commission de recours amiable (*article R.142-1 CSS*) ; en cas de contestation de la décision émise par celle-ci, recours devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (*article R.142-6 CSS*).

Enfin, les coordonnées de la personne chargée du dossier doivent apparaître sur toute notification de décision conformément à la réglementation en vigueur (*cf : circulaire CNAMTS référencée CIR-74/2002 du 14 mai 2002*).

IV - Paritarisme et partenariat conventionnels

Le paritarisme conventionnel est conçu, dans l'ensemble des dispositifs conclus dans le champ de la LPP, de manière à assurer le renforcement et la régularité des échanges partenariaux entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels, tant au niveau national que dans chaque circonscription régionale.

1°- Les échanges entre partenaires

- Les instances paritaires conventionnelles sont des lieux privilégiés de discussion et de concertation entre partenaires sur les questions touchant à l'application du dispositif conventionnel et de la réglementation, afin de prévenir les difficultés d'interprétation susceptibles de se poser dans la pratique quotidienne de délivrance et de facturation des prestations.

Les commissions paritaires régionales peuvent jouer un rôle important de remontée des informations relatives aux pratiques observées lorsque les difficultés rencontrées sont susceptibles d'être résolues par des mesures nationales. Il est donc important que chaque caisse régionale organise, au moins une fois par an, des commissions paritaires régionales (*article 23 paragraphe 2 alinéa 1 de la convention*).

- Les articles 27 à 30 instituent des échanges de données économiques entre les partenaires nationaux. Ces données feront l'objet d'informations des caisses afin qu'elles soient en mesure de les analyser et les commenter avec les représentants régionaux des organisations professionnelles.

L'entrée en application du codage de la LPP, le 6 mars 2004, favorisera l'analyse conjointe des dépenses d'assurance maladie par les partenaires.

2°- L'engagement d'une procédure conventionnelle contre un professionnel

Les articles 24 et 25 de la convention détaillent les modalités de déclenchement et le déroulement de la procédure conventionnelle susceptible d'être conduite à l'encontre d'un professionnel n'ayant pas respecté ses engagements conventionnels ou la réglementation qui lui est applicable.

La détection des manquements peut aussi bien procéder d'actions locales signalées à un organisme régional que d'une action régionale.

- Il importe que les droits de la défense soient parfaitement assurés :
 - possibilité pour le fournisseur de s'expliquer préalablement à la convocation en commission paritaire régionale (*article 24 alinéa 1*) ;
 - présentation exhaustive des faits reprochés et envoi de toute pièce utile à cet effet dans la convocation en commission adressée par la caisse régionale au professionnel ;
 - possibilité offerte au fournisseur d'argumenter, le cas échéant avec l'aide d'un conseil, durant la séance.

Les délais affectés à cette partie de la procédure ont été calqués sur ceux déjà retenus par les parties signataires des conventions relatives, d'une part, aux prestataires des Titres I et IV de la LPP et, d'autre part, aux professionnels, les trois conventions ayant été négociées parallèlement. Le fait qu'en vertu de l'article 24 alinéa 3 la convocation du professionnel en commission doive être envoyée un mois avant la tenue de celle-ci n'est pas réaliste, l'article 24 alinéa 2 prévoyant que l'organisme dispose d'un délai d'un mois pour réunir l'instance paritaire à compter de la réception des explications écrites de l'opticien. Ces délais seront prochainement révisés par avenant.

- Lorsqu'une sanction se révèle nécessaire, celle-ci doit être notifiée par la caisse régionale d'assurance maladie (*article 25 paragraphe 1 alinéa 4*). La Commission Paritaire Régionale n'émet en effet qu'un avis. La sanction est proportionnelle à la gravité des faits détectés et tient compte de l'éventuelle bonne foi du fournisseur auquel des anomalies sont imputables.
- La notification de la sanction doit être impérativement motivée et indiquer les voies de recours dont dispose le fournisseur (*recours devant la Commission Paritaire Nationale ; recours juridictionnel de droit commun*).
- Le professionnel dispose d'un délai de deux mois pour contester auprès de la Commission Paritaire Nationale le déconventionnement prononcé à son encontre. En revanche, cette instance ne peut être saisie pour se prononcer sur un avertissement.

La saisine de la Commission Paritaire Nationale est suspensive. Elle émet un avis qui est communiqué à la caisse régionale. Les organismes régionaux demeurent responsables de la décision définitive.

Les CRAM sont invitées à procéder à la mise en place de la convention dans les délais prévus par la convention et ci-dessus rappelés, ainsi qu'à faire part à la CNAMTS des éventuelles difficultés auxquelles elles seraient confrontées à cette occasion.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Bernadette MOREAU

Docteur Catherine BISMUTH