



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-97/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

08/07/2003

Domaine(s) :

Ets sanitaires et médico-sociaux

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Circulaire d'application à la convention nationale thermique

Liens :

Arrêté du 01/04/2003

Plan de classement :

25203

Emetteurs :

DRM

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☒ URCAM
☒ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux ☐ Chef de service
☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Application de la nouvelle convention nationale thermique approuvée par arrêté interministériel du 1^{er} avril 2003 (JO du 23 avril 2003). Dispositions générales, obligations conventionnelles, traitements types, prises en charge des cures thermales, procédure de contrôle.

Mots clés :

Thermalisme ; convention nationale thermique

**La Directrice
des Risques Maladie**

Bernadette MOREAU



CIRCULAIRE : 97/2003

Date : 08/07/2003

Objet : Circulaire d'application à la convention nationale thermale

Affaire suivie par : Raymonde WARTEL (DRM/DREAM/DAHMES) 01.42.79.31.91.

PREAMBULE

Les textes relatifs à la prise en charge des cures thermales par l'Assurance Maladie ont fait l'objet d'une nouvelle convention nationale conclue entre les professionnels du thermalisme et les trois Caisses Nationales de l'Assurance Maladie en mars 1997.

La proposition retenue a réformé les précédentes dispositions et redéfini de nouveaux forfaits homogènes à partir de soins dispensés dans chaque orientation thérapeutique et une harmonisation des tarifs de ces forfaits à l'appui de divers rapports ministériels.

Cette convention avait été signée pour une durée de 5 années et est arrivée à échéance, après prorogation, le 31 décembre 2002.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions au cours de ces années a permis de mettre en exergue un certain nombre de dysfonctionnements et d'établir les limites de leur application.

Les partenaires signataires se sont réunis pour étudier en commun ces résultats et les adaptations nécessaires à y apporter, d'autant que le rapport de Monsieur Deloménié publié en octobre 2000 a permis de réaliser un état des lieux de l'activité thermale dans son ensemble, tant au niveau de la gestion des établissements thermaux (planning, soins, personnels) que de la prise en charge par les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie, mais aussi de recueillir le point de vue d'autres professionnels thermaux en l'occurrence du syndicat des médecins thermaux ou des curistes par l'intermédiaire de la Fédération Française des Curistes Médicalisés.

Les partenaires signataires soucieux de préserver l'esprit de la bonne application des nouvelles dispositions conventionnelles et d'agir dans un respect mutuel, ont souhaité que soient examinés dans des groupes de travail les dysfonctionnements constatés et créateurs de contentieux :

- 1) durée et temps de soins,
- 2) service médical rendu.

Les travaux issus de ces groupes de travail conventionnels devraient permettre d'établir une base de référence des temps de soins applicables aux mêmes orientations thérapeutiques et ainsi éviter les disparités entre établissements thermaux ; la qualité des soins réalisés et l'équité entre les curistes assurés sociaux étant des valeurs intangibles.

Le dialogue entre les directions d'établissements thermaux et les médecins thermaux de la station a été vivement encouragé avec l'objectif de réduire ou mettre un terme aux éventuels conflits.

❑ TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES (Articles 1 à 5) :

Les articles de la présente convention sont régis par les articles L. 162-39 à L. 162-42 du code de la Sécurité Sociale, lesquels fixent les rapports entre les établissements thermaux et les Caisses d'Assurance Maladie.

Aux termes de la loi, la convention nationale détermine les rapports entre les établissements thermaux représentés par la CNETH (Confédération Nationale des Etablissements Thermaux laquelle regroupe depuis 2002 les trois syndicats SNET, UNET et SATF) et les trois Caisses Nationales de l'Assurance Maladie.

La nouvelle convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter du 25 avril 2003, soit un jour franc après sa publication au J.O (23 avril 2003), sauf dénonciation ou renonciation par l'une ou l'autre des parties (article 2.1).

La CNAMTS a adressé, par lettre recommandée avec AR, le texte conventionnel à chaque établissement thermal qui doit manifester son adhésion dans le délai de 15 jours.

Le défaut de réponse vaut refus d'adhésion.

La liste des établissements thermaux conventionnés sera adressée aux autres Caisses Nationales de l'Assurance Maladie (article 3.3).

Par ailleurs, les parties signataires s'engagent à définir, par avenant conventionnel, les modalités de transmission des facturations par voie électronique (article 5).

❑ **TITRE II : INSTANCE CONVENTIONNELLE (Article 6) :**

La convention nationale du thermalisme de 1997 avait créé trois instances nationales à savoir :

- ⇒ la commission plénière, organe de gestion,
- ⇒ la commission technique qui constituait l'instance de proposition à la Commission plénière,
- ⇒ La commission des conflits, organe de conciliation et de discipline.

La nouvelle convention unifie ces trois commissions dans une seule, à savoir la Commission Paritaire Nationale.

Ses attributions sont les suivantes (article 6.3) :

- ⇒ Veiller à la bonne exécution de la convention et à la prise en compte des évolutions réglementaires ou techniques relatives au thermalisme,
- ⇒ Déterminer annuellement les tarifs sur proposition des établissements thermaux,
- ⇒ Définir les grilles des soins normalisés des pratiques thermales et les traitements types des établissements,
- ⇒ Emettre un avis en cas de manquements aux obligations conventionnelles.

Les partenaires conventionnels ont souhaité harmoniser les procédures de gestion avec celles prévalant dans les conventions nationales des professions de santé.

Composition (article 6-1) :

La nouvelle Commission Paritaire Nationale tout comme les anciennes commissions plénière et technique est composée d'une section sociale, formée des représentants des Caisses Nationales de l'Assurance Maladie et d'une section professionnelle formée par les représentants désignés par la ou les organisations syndicales.

*** Membres titulaires :**

Le nombre de voix des membres titulaires a été modifié. Ainsi pour la section sociale, la CNAMTS dispose de 2 voix délibératives (au lieu de 5 antérieurement), la MSA et la CANAM d'une voix délibérative chacune (2 antérieurement). Pour la section professionnelle, les trois syndicats représentatifs des établissements thermaux (UNET, SNET et SATF) signataires de la précédente convention se sont regroupés en confédération et disposent désormais de 4 voix délibératives (antérieurement les trois organisations professionnelles thermales disposaient de trois voix chacune).

❖ ***Membres suppléants :***

Ils ne siègent avec voix délibérative qu'en l'absence du membre titulaire. Ils doivent se faire connaître à l'ouverture de la séance auprès du secrétariat de la Commission Paritaire Nationale et du Président de séance.

❖ ***Membres consultatifs :***

La nouvelle convention permet aux parties signataires, lorsqu'elles l'estiment nécessaire, de se faire assister, lors de la Commission Paritaire Nationale, de membres consultatifs à raison de trois maximum par section. Ces derniers n'ont pas de pouvoir délibératif ; Ils doivent se retirer lors des délibérations lorsque l'une des parties signataires en fait la demande auprès du Président de séance.

De plus, des représentants des organisations professionnelles des médecins thermaux peuvent être invités à assister sans pouvoir délibératif aux travaux de la Commission Paritaire Nationale.

❖ ***Fonctionnement de la commission (Article 6-4) :***

La commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres. La séance est ajournée si la moitié de ses membres ne peut assister à la commission. Dans ce cas, la séance est ajournée pour une durée maximale d'un mois.

Une décision ne peut être prise qu'à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix et si aucune proposition transactionnelle ne peut être trouvée, la décision est reportée à une séance ultérieure. Lors de la seconde présentation de la proposition si aucun consensus n'est trouvé, la demande est réputée rejetée pour l'exercice en cours.

❖ ***Secrétariat et Présidence :***

Les dispositions de l'ancienne convention concernant le secrétariat et la présidence de la commission n'ont pas été modifiées. Ainsi la présidence et la vice-présidence sont assurées alternativement par les sections sociales et professionnelles et ce pour une année.

Le secrétariat de la commission est assuré par la CNAMTS.

❑ **TITRE III – OBLIGATIONS RESULTANT DE LA CONVENTION (Articles 7 à 10) :**

Ces obligations concernent à la fois les Caisses d'Assurance Maladie et les établissements thermaux.

Les engagements respectifs de chacun portent notamment sur :

- ⇒ Le respect de la réglementation en vigueur et des dispositions de la présente convention (articles 7.1, 7.2 et 9),
- ⇒ La communication de toutes informations relatives aux traitements types et aux conditions de prise en charge des forfaits thermaux (article 7.1),
- ⇒ Le règlement, sous huitaine, des frais de cures aux établissements thermaux (article 8),
- ⇒ L'accueil des curistes pendant toute la durée d'ouverture des établissements thermaux dans la limite de leur capacité technique en fonction de leur autorisation (article 9).

❑ TITRE IV : TRAITEMENTS TYPES ET TARIFS DE RESPONSABILITE (Articles 11 à 17) :

Le titre IV reprend les dispositions fixées par la convention de 1997, mais apporte des précisions sur la composition générale des traitements, les conditions de prise en charge des soins et sur la fixation des tarifs. Le nouveau texte intègre, par ailleurs, des nouveautés telles que le forfait 3 récemment créé par arrêté ministériel du 29 juillet 2002, les suspensions d'activité prononcées après contrôles microbiologiques effectués par la DDASS.

1. LES PRINCIPES GENERAUX :

1.1. La composition des traitements :

Les établissements thermaux disposent pour chaque orientation thérapeutique agréée d'un ou plusieurs traitements qui doit être conforme aux normes établies pour l'orientation concernée. Les soins thermaux ne peuvent être pris en charge que s'ils sont inscrits à la grille des appellations normalisées. Pour chaque soin, il est indiqué le temps de soin minimum déterminé conventionnellement, la qualification du personnel soignant nécessaire, le matériel nécessaire ainsi que les orientations thérapeutiques pour lesquelles le soin peut être délivré (*article 12 et annexe III*).

Selon l'orientation, un certain nombre de soins doit être délivré.

Pour l'orientation principale (article 12-1-1) :

- Voies respiratoires : **108 séances de soins** devront être délivrées.
 - Rhumatologie (RH),
 - - Neurologie (NEU),
 - - Affections urinaires (AU),
 - Affections digestives (AD),
 - Maladies cardio-artérielles (MCA),
 - Phlébologie (PHL),
 - Gynécologie (GYN),
 - Dermatologie (DER).
 - Affection des muqueuses bucco-linguales (AMB),
 - Troubles du développement chez l'enfant (TDE),
 - Affections psychosomatiques (PSY).
- 72 séances de soins
devront être dispensées
- 54 séances de soins
devront être réalisées

Pour l'orientation secondaire (article 12-1-2) :

- 54 séances de soins pour les voies respiratoires,
- 36 séances de soins pour les autres orientations.

Le médecin thermal qui assure la surveillance médicale de la cure prescrit parmi la gamme des soins proposée dans le traitement type de l'établissement, les soins à dispenser au curiste pour l'orientation thérapeutique qui a motivé la cure dite principale et éventuellement le traitement à suivre dans une autre orientation dite secondaire. Les soins quotidiens peuvent être différents dans leur nature et dans leur nombre au cours de la cure. Toutefois, la totalité des soins prévue dans l'orientation considérée devra être effectuée sauf contre-indication médicale ou suspension d'activité de l'établissement.

Selon les orientations, il peut exister trois types de forfaits. Ces forfaits sont composés de séances d'hydrothérapie (qui varient selon l'orientation) et parfois de séances de kinésithérapie (elles doivent obligatoirement être exécutées dans les conditions prévues par le code de la santé publique (*article 13 de la convention*)).

Ces forfaits prennent également en compte les matériels, équipements, consommables, linges, plateau technique (y compris le volume d'eau nécessaire à la réalisation des soins) et le personnel nécessaire et suffisant à la réalisation d'une cure de qualité.

1.2 Les différents forfaits et leur composition :

Le forfait 1 se compose uniquement de séances d'hydrothérapie (variables selon l'orientation thérapeutique) sans kinésithérapie,

Le forfait 2 comporte un certain nombre de séances d'hydrothérapie + 18 séances de kinésithérapie,

Le forfait 3, nouvellement intégré dans le texte comporte également des séances d'hydrothérapie mais seulement 9 séances de kinésithérapie.

Ainsi, selon les orientations, le contenu des forfaits se présente comme suit :

Orientations thérapeutiques	Forfait 1 (pas de séances de kiné)	Forfait 2 (séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné)	Forfait 3 (Séances d'hydrothérapie+ 9 séances de kiné)
Voies respiratoires	108 séances d'hydrothérapie	90 séances d'hydro + 18 séances de kiné	99 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Rhumatologie	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydro+ 18 séances de kiné	63 séances d'hydrothérapie+ 9 kiné
Neurologie	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie+ 18 séances de kiné	63 séances d'hydro + 9 kiné
Affections urinaires	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	63 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Affections digestives	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	63 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Maladies cardio-artérielles	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	63 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Phlébologie	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	63 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Gynécologie	72 séances d'hydrothérapie	Néant	Néant
Dermatologie	72 séances d'hydrothérapie	54 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	63 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Affections des muqueuses bucco – linguales	54 séances d'hydrothérapie	Néant	Néant
Troubles du développement chez l'enfant,	54 séances d'hydrothérapie	36 séances d'hydrothérapie + 18 séances de kiné	45 séances d'hydro+ 9 séances de kiné
Affections psychosomatiques	54 séances d'hydrothérapie	36 séances d'hydrothérapie+ 18 séances de kiné	45 séances d'hydro+ 9 kiné

Tous les soins thermaux y compris les pratiques médicales complémentaires sont décomptés dans le nombre de séances de soins sauf la cure de boisson lorsqu'elle est prise à la buvette de l'établissement. Toutefois, pour deux orientations thérapeutiques (affections urinaires et digestives), la cure de boisson à domicile est considérée comme un soin (article 12).

♦ ***Le cas particulier des cures incomplètes pour raisons médicales :***

Exemple : Un curiste doit effectuer sa cure en rhumatologie. Il doit donc effectuer 72 séances d'hydrothérapie et éventuellement de la kinésithérapie.

⇒ **le forfait 1** est applicable lorsque la prescription prévoit un nombre inférieur à la totalité des séances d'hydrothérapie prévues dans l'orientation (contre-indication médicale) et aucune séance de kiné,

⇒ **Le forfait 2** est applicable dans deux cas de figure, à savoir :

- pour des raisons médicales, le médecin prescrit moins de la totalité des séances d'hydrothérapie prévues (72 dans l'exemple) mais prescrit 18 séances de kiné ;
- pour des raisons médicales, le médecin prescrit la totalité des séances d'hydrothérapie prévues (72 dans l'exemple), mais par la totalité des 18 séances de kiné (soins de kiné réalisés <18 mais> 9).

⇒ **Le forfait 3** est applicable également dans deux cas de figure, à savoir :

- pour des raisons médicales, le médecin prescrit moins de la totalité des séances d'hydrothérapie prévues (72 dans l'exemple) mais prescrit 9 séances de kiné ;
- pour des raisons médicales, le médecin prescrit la totalité des séances d'hydrothérapie prévues, mais pas la totalité du forfait de kiné pour des raisons médicales (soins de kiné réalisés < à 9).

Tableau récapitulatif :

La prescription stipule	Forfait applicable
- contre-indication médicale au nombre total des séances d'hydrothérapie et aucune séance de kiné	Forfait 1
- contre-indication médicale au nombre total des séances d'hydrothérapie mais 18 séances de kiné prescrites	Forfait 2 + forfait de kiné
- séances d'hydrothérapie complètes mais contre-indication médicale au nombre total des séances de kinésithérapie (entre 10 et 18 séances prescrites)	Forfait 2 + forfait de kiné
- contre-indication médicale au nombre total des séances d'hydrothérapie mais 9 séances de kiné prescrites	Forfait 3 + forfait de kiné
- séances d'hydrothérapie complètes mais contre-indication médicale au nombre total des séances de kinésithérapie (moins de 9 séances prescrites)	Forfait 3 + forfait de kiné

1.3. Les soins et les prestations complémentaires (article 11.2) :

Le nouveau texte intègre une partie sur les soins et prestations complémentaires en explicitant leurs conditions de facturation.

Les soins complémentaires :

Le médecin thermal peut prescrire au curiste des soins en plus de ceux réalisés dans le cadre du forfait. Ils peuvent être prévus dans la grille nationale des soins thermaux fixée conventionnellement ou être médicalement utiles en complément des pratiques thermales (psychologue, diététicienne...).

Si ces soins sont inscrits à la grille nationale des soins thermaux, ces soins ne pourront être prescrits à titre complémentaire que si l'établissement les propose déjà dans la liste de ses traitements types. En revanche, si ces soins ne sont pas inscrits à la grille nationale, ils pourront être proposés en complément du traitement thermal.

Les prestations de confort :

L'établissement thermal peut proposer des prestations dites de confort. Toutefois, il devra respecter la conformité des plateaux techniques, les moyens et personnels dédiés à ces prestations. Ces prestations pour être commercialisées devront être délivrées dans une zone distincte de l'établissement ou dans un établissement distinct.

L'établissement thermal doit être en mesure de proposer une organisation des soins et un plateau technique suffisants pour accueillir les curistes afin de ne pas conduire à admettre directement ces derniers dans l'espace dédié à ces prestations de confort. Si l'établissement a atteint sa fréquentation maximale et qu'il ne peut par conséquent accueillir les curistes, il pourra les diriger dans les zones réservées aux prestations de confort mais ne pourra en aucun cas lui facturer de supplément.

Les soins complémentaires et les prestations de confort sont tarifés librement et ne peuvent donner lieu à prise en charge par l'Assurance Maladie. L'établissement thermal devra par conséquent informer le curiste de ces conditions avant qu'il ne donne son accord explicite.

1.4. *La durée des soins (article 11.3) :*

La durée de soin correspond au temps effectif pendant lequel est délivré le soin. Ainsi, le temps nécessaire aux opérations de préparation et de remise en condition des locaux, de remplissage et de vidange, de déshabillage et d'habillage du curiste, d'arrivée et de sortie des personnels et du curiste, n'est pas compris dans la durée de soin.

Une annexe à la convention détermine pour chaque famille de soins et pour chaque pratique générique, le temps de soin conventionnel minimum devant être respecté dans le cadre de la prise en charge du forfait par l'Assurance Maladie.

Lors des négociations de ce nouveau texte, les partenaires conventionnels se sont entendus sur le fait qu'il convenait d'actualiser, selon les orientations thérapeutiques, les grilles de traitements conventionnels, de mieux définir les soins et traitements, les composants et de revoir éventuellement certaines durées de soin.

Par conséquent, un groupe de travail composé de représentants des établissements thermaux, des organismes d'Assurance Maladie et des médecins thermaux sera chargé de réfléchir sur ces items et devra présenter, au plus tard pour le 30 juin 2003, à la Commission Paritaire Nationale ses conclusions.

Ces conclusions permettront ainsi de modifier l'annexe précitée et de publier un Guide de bonnes pratiques thermales.

Possibilité de doublement d'un soin : condition dérogatoire

Pour l'exercice 2003, et dans l'attente de la publication d'un avenant prenant en compte les conclusions du groupe de travail, les partenaires conventionnels ont convenu qu'à titre exceptionnel (état de santé le nécessitant, profil pathologique particulier) le médecin pourra décider de doubler la durée d'un soin. Dans ce cas, il le mentionnera explicitement sur sa prescription.

Cette dérogation ne s'applique pas aux établissements pratiquant une durée de soins égale au temps de soin conventionnel minimum.

Lorsque le médecin prescrit le doublement d'un soin (durée égale à deux fois le temps de soin minimum conventionnel) pour un curiste présentant un profil pathologique particulier, il conviendra alors de décompter deux séances de soins.

Les soins de boue et actes de kinésithérapie ne sont pas concernés par ce dispositif transitoire. Par conséquent, ils continuent comme sous le précédent régime conventionnel à bénéficier de la possibilité de doublement du temps de soin.

1.5. Les obligations de l'établissement en matière de délivrance des soins :

L'établissement thermal doit être en mesure d'assurer pour chaque curiste et dans chaque orientation thérapeutique un traitement répondant aux règles de composition des forfaits. De plus, il doit pouvoir délivrer en permanence le volume d'eau suffisant pour assurer les soins prescrits à chaque curiste. Le plateau technique doit être proportionné à la capacité d'accueil de l'établissement. L'établissement ne peut limiter l'accès au plateau technique sauf s'il a atteint la fréquentation maximale résultant du nombre et de la taille de ses équipements (*article 12 de la convention*).

L'établissement thermal est tenu au respect de la réglementation en matière sanitaire et de sécurité. Les contrôles effectués par les autorités, ou réalisés par l'établissement lui-même peuvent entraîner la fermeture de la totalité de l'établissement ou de certaines zones seulement. Dans ce cas, les modalités pratiques en matière d'information, prises en charge et facturation sont définies par l'article 17 de la convention nationale.

Ces dispositions actualisent les termes de la lettre générale n° 2001-44 du 28 août 2001.

1.6. Les modifications des traitements types de l'établissement (article 14) :

Le nouveau texte demande désormais aux sociétés médicales des stations thermales de se prononcer sur les demandes de modifications des traitements (ajouts ou suppressions) des établissements. Ainsi, les établissements ne pourront obtenir de modifications qu'après avis favorables des médecins thermaux et accord de la Commission Paritaire Nationale.

Toutefois, les anciennes dispositions restent inchangées quant à l'entrée en vigueur de ces demandes de modifications : elles ne peuvent avoir lieu en cours de saison, sauf cas de force majeure.

2. LA PRISE EN CHARGE DES CURES PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Le remboursement ne peut intervenir que si la durée de la cure a été respectée, à savoir 18 jours (article 12-2) et si le nombre de séances de soins fixé pour chaque orientation thérapeutique considérée est délivré sauf contre-indication médicale justifiée ou suspension d'activité suite à un contrôle microbiologique.

2.1. La prise en charge :

Afin de pouvoir bénéficier de la dispense d'avance des frais, le curiste devra, avant de débuter ses soins, remettre à l'établissement thermal le document justifiant de la prise en charge administrative délivrée par sa caisse d'affiliation ainsi que l'ordonnance établie par le médecin thermal. A défaut le curiste conservera à sa charge la totalité du coût de sa cure.

2.2. Les conditions de remboursement :

Le traitement est pris en charge sous forme d'un forfait excluant tout autre supplément en dehors des honoraires médicaux. Par conséquent, les pratiques qui ne sont pas comprises dans le forfait et qui sont effectuées en plus de celui-ci (soins complémentaires et prestations de confort) sont en totalité à la charge de l'assuré. De plus, certains accessoires à usage personnel peuvent être vendus au curiste, à savoir les verres de boisson et les embouts ORL.

Le nouveau texte précise que l'établissement thermal ne peut demander d'acomptes aux assurés sociaux sur la part du forfait thermal prise en charge par l'Assurance Maladie (article 11.2).

Les soins réalisés le dimanche et les jours fériés ne peuvent donner lieu à majoration de tarif (article 12.2).

Il convient de rappeler que le forfait de facturation est fixé en fonction de la prescription médicale initiale ou de la prescription médicale modificative établie en cours de cure qui doit être claire et explicite.

Lorsqu'un curiste ne peut effectuer la totalité des soins pour raisons médicales, la prescription médicale devra indiquer en clair le type de contre-indication médicale, à savoir si c'est une contre-indication aux soins d'hydrothérapie ou aux séances de kinésithérapie ; **le sigle CIP (Contre-indication plafond) étant insuffisant pour justifier la non réalisation du soin. Ainsi, les factures ne comportant que le sigle CIP seront systématiquement renvoyées aux établissements afin qu'ils précisent le type de contre-indication.**

Pour recevoir le remboursement des caisses d'assurance maladie, l'établissement thermal devra attester dans les rubriques de la prise en charge réservée à cet effet que le traitement prescrit et le nombre de soins prévus ont été délivrés. Les imprimés réglementaires de facturation devront par conséquent comporter le détail des soins exécutés et se voir joindre la prescription.

Une cure incomplète pour raisons médicales dûment attestées est prise en charge **intégralement**. En revanche une **cure interrompue pour raisons médicales** attestées par le médecin thermal, **en cas de force majeure** dûment établie ou **en cas de suspension d'activité** est prise en charge au **prorata temporis**. Il convient de rappeler que lorsqu'une suspension d'activité intervient au cours de la troisième semaine de cure et que l'établissement ne peut doubler les soins, la cure pourra être poursuivie jusqu'à son terme, le règlement s'effectuera alors à proportion des séances réalisées.

Une cure incomplète ou interrompue pour toutes autres raisons ne pourra donner lieu à remboursement.

3. LA FIXATION DES TARIFS (ARTICLE 16, 16.1, 16.2, 16.3, 16.4) :

La procédure de fixation des tarifs reste inchangée par rapport aux dispositions de l'ancienne convention.

Les tarifs des forfaits de soins des établissements thermaux sont déterminés en annexe II de la convention.

Il convient de rappeler que les modifications de tarifs ne s'appliquent qu'à la date d'effet de l'arrêté interministériel (1 jour franc à compter de la date de publication au J.O) et ne sont par conséquent pas rétroactifs. Lorsque de nouveaux tarifs interviennent au cours d'une cure, le tarif en vigueur au début de la cure demeure valable pendant toute la durée de celle-ci.

❑ TITRE V – PROCEDURE DE CONTRÔLE, MESURE DE DECONVENTIONNEMENT RETRAIT (Articles 18 et 19) :

En cas de manquements aux obligations conventionnelles, la Commission Paritaire Nationale (CPN) peut être saisie par l'une ou l'autre des Parties Signataires (article 19.1).

La CPN doit se réunir dans un délai maximum de deux mois après la saisine et peut entendre, à cette occasion, le représentant de l'établissement thermal en cause.

L'avis préalable de la CPN est obligatoire avant toute prise de décision par la CNAMTS (article 19.2).

La graduation des sanctions est la suivante :

- ⇒ Avertissement,
- ⇒ Suspension à la dispense d'avance des frais avec ou sans sursis,
- ⇒ Déconventionnement temporaire avec ou sans sursis.

Indépendamment des mesures précitées, une récupération d'indus peut être engagée à l'encontre de l'établissement thermal (article 19.3).

Les mesures de déconventionnement sont notifiées par la CNAMTS après consultation des autres Caisses Nationales.

Ces décisions sont susceptibles d'appel auprès du Tribunal Administratif (article 19.4).