

Table des matières

Table des matières	1
Partie 1 : Cadre et portée de la convention nationale.....	14
Article 1. Objet de la convention	14
Article 2. Parties signataires à la convention.....	14
Article 3. Caractère unique et national de la convention.....	14
Article 4. Durée de la convention	14
Article 5. Résiliation de la convention	15
Article 6. Champ d'application de la convention.....	15
<i>Article 6-1 Les conditions d'adhésion des médecins à la convention</i>	<i>15</i>
<i>Article 6-2 : Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles.....</i>	<i>16</i>
Article 7. Les engagements conventionnels	16
<i>Article 7-1 : Engagements conventionnels du médecin.....</i>	<i>16</i>
<i>Article 7-2 : Engagements conventionnels de l'Assurance maladie</i>	<i>17</i>
Article 8. Adhésion du médecin à la convention nationale.....	17
<i>Article 8-1 : Les modalités d'adhésion</i>	<i>17</i>
<i>Article 8-2 : Les modalités de résiliation.....</i>	<i>17</i>
Partie 2 : L'exercice conventionnel.....	19
Titre 1 : Les conditions d'exercice conventionnel	19
Article 9. Les démarches du médecin auprès de sa caisse	19
<i>Article 9-1 : Dans le cadre d'une installation en libéral.....</i>	<i>19</i>
<i>Article 9-2 : Dans le cadre d'une modification des conditions d'exercice.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 9-3 : Dans le cadre d'une cessation d'activité.....</i>	<i>20</i>
Article 10. Les modalités d'exercice en libéral.....	20
<i>Article 10-1 : L'exercice libéral au sein des sociétés d'exercice</i>	<i>20</i>
<i>Article 10-2 : Les collaborateurs libéraux</i>	<i>20</i>
<i>Article 10-3 : Les collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés.....</i>	<i>21</i>
<i>Article 10-4 : Les remplaçants</i>	<i>21</i>
<i>Article 10-5 : Les adjoints et assistants des médecins libéraux conventionnés.....</i>	<i>22</i>
<i>Article 10-6 : Les médecins assurant une tenue de cabinet.....</i>	<i>22</i>
<i>Article 10-7 : Les activités libérales en établissement relevant du champ d'application de la convention</i>	<i>22</i>
Titre 2 : Les secteurs conventionnels	23
Article 11. Le secteur à honoraires opposables (secteur 1).....	23

Article 11-1 : Le respect des tarifs opposables	23
Article 11-2 : Les dépassements exceptionnels	24
Article 12. Le secteur à honoraires différents (secteur 2)	25
Article 12-1 : La pratique de tarifs libres dans les limites modérées	25
Article 12-2 : Les conditions d'accès au secteur 2	25
Article 13. La procédure de l'accès direct au secteur 2	25
Article 13-1 : Critères d'éligibilité	25
Article 13-2 : Les démarches du médecin	26
Article 14. La procédure de l'équivalence des titres pour l'accès au secteur 2.....	26
Article 14-1 : Critères d'éligibilité	26
Article 14-2 : Les démarches du médecin	27
Article 15. Dispositions communes.....	27
Article 15-1 : Dispositions communes.....	27
Article 15-2 : Dispositions dérogatoires en cas de changement de spécialité.....	27
Article 15-3 : Dispositions dérogatoires à une 1ère installation en libéral.....	28
Article 16. Le secteur du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP)	28
Partie 3 : Les dispositifs visant à garantir l'accès à un médecin traitant.....	29
Article 17. Le parcours de soins coordonné.....	29
Article 18. Le médecin traitant	29
Article 18-1 : Les missions du médecin traitant.....	29
Article 18-2 : Les modalités de choix du médecin traitant	30
Article 18-3 : Les médecins assimilés au médecin traitant	30
Article 19. Le médecin correspondant.....	31
Article 19-1 : Les missions du médecin correspondant.....	31
Article 19-2 : Les modalités d'intervention du médecin correspondant.....	31
Article 20. L'accès spécifique	32
Article 20-1 : Champ de l'accès spécifique.....	32
Article 20-2 : Les conditions de l'accès spécifique	32
Partie 4 : Rémunérations forfaitaires	34
Titre 1 : Le forfait médecin traitant	34
Article 21. Le forfait médecin traitant socle	34
Article 21-1 : Principe général	34
Article 21-2 : Critères d'éligibilité	35
Article 21-3 : Entrée en vigueur du dispositif.....	36
Article 22. Majoration pour le patient en situation de précarité	36

Article 22-1 : Majoration pour les patients bénéficiaires de la C2S.....	36
Article 22-2 : majoration pour les patients en situation de handicap.....	37
Article 23. Majorations prévention.....	37
Article 23-1 : Indicateurs de prévention	37
Article 23-2 : Modalité de calcul des indicateurs.....	37
Article 23-3 : Suivi et affichage des indicateurs.....	38
Article 23-4 : Liste des indicateurs.....	38
Article 23-5 : Majorations de prévention.....	41
Article 23-6 : Modalités de calcul de la rémunération	41
Article 23-7 : Modalités de suivi et révision du dispositif	42
Article 23-8 : Entrée en vigueur du dispositif.....	42
Article 24. Majorations propres à l'exercice du médecin (zone d'exercice et âge).....	42
Article 24-1 : Majoration pour les médecins généralistes exerçant en zone dite sous dense (ZIP)	42
Article 24-2 : Majoration pour les primo-installés en zone dite sous dense (ZIP).....	43
Article 24-3 : Majoration pour les médecins âgés de 67 ans ou plus	43
Titre 2 : Valorisation spécifiques	43
Article 25. Dispositifs visant à garantir l'accès territorial aux soins.....	43
Article 26. Dispositifs de valorisation des médecins s'installant en libéral dans une zone sous dense	43
Article 26-1 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'intervention prioritaire (ZIP). 43	
Article 26-2 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'action complémentaire (ZAC)44	
Article 26-3 : Dispositif d'aide à la création d'un cabinet secondaire au sein d'une zone sous- dense	44
Article 26-4 : Les consultations avancées.....	45
Article 27. Impacts de la convention sur les contrats démographiques de la convention médicale de 2016	45
Article 27-1 : Dispositions générales	45
Article 27-2 : Dispositif de maintien des contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016.....	46
Titre 3 : La dotation numérique (DONUM) et le volet de synthèse médicale (VSM).....	46
Article 28. La dotation numérique (DONUM).....	46
Article 28-1 : Indicateurs.....	46
Article 28-2 : Entrée en vigueur du dispositif.....	47
Article 29. Le volet de synthèse médicale (VSM).....	48
Titre 4 : Les missions spécifiques des médecins.....	48

Article 30.	Les différentes missions spécifiques	49
	<i>Article 30-1 : Valoriser la participation au Service d'Accès aux Soins (SAS)</i>	<i>49</i>
	<i>Article 30-2 : Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine</i>	<i>49</i>
	<i>Article 30-3 : Valoriser la prise en charge de patients bénéficiaires de l'AME</i>	<i>49</i>
	<i>Article 30-4 : Valoriser le travail en coopération avec une IPA libérale</i>	<i>50</i>
Titre 5 : Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients.....		50
Article 31.	Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques	50
	<i>Article 31-1 : Programme d'accompagnement sophia.....</i>	<i>50</i>
	<i>Article 31-2 : Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)</i>	<i>50</i>
Article 32.	Renoncement aux rémunérations forfaitaires	51
Partie 5 : Accès aux soins		52
Titre 1 : Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical.....		52
Article 33.	Les assistants médicaux.....	52
Article 34.	Critères d'éligibilité à l'aide conventionnelle	52
	<i>Article 34-1 : Spécialités</i>	<i>52</i>
	<i>Article 34-2 : Pratique tarifaire.....</i>	<i>52</i>
	<i>Article 34-3 : Activité minimale</i>	<i>52</i>
	<i>Article 34-4 : Définition des cas particuliers</i>	<i>53</i>
Article 35.	Contractualisation	53
Article 36.	Détermination de l'aide conventionnelle.....	54
	<i>Article 36-1 : Revalorisation du montant de l'aide pour les contrats d'aide conventionnelle signés avant la présente convention</i>	<i>55</i>
	<i>Article 36-2 : Objectifs à atteindre en contrepartie de l'aide conventionnelle.....</i>	<i>56</i>
	<i>Article 36-3 : Cas particuliers.....</i>	<i>57</i>
	<i>Article 36-4 : Caractère non substitutif du poste d'assistant médical.....</i>	<i>59</i>
	<i>Article 36-5 : Appréciation de l'atteinte des objectifs</i>	<i>59</i>
	<i>Article 36-6 : Modalités de versement de l'aide conventionnelle.....</i>	<i>60</i>
	<i>Article 36-7 : Les cas particuliers</i>	<i>60</i>
Article 37.	Vie du contrat	60
	<i>Article 37-1 : Délai de carence.....</i>	<i>60</i>
	<i>Article 37-2 : Résiliation des contrats.....</i>	<i>60</i>
	<i>Article 37-3 : Demandes de changement d'option en cours de contrat.....</i>	<i>60</i>
	<i>Article 37-4 : Poursuite des contrats arrivant à leur terme</i>	<i>61</i>

Article 37-5 : Durée des contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.....	61
Article 38. Formation des assistants médicaux	61
Article 39. Améliorer le recours à l'assistant médical.....	62
Titre 2 : Le dispositif Asalée.....	62
Article 40. Le recours aux infirmières Asalée.....	62
Titre 3 : La réduction des restes à charge	62
Article 41. Options pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO)	62
Article 41-1 : Les médecins éligibles aux options.....	62
Article 41-2 : Modalités particulières d'adhésion à l'OPTAM-ACO.....	63
Article 41-3 : Les engagements des options pratiques tarifaires maîtrisées.....	63
Article 41-4 : Engagement de l'Assurance maladie.....	67
Article 41-5 : Avenant aux options en cas de modification des tarifs de remboursement des actes pendant la durée de l'option.....	68
Article 41-6 : Modalités d'adhésion et durée de l'option pratique tarifaire.....	69
Article 41-7 : Modalités de suivi des engagements de l'option.....	69
Article 41-8 : Modalités de résiliation de l'option	69
Article 41-9 : Impact de la nouvelle convention sur les anciennes options pratiques tarifaires maîtrisées prévues par la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et prorogée par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2024	71
Article 41-10 : Modalités de mise en œuvre des options OPTAM et OPTAM-ACO.....	71
Article 41-11 : Travaux prospectifs.....	71
Article 42. Le tiers-payant.....	71
Article 42-1 : Le tiers-payant légal pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire	71
Article 42-2 : Le tiers-payant légal sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire	71
Article 42-3 : Le tiers-payant dans le cadre des dispositifs dérogatoires de crise sanitaire	72
Article 42-4 : Le tiers-payant pour certains actes particulièrement coûteux	72
Article 42-5 : Le tiers-payant dans le cadre de la permanence des soins.....	73
Article 42-6 : Le tiers-payant pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens.....	73
Article 42-7 : L'accessibilité au dispositif de la complémentaire santé solidaire.....	73
Titre 3 : L'accès aux soins bucco-dentaires	74
Article 43. Médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire.....	74
Article 43-1 : Spécialités concernées	74
Article 43-2 : Condition d'accès spécifique.....	74

Article 43-3 : Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale	74
Article 44. Honoraires pratiqués.....	75
Article 44-1 : Principe.....	75
Article 44-2 : Dépassement d'honoraires et honoraires limites de facturation	75
Article 44-3 : Devis obligatoire	75
Article 44-4 : Tarifs des actes techniques	76
Article 44-5 : Prise en charge de nouveaux actes	76
Article 45. Génération sans carie.....	77
Article 45-1 : Principe.....	77
Article 45-2 : L'examen bucco-dentaire (EBD).....	77
Article 45-3 : Contenu de l'examen bucco-dentaire (EBD)	78
Article 45-4 : Soins complémentaires à l'examen bucco-dentaire (EBD).....	78
Article 45-5 : Tarifs d'honoraires	78
Article 45-6 : Modalités pratiques	79
Article 45-7 : Soins conservateurs.....	80
Article 45-8 : Suivi médico-économique	80
Article 45-9 : Engagements du médecin.....	80
Article 46. Dispositif de prévention pour les femmes enceintes.....	81
Article 46-1 : Bénéficiaires.....	81
Article 46-2 : Contenu de l'examen bucco-dentaire	81
Article 46-3 : Tarifs d'honoraires	82
Article 46-4 : Mise en œuvre.....	82
Article 47. Dispositif 100% santé dentaire.....	82
Article 47-1 : Contenu des paniers du 100% santé dentaire.....	82
Article 47-2 : Panier « reste à charge zéro » (RAC 0).....	83
Article 47-3 : Panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)	83
Article 47-4 : Panier à tarif libre	83
Article 47-5 : Évolution des honoraires limites de facturation	83
Article 47-6 : Aligement des montants maximums C2S.....	84
Article 48. Autres dispositions	84
Article 48-1 : Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient.....	84
Article 48-2 : Prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée.....	85
Titre 4 : Les dispositifs visant à garantir l'accès aux soins non programmés	85
Article 49. La prise en charge des soins non programmés en dehors des horaires de PDSA.	86

Article 49-1 : L'accès aux soins non programmés régulé par le service d'accès aux soins (SAS)	86
Article 49-2 : La prise en charge des soins non programmés dans le cadre du SAS	86
Article 49-3 : La participation à la régulation libérale du SAS	87
Article 49-4 : L'accès aux soins non programmés en dehors de la régulation du SAS	87
Article 50. La prise en charge des soins non programmés en période de permanence des soins ambulatoire	88
Article 50-1 : Les soins non programmés et régulés en période de PDSA	88
Article 50-2 : Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation	90
Article 50-3 : Les consultations à domicile en période de permanence des soins ambulatoire (PDSA)	91
Article 51. La permanence des soins en établissement de santé privé	91
Article 52. Des actions de contrôles concertées	91
Titre 5 : Les équipes de soins spécialisés (ESS)	91
Article 53. Missions socles	92
Article 54. Rapport annuel d'activité des actions de l'ESS	92
Article 55. Critères conditionnels à la création	92
Article 56. Financement d'une ESS	93
Article 57. Gouvernance d'une ESS	93
Article 58. Démarches de création d'une ESS	93
Titre 6 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins	93
Article 59. Observatoire conventionnel de l'accès aux soins	93
Article 59-1 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins	93
Article 59-2 : Organisation de l'observatoire de l'accès aux soins	100
Partie 6 : Pertinence et qualité des soins	101
Titre 1 : Les 15 programmes d'actions partagés	101
Article 60. Principe	101
Article 60-1 : Engagements de l'Assurance maladie	102
Article 60-2 : Les engagements collectifs des médecins libéraux	103
Article 61. Les 15 programmes de pertinence	103
Article 61-1 : Pertinence et qualité de la prescription des arrêts de travail	106
Article 61-2 : Lutte contre l'antibiorésistance	108
Article 61-3 : Réduction de la polymédication	110
Article 61-4 : Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques relatives (ITR)	111
Article 61-5 : Développement des biosimilaires	112
Article 61-6 : Sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2	113

<i>Article 61-7 : Renforcer la pertinence et dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien.....</i>	<i>114</i>
<i>Article 61-7-1 Compléments Nutritionnels Oraux (CNO).....</i>	<i>114</i>
<i>Article 61-7-2. Dispositifs d'autosurveillance de la glycémie</i>	<i>115</i>
<i>Article 61-7-3. Pansements pour plaies non compliquées.....</i>	<i>116</i>
<i>Article 61-8 : Pertinence des traitements pour apnée du sommeil</i>	<i>116</i>
<i>Article 61-9 : Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).....</i>	<i>117</i>
<i>Article 61-10 : Diminution des actes d'imagerie redondants</i>	<i>118</i>
<i>Article 61-11 : Qualité des prescriptions des actes infirmiers.....</i>	<i>119</i>
<i>Article 61-12 : Pertinence et qualité de la prescription de transport</i>	<i>120</i>
<i>Article 61-13 : Diminution des examens biologiques inutiles</i>	<i>121</i>
<i>Article 61-14 : Juste recours à l'ordonnance bizonne</i>	<i>122</i>
<i>Article 61-15 : Dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers</i>	<i>123</i>
Titre 2 : 4 dispositifs d'intéressements	124
Article 62. Intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires	125
Article 63. Intéressement à la dé-prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) 125	
Article 64. Intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire	126
Article 65. Valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque 126	
Titre 3 : Sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments	127
Article 66. Principe du dispositif sobriété.....	127
Article 67. Champ du ratio de sobriété.....	127
Article 68. Méthodologie de calcul du ratio de sobriété annuel	128
Article 69. Rémunération des médecins généralistes et modalités de mise en œuvre du ratio de sobriété 128	
Titre 4 : Formation professionnelle et groupes d'amélioration des pratiques	129
Article 70. Développement professionnel continu (DPC).....	129
Article 71. La mise en place de Groupes d'Amélioration des Pratiques (GAP).....	129
Titre 5 : La mise en place d'un observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité.....	129
Article 72. Modalités de la mise en place de l'observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité	129
Article 73. Conséquences en cas de non atteinte des objectifs	130
Partie 7 : La valorisation de l'activité du médecin	130
Titre 1 : La valorisation de l'activité clinique	130

Article 74.	La consultation de référence.....	131
Article 75.	Les consultations coordonnées.....	132
Article 76.	Les consultations de l'enfant.....	133
Article 77.	Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique complexe [Consultations complexes].....	134
Article 78.	Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique très complexe [Consultations très complexes].....	135
	<i>Article 78-1 : La consultation longue du médecin traitant.....</i>	<i>135</i>
	<i>Article 78-2 : Valorisation de consultations très complexes d'autres spécialités médicales...</i>	<i>136</i>
Article 79.	Les consultations d'expertise de second recours.....	136
	<i>Article 79-1: L'avis ponctuel de consultant (APC).....</i>	<i>136</i>
	<i>Article 79-2 : La consultation de recours au pédiatre (CEP).....</i>	<i>137</i>
Article 80.	Soutenir l'exercice à domicile : valorisation des visites.....	137
	<i>Article 80-1 : Les visites réalisées dans les zones de Montagne.....</i>	<i>137</i>
	<i>Article 80-2 : Les visites réalisées dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) ..</i>	<i>137</i>
	<i>Article 80-3 : Les visites réalisées dans la Collectivité territoriale de Corse.....</i>	<i>137</i>
Article 81.	La surveillance médicale des patients en établissements.....	138
Article 82.	Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation	138
Article 83.	Valorisation du temps clinique associé à certains actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).....	139
Titre 2 : La valorisation de l'activité technique.....		139
Article 84.	Révision, rénovation de la CCAM.....	140
Article 85.	Valorisation des actes techniques.....	141
	<i>Article 85-1 : Revalorisation de tarifs des actes techniques dans le contexte d'inflation et de révision de la CCAM.....</i>	<i>141</i>
	<i>Article 85-2 : Revalorisation des tarifs pour les médecins adhérant à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO.....</i>	<i>141</i>
	<i>Article 85-2 : Réajustement des tarifs des actes de radiothérapie.....</i>	<i>142</i>
	<i>Article 85-3 : Valorisation des tarifs pour les tests compagnons.....</i>	<i>142</i>
	<i>Article 85-4 : Valorisation des actes CCAM réalisés dans les DROM.....</i>	<i>142</i>
Article 86.	Article 86 : Maintenance de la CCAM.....	142
Titre 3 : Le recours à la télémedecine.....		142
Article 87.	La téléconsultation.....	142
	<i>Article 87-1 : Champ d'application de la téléconsultation.....</i>	<i>142</i>
	<i>Article 87-2 : Patients concernés.....</i>	<i>143</i>

Article 87-3 : Principes conditionnant la prise en charge de la téléconsultation.....	143
Article 87-4 : Les exceptions au parcours de soins	143
Article 87-5 : Exception au principe d’alternance.....	144
Article 87-6 : Exception au principe de territorialité.....	144
Article 87-7 : L’encadrement de la pratique médicale en téléconsultation.....	144
Article 88. Les modalités de réalisation de l’acte de téléconsultation	145
Article 88-1 : Conditions de réalisation.....	145
Article 88-2 : Compte-rendu de la téléconsultation.....	145
Article 88-3 : Modalités de facturation de l’acte de téléconsultation	145
Article 89. La téléexpertise	146
Article 89-1 : Champ d’application de la téléexpertise.....	146
Article 89-2 : Patients concernés	146
Article 89-3 : Conditions de réalisation.....	146
Article 89-4 : Compte-rendu de la téléexpertise.....	147
Article 90. Rémunération de l’acte de téléexpertise	147
Article 90-1 : Rémunération du médecin requis	147
Article 90-2 : Rémunération du médecin requérant.....	147
Article 91. Les modalités de facturation de l’acte de téléexpertise	147
Article 91-1 : Les modalités de facturation de l’acte de téléexpertise.....	147
Article 91-2 : Conditions de facturation.....	148
Article 91-3 : Suivi et contrôle des actes de télémédecine.....	148
Partie 8 : Dispositif collectif de rémunération forfaitaire	149
Article 92. Dispositif collectif de rémunération forfaitaire.....	149
Article 92-1 : Principe du paiement collectif forfaitaire.....	149
Article 92-2 : Critères d’éligibilité	149
Article 93. Le périmètre du paiement collectif forfaitaire.....	149
Article 93-1 : Les actes.....	149
Article 93-2 : Les patients concernés par le paiement collectif forfaitaire	149
Article 93-3 : Les principes pour le calcul de la rémunération des structures	150
Article 93-4 : Mise en œuvre du dispositif.....	150
Partie 9 : Les pratiques éco-responsables et durables.....	151
Partie 10 : Dispositions sociales	152
Titre 1 : La participation au financement des cotisations sociales des médecins de secteur 1..	152
Article 94. Participation au financement des cotisations sociales.....	152

Article 95.	Définition de la participation de l'Assurance maladie et modalités de versement	152
	<i>Article 95-1 : Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés.....</i>	<i>152</i>
	<i>Article 95-2 : Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins.....</i>	<i>153</i>
Article 96.	Participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales.....	153
	<i>Article 96-1 : Participation aux cotisations maladie, maternité et décès.....</i>	<i>153</i>
	<i>Article 96-2 : Participation aux cotisations familiales</i>	<i>153</i>
	<i>Article 96-3 : Allocation vieillesse – retraite de base.....</i>	<i>153</i>
	<i>Article 96-4 : Régime des prestations complémentaires vieillesse (PCV)</i>	<i>154</i>
Titre 2 : L'aide maternité, paternité, adoption		154
Article 97.	Montant de l'aide et condition pour en bénéficier	154
	<i>Article 97-1 : Tableau récapitulatif du montant de l'aide financière</i>	<i>154</i>
	<i>Article 97-2 : Justificatifs</i>	<i>155</i>
Article 98.	Modalités de versement de l'aide	155
Partie 11 : Vie conventionnelle et sanctions.....		156
Titre 1 : Instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)		156
Article 99.	Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)	156
Article 100.	Mise en place des instances paritaires.....	157
Article 101.	Rôles et missions des instances paritaires	157
	<i>Article 101-1 : Rôle et missions de la Commission paritaire nationale (CPN)</i>	<i>157</i>
	<i>Article 101-2 : Rôle et missions de la Commission paritaire régionale (CPR).....</i>	<i>157</i>
	<i>Article 101-3 : Rôle et missions de la Commission paritaire locale (CPL)</i>	<i>158</i>
Titre 2 : Autres instances		158
Article 102.	Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)	158
	<i>Article 102-1 : Composition</i>	<i>158</i>
	<i>Article 102-2 : Mise en place</i>	<i>159</i>
	<i>Article 102-3 : Missions</i>	<i>159</i>
Titre 3 : Le non-respect des engagements conventionnels		159
Article 103.	Examen des cas de manquements	159
Article 104.	Sanctions encourues.....	160
	<i>Article 104-1 : Les sanctions</i>	<i>160</i>
	<i>Article 104-2 : La sanction de déconventionnement ferme.....</i>	<i>160</i>
	<i>Article 104-3 : La sanction de déconventionnement avec sursis</i>	<i>160</i>
Titre 4 : Procédure de sanction conventionnelle		160

Article 105.	Procédure préalable d'échanges contradictoires.....	160
	<i>Article 105-1 : Avertissement préalable</i>	161
	<i>Article 105-2 : Relevé de constatations</i>	161
Article 106.	Avis de la commission paritaire locale	162
Article 107.	Recours en appel du médecin devant la CPR et la CPN.....	163
	<i>Article 107-1 : Recours en appel devant la CPR</i>	163
	<i>Article 107-2 : Recours en appel devant la CPN</i>	163
Article 108.	Dispositions communes.....	163
	<i>Article 108-1 : Appel suspensif</i>	163
	<i>Article 108-2 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel</i>	163
	<i>Article 108-3 : Avis de la commission en appel</i>	164
Titre 5 : Procédures conventionnelles spéciales		164
Article 109.	Procédure du déconventionnement exceptionnel d'urgence	164
Article 110.	Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire et procédure de sanction applicable	164
	<i>Article 110-1 : Propos liminaire</i>	164
	<i>Article 110-2 : Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire</i>	165
	<i>Article 110-3 : Avertissement préalable</i>	165
	<i>Article 110-4 : Relevé de constatations</i>	165
	<i>Article 110-5 : Avis de la commission paritaire régionale</i>	166
	<i>Article 110-6 : Notification de la décision du directeur de la caisse</i>	167
	<i>Article 110-7 : Recours en appel devant la CPN</i>	167
	<i>Article 110-8 : Effet suspensif</i>	167
	<i>Article 110-9 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel</i>	167
	<i>Article 110-10 : Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>	168
	<i>Article 110-11 : Avis de la CPN</i>	168
	<i>Article 110-12 : Notification de la décision du directeur de la caisse suivant le recours en appel</i>	168
Article 111.	Conséquences des sanctions ordinales ou des décisions juridictionnelles.....	169
Article 112.	La publicité des sanctions.....	169
Article 113.	Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention	169
Partie 12 : Modalités des échanges entre l'Assurance maladie et les médecins.....		170
Article 114.	Le système de facturation SESAM-Vitale	170
	<i>Article 114-1 : Principe</i>	170
	<i>Article 114-2 : Utilisation de la carte de professionnel de santé</i>	170
	<i>Article 114-3 : Utilisation de la carte Vitale</i>	170

Article 114-4 : La qualité de service des caisses d'Assurance maladie	171
Article 114-5 : L'équipement informatique du médecin	171
Article 114-6 : Liberté de choix de l'équipement et du réseau	171
Article 114-7 : Le respect des règles applicables aux informations électroniques	172
Article 114-8 : Etablissement des FSE	172
Article 114-9 : Délai de transmission des FSE	172
Article 114-10 : Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique	172
Article 115. Les autres procédures de facturation	173
Article 115-1 : La feuille de soins SESAM « dégradée »	173
Article 115-2 : Dématérialisation de la transmission de la feuille de soins – Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier, dispositif SCOR	173
Article 115-3 : Nature de la pièce numérique	173
Article 115-4 : Principe de la numérisation de la feuille de soins	174
Article 115-5 : Qualité de la pièce numérique	174
Article 115-6 : Valeur probante des pièces justificatives numériques	174
Article 115-7 : Transmission	174
Article 115-8 : Cas d'échec de la transmission des pièces jointes numériques	174
Article 115-9 : Non réception de la PJ numérique	174
Article 115-10 : La conservation des preuves et de la protection des données	175
Article 116. La facturation via la feuille de soins sur support papier	175
Article 117. Facturation des honoraires et rédaction des ordonnances	176
Article 117-1 : Facturation des honoraires	176
Article 117-2 : Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin	176
Article 117-3 : Rédaction des ordonnances	177

Partie 1 : Cadre et portée de la convention nationale

Article 1. Objet de la convention

La présente convention définit les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les médecins libéraux en application de l'article L. 162-5 et L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Elle a pour objet de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'Assurance maladie et les médecins en exercice libéral ayant adhéré à la présente convention, et vise à :

- améliorer l'accessibilité territoriale aux soins par le renforcement de l'accès aux soins de premier et de second recours ainsi qu'aux soins spécialisés, y compris pour les soins non programmés ;
- renforcer la logique d'une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient, coordonnée par le médecin traitant, en lien avec les différents médecins correspondants et les autres professionnels de santé ;
- garantir l'accessibilité financière aux soins avec la poursuite de la dynamique de maîtrise des dépassements ;
- renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- renforcer et valoriser la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins ;
- accompagner le déploiement des services numériques et des mesures de simplifications administratives pour permettre de redonner du temps médical et faciliter les relations entre les médecins et l'Assurance maladie ;
- déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'Assurance maladie.

Article 2. Parties signataires à la convention

Ne peut être partie à la convention qu'une organisation syndicale dont la représentativité est reconnue dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale. Toute organisation syndicale reconnue représentative peut signer la présente convention, à n'importe quel moment, en en faisant la demande auprès de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires à compter de la signature de l'organisation demandeuse.

Dans le cas où une organisation partie à la convention perd sa représentativité en cours d'exécution de la convention, elle n'en est plus partie à compter de la notification des résultats de l'enquête de représentativité.

La signature d'un avenant par un syndicat représentatif emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants.

Article 3. Caractère unique et national de la convention

Aucune autre convention, nationale ou locale, ayant un objet similaire à la présente convention ne peut régir les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les médecins libéraux.

Article 4. Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. Les parties conventionnelles conviennent de la mise en œuvre d'une première clause de revoyure avant la fin du mois de septembre 2025 permettant de mesurer de manières transversales:

- les conditions de mise en œuvre des mesures de revalorisations ;
- les conditions de mise en œuvre et les premiers résultats des actions dédiées à l'accès aux soins et à la qualité et à la pertinence des soins.

Ils pourront décider de toute mesure permettant d'adapter par avenant la présente convention pour en renforcer les effets.

Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par les organisations syndicales représentatives, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale.

Article 5. Résiliation de la convention

La convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé dans chacun des collèges (généralistes et spécialistes), adressée à chaque partie signataire, simultanément, par tout moyen permettant de donner une date certaine à sa réception.



La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- d'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les médecins.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter :

- de la date d'envoi de la décision des organisations à l'UNCAM ;
- ou de la date d'envoi de la décision de l'UNCAM aux organisations signataires.

La procédure de négociation en vue de la signature d'une nouvelle convention et les conséquences sur la convention en cours prévues par les textes s'appliquent à compter de la date d'effet de la résiliation et non plus de la date d'échéance de la convention.

Article 6. Champ d'application de la convention

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leur arrêté d'approbation au journal officiel. À défaut, elle entre en vigueur à la fin du délai d'approbation tacite prévu à l'article L. 162-15 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

Article 6-1 Les conditions d'adhésion des médecins à la convention

Peuvent adhérer à la présente convention :

- les médecins exerçant à titre libéral, ayant un lieu d'exercice en France, inscrits au tableau de l'Ordre national des médecins et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés, en présentiel ou à distance, au cabinet, au

domicile du patient ou à son substitut et, le cas échéant, dans des structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés et facturés à l'acte ;

- les praticiens hospitaliers qui font le choix, dans les conditions définies réglementairement, d'exercer sous le régime de la présente convention pour la partie de leur activité effectuée en libéral ;
- les médecins libéraux exerçant dans un établissement de santé privé mentionnés au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (cliniques privées dites ex-OQN) ou dans un groupement de coopération sanitaire (dit GCS) financé sur la base des tarifs d'un établissement de santé privé ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les collaborateurs salariés de médecins libéraux ;
- les médecins remplaçants exclusifs ;
- les assistants et les adjoints ;
- les médecins salariés exclusifs exerçant dans un établissement de santé public ou privé, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé ou dans une société de téléconsultations ;
- les médecins exerçant uniquement une activité libérale dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec un établissement de santé mentionné au a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ou dans un GCS financé sur la base des tarifs des prestations de ces mêmes établissements de santé.

La présente convention s'applique aux organismes de tous les régimes d'Assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'Assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'Assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'Assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Article 6-2 : Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'Assurance maladie obligatoire et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 7. Les engagements conventionnels

Article 7-1 : Engagements conventionnels du médecin

Le médecin qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession.

Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le médecin conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils traduisent et impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie pour atteindre des objectifs fixés entre les parties.

Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel et ne peuvent conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Article 7-2 : Engagements conventionnels de l'Assurance maladie

Les caisses d'Assurance maladie respectent les dispositions prévues par la présente convention. Les organismes complémentaires d'Assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Article 8. Adhésion du médecin à la convention nationale

Article 8-1 : Les modalités d'adhésion

Tout médecin exerçant en libéral entrant dans le champ de la convention tel que défini à l'Article 6 peut prétendre au conventionnement.

Les modalités d'adhésion, de reconduction ou de renoncement à la présente convention sont précisées aux alinéas 2 et 3 de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale.

Le médecin précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention.

Le médecin qui renonce à adhérer à la convention adresse un courrier en ce sens à la caisse dans le ressort de laquelle il exerce, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le médecin non adhérent à la précédente convention, qu'il s'installe pour la première fois en exercice libéral ou qu'il ait déjà exercé en libéral, et qui souhaite devenir adhérent, en fait la demande en adressant à la caisse primaire d'Assurance maladie du ressort géographique d'implantation de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, le formulaire d'adhésion figurant en annexe 3 de la présente convention.

Cette adhésion est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception du formulaire susmentionné dument renseigné.

Article 8-2 : Les modalités de résiliation

Le médecin a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

À compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, un médecin libéral conventionné qui renonce au conventionnement pourra adhérer de nouveau à la convention dans un délai de 2 ans à compter de la date de résiliation. À l'issue de ce délai, le médecin peut formuler une nouvelle demande d'adhésion en conservant le secteur d'exercice auquel il appartenait, au moment de sa sortie de la convention.

Partie 2 : L'exercice conventionnel

Titre 1 : Les conditions d'exercice conventionnel

Il appartient aux organismes locaux d'Assurance maladie de veiller au bon déroulement des procédures d'adhésion et de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Article 9. Les démarches du médecin auprès de sa caisse

Article 9-1 : Dans le cadre d'une installation en libéral

• *Au titre du lieu d'exercice principal*

Les médecins qui souhaitent exercer une activité en libéral et facturer à l'Assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre, effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) pour faire enregistrer leur mode d'exercice (cabinet personnel, cabinet de groupe, société quelle que soit la forme juridique retenue) et attribuer un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

En tant qu'assurés, les médecins signataires de la présente convention sont rattachés à la CPAM du lieu où se situe leur résidence professionnelle, soit leur cabinet principal.

Les démarches requises préalablement à l'installation sont notamment les suivantes :

- être inscrit au Conseil départemental de l'Ordre des médecins du lieu d'implantation du cabinet ;
- être immatriculé à l'URSSAF ;
- être affilié à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) ;
- avoir souscrit une assurance responsabilité civile professionnelle.

A l'occasion de son adhésion à la convention médicale dans le cadre de sa première installation en libéral, si le médecin remplit les conditions permettant de prétendre à des honoraires différents des tarifs opposables et souhaite opter pour l'application de ces tarifs différents (dit secteur 2), il doit en informer l'organisme local d'Assurance maladie auquel il est rattaché dans le délai d'un mois à compter de la réception de sa demande d'adhésion.

À l'issue de ce délai, le médecin est réputé exercer à tarifs opposables (dit secteur 1).

• *Au titre du cabinet d'exercice secondaire*

Les médecins conventionnés qui souhaitent facturer à l'Assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un cabinet d'exercice distinct du cabinet d'exercice principal (lieu d'exercice secondaire) effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Le médecin doit préalablement déclarer l'ouverture d'un lieu d'exercice distinct au conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée afin que celui-ci l'enregistre au RPPS. Le médecin se voit attribuer autant d'identifiants Assurance maladie (dits « numéros AM ») que de lieux d'activités et doit se servir de ces numéros spécifiques différenciés au moment de la facturation, selon qu'il intervient dans l'un ou l'autre de ses cabinets.

Les démarches à effectuer auprès de la caisse du lieu d'exercice distinct sont identiques à celles à effectuer au titre de l'exercice principal.

Article 9-2 : Dans le cadre d'une modification des conditions d'exercice

Les médecins doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur activité professionnelle (ex : passage d'un exercice en cabinet isolé à un exercice en groupe, passage d'une activité libérale exclusive à une activité mixte ...) dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Article 9-3 : Dans le cadre d'une cessation d'activité

Le médecin qui cesse son activité libérale définitivement ou pour une durée supérieure ou égale à un an, doit informer sa caisse de rattachement, au plus tôt et *a minima*, dans un délai de six mois avant la date de cessation, sauf cas de force majeure.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le médecin n'a facturé aucun acte à l'Assurance maladie, alors même qu'il n'a pas signalé sa cessation d'activité (temporaire ou définitive), elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles, sans retour du médecin, transmis par tous moyens donnant date certaine à sa réception, de cette cessation d'activité (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d'un mois à compter de la réception du courrier de l'Assurance Maladie.

La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel.

Article 10. Les modalités d'exercice en libéral

Conformément aux dispositions réglementaires (article R. 4127-93 et R. 4127-95 du code de la santé publique), dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien reste indépendant dans ses décisions et le libre choix du médecin par le malade doit être respecté.

Chaque médecin dispose d'au moins un moyen d'identification électronique prévu aux articles L. 1470-2 du code de la santé publique, L. 161-33, alinéa 4 et R. 161-52 à R. 161-58 du code de la sécurité sociale et s'engage à exiger de ses remplaçants et des professionnels de santé qui lui sont préposés qu'ils utilisent celle qui est mise à leur disposition par l'Assurance maladie.

Article 10-1 : L'exercice libéral au sein des sociétés d'exercice

Au sein des sociétés d'exercice, les médecins, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention s'ils entrent dans son champ et conservent individuellement le choix et le bénéfice des dispositions conventionnelles.

Article 10-2 : Les collaborateurs libéraux

Le médecin collaborateur libéral adhère personnellement à la présente convention médicale. Il effectue en propre les démarches nécessaires auprès de la caisse pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer ses actes, conserve le choix de son secteur d'exercice et le

bénéfice des dispositions conventionnelles. Il informe la caisse de l'identité du ou des médecin(s) titulaire(s) du ou des cabinets au sein desquels il exerce sa collaboration.

Article 10-3 : Les collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés

Le médecin salarié par un médecin libéral, dit collaborateur salarié, ne peut pas adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux.

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et, n'étant pas lui-même adhérent à la convention, applique les tarifs opposables, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l'accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondant à ce secteur sous réserve d'en avoir fait la demande conformément aux dispositions du titre 2 « Les secteurs conventionnels » de la présente convention et d'avoir fourni les titres donnant accès au secteur à honoraires différents.

Article 10-4 : Les remplaçants

- ***Le médecin remplaçant***

Le médecin qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue la démarche auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer. Il ne peut pas adhérer en propre à la convention au titre de son activité de remplacement.

Il adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et de l'aide conventionnelle maternité, paternité, adoption. En conséquence, le médecin remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un médecin déconventionné.

Son activité est assimilée à celle du médecin remplacé au regard de la facturation à l'Assurance maladie.

Les partenaires conventionnels reconnaissent le rôle indispensable des médecins remplaçants dans l'organisation du système de soins et se donnent pour objectifs à brève échéance de :

- Mieux suivre l'activité des remplaçants ;
- Leur donner accès aux téléservices de l'Assurance maladie en améliorant l'accès à AmeliPro des remplaçants.

Aussi, pour assurer la traçabilité des facturations, le médecin remplacé devra paramétrer la session de remplacement sur son poste SESAM-Vitale et le médecin remplaçant utilisera sa propre CPS pour la facturation. Cette carte CPS lui permettra aussi d'accéder aux téléservices AmeliPro dès lors que le médecin dont il assure le remplacement lui donne délégation pour le faire.

- ***Le médecin remplacé***

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Sauf exceptions prévues par les dispositions de l'article R. 4127-65 du code de la santé publique, durant la période effective de son remplacement, le médecin remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Un médecin interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction disciplinaire.

Article 10-5 : Les adjoints et assistants des médecins libéraux conventionnés

Le médecin conventionné peut se faire assister temporairement par un adjoint ou un assistant, après accord du conseil départemental de l'Ordre des médecins, pendant trois mois renouvelables, en cas :

- de besoins de santé publique ;
- d'afflux exceptionnel de population ;
- d'un état de santé le justifiant.

Il est tenu d'en informer sa caisse d'Assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie de l'accord du conseil de l'Ordre des médecins.

L'adjoint ou l'assistant exerce concomitamment et sous la responsabilité du médecin conventionné au regard de la convention. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables définis par de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel de son employeur. Cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 10-6 : Les médecins assurant une tenue de cabinet

Un médecin peut être autorisé temporairement par l'Ordre des médecins dans les conditions définies à l'article R. 4127-89 du code de la santé publique à assurer la gestion du cabinet d'un confrère décédé ou empêché pour des raisons de santé sérieuses de poursuivre son activité. Le médecin désigné pour assurer cette gestion du cabinet effectue une démarche auprès de la caisse d'implantation du cabinet pour se voir enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer les actes à l'Assurance maladie.

Il est considéré temporairement comme conventionné dans le cadre de cette activité de tenue de cabinet. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables, quel que soit le secteur conventionnel du confrère décédé ou empêché. Cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 10-7 : Les activités libérales en établissement relevant du champ d'application de la convention

- ***Actes réalisés dans un établissement de santé mentionné au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale***

Les médecins libéraux conventionnés peuvent exercer au sein des établissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (cliniques privées dites ex-OQN).

Les actes et les consultations réalisés dans ces établissements par ces médecins, lors d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, sont inscrits sur le support de facturation de l'établissement dit "bordereau de facturation" (bordereau S3404) et sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement ;
 - soit individuellement à chaque praticien.
- ***Actes réalisés par les praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé au titre de leur activité en libéral mentionnée aux articles L. 6154-1 et suivant du code de la santé publique***

La facturation des actes réalisés au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers est réalisée à partir de l'identifiant Assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) attestant de son activité libérale. Les médecins concernés ont le choix de percevoir leurs honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

- ***Actes réalisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire***

Les médecins libéraux peuvent exercer dans un groupement de coopération sanitaire (GCS) financé sur la base des tarifs des prestations des établissements suivants :

- établissement public de santé, à l'exception de ceux dispensant des soins aux détenus ;
- établissement de santé privé à but non lucratif qui a été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier depuis 2009 ;
- établissement de santé privé à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement.

Dans ce cas, les honoraires correspondant aux actes dispensés par le médecin dans le cadre du GCS sont directement versés par ce dernier au médecin. Cette activité ne relève pas du champ d'application de la présente convention.

Les médecins libéraux conventionnés peuvent aussi exercer dans un GCS financé sur la base des tarifs d'un établissement de santé privé ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Dans ce cas, la facturation est réalisée à partir de l'identifiant Assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) attestant de son activité libérale et ses honoraires lui sont versés directement par la caisse d'Assurance maladie.

Titre 2 : Les secteurs conventionnels

Le choix du secteur conventionnel du médecin est réalisé lors de sa primo installation en exercice libéral conventionné. Sauf situations particulières prévues ci-dessous, ce choix est irréversible.

Article 11. Le secteur à honoraires opposables (secteur 1)

Article 11-1 : Le respect des tarifs opposables

Les médecins adhérant à la convention médicale en secteur à honoraires opposables, dit secteur 1, s'engagent à respecter les tarifs qui sont fixés en annexe 1 de la présente convention.

Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérées aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins pour leur activité exercée dans le cadre de la présente convention.

Article 11-2 : Les dépassements exceptionnels

- ***Le dépassement pour exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE)***

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical, le praticien de secteur 1 peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué.

Le médecin fournit au patient toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'Assurance maladie en amont de la réalisation de l'acte ou de la consultation et lui en indique notamment le montant et le motif. L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins. Le médecin conserve trace dans le dossier du patient des motifs justifiant de l'exigence particulière demandée par le patient pour être en capacité d'en apporter la preuve en cas de contrôle.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini ci-après.

L'usage abusif du DE, qui se traduit notamment par une fréquence très élevée de cotation du DE sans lien avec cadre strictement défini du DE, est passible d'une sanction conventionnelle.

- ***Le dépassement autorisé plafonné pour les soins non coordonnés (DA)***

Lorsque le patient n'a pas respecté les règles du parcours de soins coordonnés, et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les médecins spécialistes conventionnés, appliquant les tarifs opposables, sont autorisés à pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA).

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas plus de 17,5% de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

- De plus, pour l'ensemble de son activité le médecin s'engage à respecter : pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base inter-régimes de l'Assurance maladie (SNDS) ;
- pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNDS.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le médecin doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables, respecter les limites suivantes :

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés ;

- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et de la présente convention.

Le médecin informe le patient du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'Assurance maladie et lui en explique le motif.

Le DA ne peut pas se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE).

Article 12. Le secteur à honoraires différents (secteur 2)

Article 12-1 : La pratique de tarifs libres dans les limites modérées

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, dit secteur 2, et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, dit secteur 1 DP, fixent le montant de leurs honoraires à des niveaux modérés, les modulant de façon individualisée pour tenir compte des éventuelles difficultés de prise en charge et facilitant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Outre les situations déjà prévues par des dispositions législatives ou réglementaires, ces médecins pratiquent leurs actes aux tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale.

Article 12-2 : Les conditions d'accès au secteur 2

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui (conditions cumulatives) :

- s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer (primo installation libérale ou changement de spécialité médicale) ;
- et sont titulaires :
 - de l'un des titres publics hospitaliers français visés par la convention dans le cadre de la procédure de l'accès direct (cf. article suivant) ;
 - d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics français visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct,

Article 13. La procédure de l'accès direct au secteur 2

Article 13-1 : Critères d'éligibilité

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, par la procédure de l'accès direct, les médecins qui :

- s'installent pour la première fois en exercice libéral sous le régime de la présente convention dans le cadre de leur spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins
- et sont titulaires de l'un des titres hospitaliers, strictement énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille :
 - ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021;

- ancien assistant hospitalier universitaire dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 ;
- ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique (une année réalisée sous le statut de docteur junior est désormais comptabilisée à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux) ;
- médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n°2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- les praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique :
 - o sans durée d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent à 100% de sein de leur établissement, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent ;
 - o avec 5 ans d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent entre 50 et 90% au sein de leur établissement .

Dans le cas où les fonctions permettant de détenir les titres précités ont été réalisées alternativement au sein d'établissements publics de santé et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), la demande d'accès au secteur à honoraires différents est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence des titres décrite ci-après. Par exception, les médecins nommés dans les fonctions permettant de détenir les titres précités mais affectés en ESPIC par les autorités publiques hospitalières, relèvent de la procédure automatique et non de la procédure de l'équivalence des titres.

Article 13-2 : Les démarches du médecin

Le médecin doit faire la demande d'accès direct au secteur 2 auprès de la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal, au moment de sa demande d'adhésion en tant que médecin libéral conventionné. Cette demande doit avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de sa demande d'installation. Il doit justifier des titres hospitaliers cités supra.

À réception du dossier complet, la caisse primaire d'Assurance maladie examine les justificatifs présentés par le professionnel. Elle notifie sa décision au médecin. En cas d'avis défavorable, la décision doit être motivée et indiquer les voies de recours.

Article 14. La procédure de l'équivalence des titres pour l'accès au secteur 2

Article 14-1 : Critères d'éligibilité

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, par la procédure de l'équivalence des titres, les médecins :

- qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de leur spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins ;
- et sont titulaires d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct :
 - titres acquis en France dans les ESPIC (en dehors du cas spécifique de l'affectation qui s'inscrit dans la procédure de l'accès direct) ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer ;

- titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné :
 - par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005 ;
 - ou par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

Article 14-2 : Les démarches du médecin

Le médecin doit faire la demande d'accès au secteur 2 auprès de la CPAM du lieu d'implantation du cabinet principal dans un délai d'un mois à compter de sa demande d'installation : le médecin doit fournir les pièces justifiant l'équivalence des titres hospitaliers cités supra.

À réception du dossier complet traduit en français, la demande d'équivalence des titres fait l'objet d'une instruction partagée entre la CPAM, la CNAM et le CNOM. La CPAM notifie au médecin la décision de la CNAM, prise après avis du CNOM. En cas d'avis défavorable, la décision doit être motivée et indiquer les voies de recours.

Pendant la durée de cette procédure visant à reconnaître l'équivalence des titres, le médecin est autorisé à exercer en libéral dans le secteur à honoraires opposables. Dans le cas où l'équivalence des titres est reconnue, le médecin a alors la possibilité d'exercer dans le secteur d'exercice conventionnel de son choix.

Article 15. Dispositions communes

Article 15-1 : Dispositions communes

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral conventionné :

- déclarer à sa caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents ;
- informer simultanément de sa décision, par écrit, l'URSSAF dont il dépend ;
- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'Assurance maladie dont il souhaite relever.

Le médecin qui demande à être autorisé à pratiquer des honoraires différents doit faire état d'un titre acquis dans le cadre de sa spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal, l'URSSAF dont il dépend ainsi que, le cas échéant, les caisses de ses autres lieux d'implantation. Cette décision est irréversible sauf dans le cas particulier du changement de spécialité médicale.

Article 15-2 : Dispositions dérogatoires en cas de changement de spécialité

Pour toute installation en secteur à honoraires différents dans le cadre d'un changement de spécialité, le médecin doit préalablement avoir occupé des fonctions correspondant aux titres requis dans le cadre de cette nouvelle spécialité, après avoir obtenu le diplôme de la nouvelle spécialité acquise. Les

titres acquis antérieurement à la création du nouveau diplôme sont recevables uniquement s'ils sont en lien direct avec la nouvelle spécialité d'inscription à l'Ordre des médecins.

Article 15-3 : Dispositions dérogatoires à une 1ère installation en libéral

Par dérogation, n'est pas assimilé à une première installation en libéral et peut donc ouvrir droit à une demande autorisant à pratiquer des honoraires différents:

- l'exercice d'une activité libérale par les médecins qui changent de spécialité médicale au bénéfice d'une spécialité médicale nouvellement créée et qui s'installent en libéral dans le cadre de cette nouvelle spécialité (nouveau DES) ;
- l'exercice d'une activité libérale intra hospitalière par les praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé ;
- l'exercice d'une activité libérale en dehors du régime conventionnel ;
- l'exercice d'une activité libérale par les chefs de clinique universitaire de médecine générale pendant leur clinicat en vue d'obtenir le titre d'ancien chef de clinique universitaire de médecine générale.

Article 16. Le secteur du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP)

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conservent le bénéfice.

Il n'est plus possible d'accéder à ce secteur.

Partie 3 : Les dispositifs visant à garantir l'accès à un médecin traitant

Article 17. Le parcours de soins coordonné

La convention vise à améliorer la structuration du parcours de soins au service des patients par les médecins traitants en :

- réaffirmant la place centrale des soins primaires pour un système de santé de qualité ;
- confortant le rôle de premier recours du médecin traitant dans le suivi des patients et dans l'organisation des interventions de second recours, au sein d'un système de soins hiérarchisé (avec des soins primaires, secondaires et tertiaires coordonnés et complémentaires), permettant de délivrer le juste soin en fonction des besoins et ainsi d'optimiser l'utilisation des ressources médicales. ;
- confortant le rôle du médecin traitant dans le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;renforçant son action dans la prévention, le dépistage, l'éducation pour la santé, l'autonomisation et le développement des compétences des patients ;
- renforçant son rôle unique dans le suivi au long cours des patients, en particulier des patients atteints de pathologies chroniques ;
- s'appuyant sur son rôle central du système de santé, de coordination et de synthèse, pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ;
- soutenant le rôle central du médecin traitant dans la tenue du dossier médical partagé ouvert pour ses patients dans Mon espace santé afin de faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé et l'autonomisation de ses patients.

Conformément au 17° et au 23° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins sont déterminées par la présente convention.

Article 18. Le médecin traitant

Article 18-1 : Les missions du médecin traitant

Les partenaires conventionnels rappellent que les missions particulières du médecin traitant sont les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire ;
- assurer dans le cadre du parcours de soins coordonné l'orientation du patient notamment auprès des médecins correspondants et informer ces médecins des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédiger le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade, de veiller à son suivi, de se prononcer sur son renouvellement et sur un éventuel suivi post-ALD ;
- accompagner le patient, le cas échéant, dans sa réinsertion professionnelle, en lien avec la médecine du travail et avec l'appui de l'assurance maladie ;
- contribuer à la participation de ses patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus,...) et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques,...) ;

- informer le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi via sa messagerie de santé des documents et informations mentionnés par l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique modifié ainsi que ceux que le médecin juge pertinents. Il l'invite à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;
- apporter au patient toutes les informations permettant d'avoir accès à une permanence d'offre de soins aux heures de fermeture du cabinet ;
- anticiper sa cessation d'activité et contribuer à assurer la continuité des soins de ses patients en particulier ceux atteints d'affection de longue durée.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;
- assure le dépistage des troubles du développement, au cours notamment, des examens obligatoires entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Article 18-2 : Les modalités de choix du médecin traitant

Le médecin traitant choisi peut être un médecin généraliste ou un autre spécialiste quelle que soit sa spécialité.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme d'Assurance maladie de l'assuré dont l'enfant est ayant-droit.

L'Assurance maladie a mis en œuvre une procédure simple pour permettre aux assurés de choisir leur médecin traitant : elle se formalise par une déclaration en ligne remplie par le médecin avec l'accord du patient ou l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré ou son représentant et le médecin. Cette déclaration s'effectue obligatoirement lors d'une consultation physique, elle ne peut pas être réalisée en téléconsultation. La transmission s'effectue respectivement par voie électronique via les téléservices pour la déclaration en ligne ou par envoi papier par l'assuré. Dans les cas où l'Assurance maladie accompagne l'assuré pour la recherche d'un médecin traitant, elle peut, de manière dérogatoire et avec l'accord de l'assuré et du médecin choisi, enregistrer la déclaration directement.

L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant. La date de modification correspond à la date de signature du formulaire. Le patient est notifié de ce changement, tout comme l'ancien médecin traitant. Ces notifications seront opérationnelles avant la fin de l'année 2025.

Article 18-3 : Les médecins assimilés au médecin traitant

Lorsque le médecin traitant désigné est indisponible, les partenaires conventionnels estiment que peuvent être considérés, dans le cadre du parcours de soins, comme médecin traitant :

- le médecin remplaçant qui assure, pour la continuité des soins, la prise en charge du patient ;

- tout médecin de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle, dès lors qu'ils se sont enregistrés auprès de l'organisme d'Assurance maladie comme exerçant dans ce cadre.

Article 19. Le médecin correspondant

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours.

Article 19-1 : Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins, le cas échéant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, par messagerie sécurisée de santé dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient ;
- informer le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi via sa messagerie de santé, des documents et informations mentionnés par l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique ainsi que ceux qu'ils jugent pertinents. Ils l'invitent à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;
- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article 19-2 : Les modalités d'intervention du médecin correspondant

- ***La demande d'avis ponctuel***

Lorsqu'à la demande du médecin traitant, le médecin correspondant est sollicité pour un avis ponctuel de consultant, il adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions, sauf urgence ou cas particuliers, et d'en surveiller l'application. Dans le cadre de l'hospitalisation et lorsqu'un patient n'a pas de médecin traitant, le médecin spécialiste peut facturer un avis expertal dans les mêmes conditions qu'un médecin correspondant, selon des modalités définies dans la liste des actes et prestations.

Les partenaires conventionnels engageront, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, un travail sur le champ de l'avis ponctuel de consultant pour proposer des évolutions afin d'améliorer la qualité, la simplicité et la pertinence du parcours de soins des patients. Un groupe de travail dédié à ce sujet rendra ses conclusions et ses préconisations avant l'été 2025.

- ***L'intervention pour des soins itératifs***

Ces soins sont pratiqués selon les modalités suivantes :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans consulter à nouveau le médecin traitant entre deux soins. Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant de son patient.

- ***L'intervention dans le cadre d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants***

La réalisation d'une séquence de soins doit être organisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers plusieurs médecins correspondants sans consulter à nouveau le médecin traitant entre deux médecins correspondants. Dans ce cadre, les différents médecins correspondants adressent chacun leur retour d'informations au médecin traitant du patient.

- ***Le médecin correspondant généraliste***

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

Article 20. L'accès spécifique

Article 20-1 : Champ de l'accès spécifique

Par exception au principe de consultation préalable du médecin traitant, les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés directement. Le patient est alors réputé respecter le parcours de soins coordonné et le médecin est rémunéré comme tel.

Ces médecins veillent cependant à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge par le médecin traitant.

Dans leur domaine, ils contribuent à la participation de leurs patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, ...) et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques...).

Le médecin spécialiste consulté en accès direct est tenu aux mêmes engagements en termes de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

Article 20-2 : Les conditions de l'accès spécifique

- ***Les gynécologues***

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage ;
- la prescription et le suivi d'une contraception ;
- le suivi des grossesses ;
- l'interruption volontaire de grossesse.

- ***Les ophtalmologues***

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (dont prescription et renouvellement de verres correcteurs) ;
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- les actes de dépistage et de suivi de la DMLA.

- ***Les stomatologues et les médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale***

Pour ces spécialités, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire ;
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- les soins chirurgicaux : extractions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales,
- les soins de prothèse dentaire ;
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par ces spécialistes sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que les spécialistes précités procèdent à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue, le spécialiste en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale ou le chirurgien-dentiste.

- ***Les psychiatres et neuropsychiatres***

Les soins de psychiatrie prodigués par les psychiatres et neuropsychiatres aux patients de moins de 26 ans sont en accès spécifique.

Les soins de neurologie ne relèvent pas de l'accès spécifique.

- ***Travaux prospectifs***

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un groupe de travail relatif aux conditions de l'accès spécifique, notamment pour les gynécologues et les psychiatres et proposer, le cas échéant, des évolutions.

Partie 4 : Rémunérations forfaitaires

La refonte des rémunérations forfaitaires interviendra en 2026. Elle aura pour conséquence une augmentation des forfaits pour les médecins. Compte-tenu de l'ampleur de cette réforme et des hypothèses associées, les partenaires conventionnels s'engagent à évaluer, dans le cadre de la CPN, l'impact de la mise en œuvre des nouvelles rémunérations et de définir, le cas échéant, des mesures d'accompagnement pour garantir que le montant global de ces rémunérations forfaitaires ne soit pas inférieur aux rémunérations forfaitaires issues de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels seront vigilants sur la déclinaison de ces nouvelles dispositions aux nouveaux installés.

Titre 1 : Le forfait médecin traitant

Article 21. Le forfait médecin traitant socle

Article 21-1 : Principe général

Afin de valoriser la fonction de médecin traitant au regard de son rôle clé dans le parcours de soins des patients, un forfait socle dit « forfait médecin traitant » (FMT) est versé annuellement au médecin traitant au titre de chacun des patients de sa « patientèle médecin traitant ».

Le « forfait médecin traitant » rémunère le suivi au long cours du patient, en sus de la rémunération à l'activité et indépendamment de l'activité. Il est calibré selon la complexité de ce suivi, et donc selon les caractéristiques spécifiques du patient, indépendamment du nombre de fois où ce patient a été vu dans l'année : son âge, le fait qu'il soit porteur d'au moins une pathologie chronique, son niveau de précarité, son parcours de prévention. Le calcul du « forfait médecin traitant » est établi de sorte à ce qu'il soit toujours plus incitatif de prendre un patient dont le suivi est plus complexe.

Ce forfait est cofinancé par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'Assurance maladie. Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place dès 2024 un groupe de travail conventionnel destiné à examiner les évolutions possibles des modalités de participation des OCAM au financement du forfait MT.

Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le médecin est enregistré comme médecin traitant dans les bases de l'Assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont pris en compte dans le calcul du FMT. La rémunération associée à chaque patient est modulée en fonction de leurs caractéristiques (âge ou ALD) et est décrite dans le tableau ci-dessous.

Les valeurs présentes dans le tableau ne sont pas applicables aux patients faisant partie de la patientèle médecin traitant qui n'ont pas eu d'actes facturés par le médecin traitant ou son collaborateur dans les deux années précédant la date du constat de la patientèle médecin traitant (du 31/12/n-3 au 31/12/n-1). Seuls les actes des collaborateurs salariés du médecin concerné et des collaborateurs libéraux ayant signé un contrat de collaboration avec un médecin libéral installé sont pris en compte dans le calcul. Les actes des collaborateurs ayant signé un contrat de collaboration avec une société (SEL, SELARL, ...) sont exclus du calcul de ce dispositif.

Pour les patients faisant partie de la patientèle médecin traitant mais n'ayant pas consulté dans les deux dernières années leur médecin traitant ou son collaborateur, une rémunération équivalente à 5 euros est appliquée dans le cadre du FMT (partie socle).

Patient		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	15 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	5 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	15 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	55 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	55 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	100 euros
<i>Patient non vu dans les deux dernières années par le médecin ou son collaborateur</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>

Le nombre de patients et les critères de pondération sont constatés à partir de la patientèle médecin traitant arrêtée au 31 décembre de l'année précédente considérée (31/12/n-1).

Cette rémunération au titre de l'année considérée (n) est versée en année n en quatre fois (montant de la partie socle du forfait divisé en quatre parts égales) suivant le calendrier suivant :

- Avril n ;
- Juin n ;
- Septembre n ;
- Novembre n.

Les majorations décrites infra sont quant à elles versées annuellement. L'assurance maladie s'engage à mener des travaux pour étudier la faisabilité d'un versement de ces majorations intégré au versement trimestriel.

Ce forfait dit forfait socle s'entend donc hors rémunération patientèle précaire C2S et hors majorations spécifiques éventuelles décrites aux articles suivants.

Les médecins en cessation d'activité peuvent bénéficier du versement du forfait médecin traitant au *prorata temporis* de son activité sur l'année de sa cessation.

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de mesurer le recours aux soins médicaux, notamment les consultations avec le médecin traitant, des patients hébergés au sein d'une structure médico-sociale dont le financement intègre la prise en charge des soins réalisées par des professionnels de ville.

Article 21-2 : Critères d'éligibilité

Le forfait patientèle médecin traitant est réservé aux médecins en activité au 31 décembre de l'année n-1 remplissant l'une des deux conditions suivantes :

- exerçant en secteur à honoraires opposables ;
- exerçant en secteur à honoraires libres et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, Optam ACO).

Article 21-3 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Les dispositions relatives au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) dans leur rédaction issue de la convention médicale reprises dans le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023 restent applicables jusqu'à la date mentionnée à l'alinéa précédent et rappelées en annexe 4.

Article 22. Majoration pour le patient en situation de précarité

Article 22-1 : Majoration pour les patients bénéficiaires de la C2S

Une majoration d'un montant de 10 euros est appliquée pour chaque patient de la patientèle médecin traitant bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière, telle que définie à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ayant été intégré dans le cadre du forfait patientèle médecin traitant décrit à l'Article 21. Cette majoration ne s'applique pas à la patientèle médecin traitant dite « non vue » dans les deux ans par le médecin traitant ou son collaborateur.

Patient bénéficiaire de la C2S		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	25 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	15 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	25 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	65 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	65 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	110 euros
<i>Patient non vu dans les deux dernières années par le médecin ou son collaborateur</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>

Avant de disposer des données des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes de base d'Assurance maladie, le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) au sein de chaque patientèle médecin traitant est équivalent à la somme du nombre de bénéficiaires de la C2S du régime général et des autres régimes déterminés suivant la méthodologie suivante :

- dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du régime général ;
- pour le dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire des autres régimes, le taux national constaté pour l'année n-1 des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire au sein du régime général sera appliqué à la patientèle ressortissante des autres régimes.

Par ailleurs, et afin de tenir compte de l'activité des médecins qui suivent régulièrement des patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat mentionnée à l'article L. 251-1 du CASF et de valoriser la coordination dans le parcours de soins et la prévention des pathologies, les médecins généralistes dont le rapport du nombre d'actes réalisés pour ces patients sur le total de leurs actes est supérieur à 2% bénéficieront d'une valorisation forfaitaire annuelle telle que décrite à l'Article 30.

Article 22-2 : majoration pour les patients en situation de handicap

Les partenaires conventionnels s'entendent pour reconnaître la spécificité de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Des groupes de travail doivent être menés afin de valoriser cette prise en charge notamment dans le FMT, dès que les données nécessaires à cette mise en œuvre seront disponibles dans les bases de l'Assurance Maladie.

Les travaux avec la CNSA sont en cours et les premières données, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notamment, devraient être disponibles dès 2025.

Article 23. Majorations prévention

Article 23-1 : Indicateurs de prévention

L'assurance maladie s'engage à restituer au médecin, pour chacun de ses patients et sauf opposition de la part de ce dernier, un certain nombre de données issues du SNDS, spécifiques à la consommation de soins de ses patients. L'objectif est que le médecin traitant puisse disposer d'un tableau de bord contenant les données individuelles de ses patients, lui permettant de suivre l'éligibilité et l'atteinte d'indicateurs de santé publique, afin de lui apporter la lisibilité nécessaire à son action de prévention globale. Ce tableau de bord sera mis à disposition sur amelipro.

Les indicateurs retenus reposent sur les principes suivants :

- Pertinence : les indicateurs retenus constituent une priorité de santé publique et font l'objet de recommandations scientifiques ;
- Mesurabilité et transparence : chaque indicateur ainsi que la méthodologie de mesure sont définis conjointement par les partenaires conventionnels et sont décrits en annexe 5.

Ce tableau de bord, qui contiendra initialement 15 indicateurs pourra progressivement être enrichi d'indicateurs complémentaires, validés scientifiquement, auxquels les médecins traitants et les autorités sanitaires portent un intérêt.

Ces indicateurs de prévention pourront faire l'objet d'une rémunération pérenne ou temporaire, selon l'évolution des recommandations scientifiques et des priorités de santé publique : la majoration de prévention. Le choix des indicateurs faisant l'objet d'une incitation financière est déterminé par les partenaires conventionnels.

Article 23-2 : Modalité de calcul des indicateurs

Le calcul de chaque indicateur est effectué comme suit :

1. Ciblage des patients éligibles à l'indicateur: ce ciblage peut reposer sur l'âge, le sexe du patient, la présence d'une ou plusieurs ALD, et/ou son recours aux soins ;
2. Validation de l'indicateur : pour chaque patient éligible, l'indicateur est considéré comme validé dès lors que les actes concernés ou la délivrance d'un produit de santé sont identifiés dans les bases de l'Assurance maladie sur la période de référence.

Les indicateurs sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur la période de référence et sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie au 31/12 de l'année de référence considérée.

Article 23-3 : Suivi et affichage des indicateurs

Les indicateurs sont restitués sur amelipro sous forme d'un tableau de bord comportant la liste nominative des patients déclarés auprès du médecin traitant et le dernier statut des indicateurs de prévention auxquels ils sont éligibles.

Article 23-4 : Liste des indicateurs

Les premiers indicateurs retenus sont les suivants :

Thème	Indicateur	
Vaccination	Vaccination contre la grippe	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1, à, 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le covid	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 23 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le pneumocoque	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (07/03/2024).</p>

		<i>Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i>
	Vaccination ROR	Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu (au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24ème mois inclus.
	Vaccination contre le méningocoque C	Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et 12 ^{ème} mois inclus.
	Vaccination contre le papillomavirus HPV	Parmi les enfants de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
Dépistage	Dépistage organisé du cancer du sein	<p>Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de mastectomie totale bilatérale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du sein, carcinome canalaire in situ)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : Mutation BRCA 1 ou 2 ; Hyperplasie atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	<p>Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>De 25 à 29 ans</u> : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). • <u>De 30 à 65 ans</u> : par test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin (un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins, ou deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du col de l'utérus celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie)</i> • <i>Ont un antécédent (ald ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du col ou du corps de l'utérus)</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>

		<p>*Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus (< 30 ans).</p> <p>** Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPV-HR réalisés entre 30 et 65 ans inclus (< 66 ans).</p>
	Dépistage du cancer colorectal	<p>Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de coloproctectomie totale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du côlon, du rectum, ou de la jonction recto-sigmoïdienne)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : MICI (antécédent d'ALD ou antécédent de séjour hospitalier) ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun	<p>Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 3, 5, 13 et 19.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8).</i></p>
	Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire d'albumine /et de la créatinine depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).</i></p>
Suivi	Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	<p>Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins.</p>

		<i>Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATCA10) ou au moins 2 délivrances de médicament antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois.</i>
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8è et 10è mois inclus.
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25	Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22è et 26è mois inclus.
	Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'assurance maladie s'engage à mener des actions visant à améliorer :

- l'offre, sur la mammographie (notamment par le soutien au déploiement de dispositifs mobiles) et sur les soins dentaires (notamment par le déploiement du programme « Génération sans carie » en lien avec les chirurgiens-dentistes et l'accompagnement des assistants dentaires de niveau 2) ;
- l'information des patients, en outillant par exemple les médecins de documents pédagogiques pour leurs patients ;
- la qualité des données, par exemple en accompagnement les PMI dans la facturation à l'assurance maladie des examens obligatoires de l'enfant.

Article 23-5 : Majorations de prévention

En sus du forfait socle et de la majoration précarité, le forfait médecin traitant comprend des majorations venant rémunérer le parcours de prévention du patient. Ces majorations de prévention reposent sur les indicateurs susmentionnés, calculés pour chaque patient pour lesquels le médecin est déclaré médecin traitant.

Chaque indicateur validé majore le forfait médecin traitant du patient (quel que soit le professionnel de santé qui aura réalisé l'action permettant de valider de l'indicateur).

Cette rémunération vise à valoriser le rôle du médecin traitant en matière de promotion de la santé, et l'effort lié au suivi et la coordination des actions de prévention du médecin auprès de sa patientèle.

Les indicateurs portent sur les actions de prévention telles que la vaccination, les dépistages et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques. Chaque patient a un parcours de prévention qui lui est propre - selon son âge, son sexe, ses affections, son historique de prévention – et est à ce titre éligible à une fraction d'indicateurs qui évoluent au cours de sa vie.

Article 23-6 : Modalités de calcul de la rémunération

Cette rémunération est calculée sur la base des résultats de chaque indicateur des patients concernés au 31/12 de l'année N. Elle est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante (N+1)

Le montant de la rémunération par indicateur et par patient est fixé à **5 euros**.

Les partenaires conventionnels partagent l'ambition de mettre en œuvre un paiement trimestriel en année n selon les mêmes modalités que le forfait médecin traitant dans le cadre d'un versement mutualisé.

Article 23-7 : Modalités de suivi et révision du dispositif

Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent le suivi du dispositif.

Les partenaires conventionnels se donnent la possibilité de procéder à la révision des indicateurs au cours de la durée de la convention sans avoir besoin de recourir à un avenant à la présente convention.

Les parties s'accordent sur la procédure suivante :

- Le directeur général de l'UNCAM peut proposer aux membres de la CPN de faire évoluer les paramètres d'un indicateur, de retirer un indicateur ou d'introduire un nouvel indicateur ;
- Dans le cas où l'évolution des paramètres d'un indicateur est rendue nécessaire du fait de la modification de la recommandation ou de l'avis de la HAS ou de l'ANSM qui fonde l'indicateur, la CPN est obligatoirement saisie.

Toute décision d'évolution des paramètres d'un indicateur, de retrait d'un indicateur ou d'ajout d'un nouvel indicateur est prise par la CPN à la majorité des deux-tiers par dérogation aux dispositions du règlement intérieur des commissions définies à l'annexe 6 de la convention.

Les modifications ainsi adoptées par la CPN font l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, publiée au Journal Officiel.

Article 23-8 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur à partir du 1er janvier 2026.

À titre provisoire et jusqu'à cette date, les dispositions relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) définies à l'annexe 7 s'appliquent.

Article 24. Majorations propres à l'exercice du médecin (zone d'exercice et âge)

Les majorations du FMT s'appliquant aux médecins exerçant ou s'installant en ZIP s'appliquent également à ceux exerçant ou s'installant en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (1).

Article 24-1 : Majoration pour les médecins généralistes exerçant en zone dite sous dense (ZIP)

Une majoration du FMT de **10%** est appliquée pour les médecins exerçant, au titre de leur cabinet principal, en zone dite sous dense. Cette majoration est appliquée à la partie socle telle qu'explicitée à l'Article 21 du forfait médecin traitant.

Article 24-2 : Majoration pour les primo-installés en zone dite sous dense (ZIP)

Afin d'accompagner les médecins dans leur première installation en libéral en zone dite sous dense (ZIP), une majoration est appliquée à la partie socle du forfait médecin traitant.

Les médecins éligibles à cette majoration sont les médecins primo-installés en libéral exerçant, dans leur cabinet principal, en zone dite sous dense.

Cette majoration s'applique pendant 3 ans à compter de l'année du premier versement du forfait socle mentionné à l'Article 21. Elle s'élève à **50%** la première année, **30%** la deuxième année et **10%** la troisième et dernière année.

Cette majoration n'est pas cumulable avec la majoration pour les médecins généralistes exerçant en zone sous dense (ZIP).

En complément de cette majoration, les médecins primo-installés bénéficient également d'une aide ponctuelle décrite à l'Article 26 de la présente convention.

Article 24-3 : Majoration pour les médecins âgés de 67 ans ou plus

Afin d'inciter les médecins à maintenir leur activité, une majoration de 10% est appliquée à la partie socle telle qu'explicitée à l'Article 21 du forfait médecin traitant.

Cette majoration est ouverte aux médecins ayant 67 ans ou plus au 31 décembre n-1 de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Titre 2 : Valorisation spécifiques

Article 25. Dispositifs visant à garantir l'accès territorial aux soins

Des dispositifs de soutien aux médecins intervenant dans des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins sont mis en place et décrits dans les sections suivantes.

Ces dispositifs s'additionnent à ceux d'ores-et-déjà présentés ci-dessus, visant à majorer de manière automatique les forfaits médecin traitants des médecins installés en zone sous-dense : la majoration de 10% du FMT pour le médecin exerçant en ZIP (voir l'Article 24) et les majorations spécifiques pour les nouveaux installés en ZIP (voir l'Article 26).

Ces dispositifs sont dépendants des modalités de zonage prévues à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique et de leur mise à jour par les Agences régionales de santé (ARS). Par conséquent, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de travailler avec le Ministère chargé de la Santé et les ARS afin de disposer de zonages fréquents et ainsi avoir un reflet régulier de la situation de l'offre de soins sur les territoires.

Article 26. Dispositifs de valorisation des médecins s'installant en libéral dans une zone sous dense

Article 26-1 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'intervention prioritaire (ZIP)

Afin d'accompagner les médecins s'installant pour la première fois en libéral au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants:

- s'installer pour la première fois en exercice libéral conventionné (cabinet principal) ;
- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO) ;
- s'installer dans une zone dite d'intervention prioritaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les seules - ZIP).

Dès son installation dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 10 000 € par la caisse de son lieu d'exercice principal dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-2 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'action complémentaire (ZAC)

Afin d'accompagner les médecins s'installant pour la première fois en libéral au sein d'un territoire en tension mais à un niveau moins important que les zones d'intervention prioritaire, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants :

- s'installer pour la première fois en exercice libéral conventionné (cabinet principal) ;
- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO) ;
- s'installer dans une zone dite d'action complémentaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les - ZAC).

Dès son installation dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 5 000 € par la caisse de son lieu d'exercice principal dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-3 : Dispositif d'aide à la création d'un cabinet secondaire au sein d'une zone sous-dense

Afin d'accompagner les médecins qui souhaitent ouvrir un cabinet secondaire au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération, les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants :

- installer *ex nihilo* un cabinet secondaire dans une zone dite d'intervention prioritaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies

au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les seules - ZIP). L'ouverture de ce cabinet secondaire correspond à une nouvelle implantation sur la commune classée en zone sous dense, les médecins reprenant le cabinet d'un confrère pour en faire un cabinet secondaire ne sont donc pas éligibles à cette rémunération ;

- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée.

Les spécialités de médecine éligibles à ce dispositif sont celles éligibles à l'aide à l'emploi d'un assistant médical listées à l'Article 34.

Lors de l'installation de ce nouveau cabinet secondaire dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 3 000 euros par la caisse de son lieu d'exercice secondaire dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-4 : Les consultations avancées

Afin d'inciter les médecins généralistes et spécialistes n'exerçant pas régulièrement dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, à consacrer une partie de leur activité libérale pour répondre aux besoins de la population dans les zones précitées, un dispositif de consultations ponctuelles dites « consultations avancées » est créé.

Le médecin conventionné qui n'est pas installé en zone d'intervention prioritaire (ZIP) et qui souhaite y intervenir ponctuellement dans le cadre de consultations avancées peut, bénéficier d'un forfait valorisé à hauteur de 200 € par demi-journée d'intervention, dans la limite de 6 demi-journées par mois.

Pour bénéficier de ce forfait, les médecins de secteur 2 non adhérents au dispositif OPTAM ou OPTAM-ACO tel que décrit à l'Article 41 réalisant des consultations avancées doivent délivrer les soins à tarifs opposables.

Les médecins ayant un cabinet principal ou secondaire installé en ZIP et exerçant donc régulièrement dans ces zones ne sont pas concernés par le dispositif des consultations avancées.

Les modalités d'organisation des consultations avancées mentionnées au présent article font l'objet de travaux partagés entre ESS, CPTS, CPAM et ARS du territoire.

Article 27. Impacts de la convention sur les contrats démographiques de la convention médicale de 2016

Article 27-1 : Dispositions générales

À compter de l'entrée en vigueur des majorations complémentaires applicables au forfait médecin traitant socle décrites à l'Article 21, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016.

Les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le médecin partie au contrat.

Les médecins peuvent en effet décider de résilier à tout moment leur adhésion au contrat par lettre adressée à leur caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception, afin de pouvoir bénéficier de la majoration du forfait médecin traitant prévue pour les médecins généralistes exerçant en zone d'intervention prioritaire en substitution des aides issues de ces contrats. Le contrat continue de produire ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle est intervenue la demande de résiliation du médecin. À compter du 1er janvier de l'année suivant la demande, le médecin ne bénéficie plus des dispositions prévues par son contrat démographique au bénéfice de la majoration forfait médecin traitant en ZIP et la résiliation produit alors l'ensemble de ses effets.

Article 27-2 : Dispositif de maintien des contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016

L'adhésion aux contrats démographiques est maintenue jusqu'au 31 décembre 2025 (selon les modalités prévues à l'annexe 21).

S'agissant des aides démographiques au bénéfice des médecins déjà installés en ZIP :

- pour les médecins ayant adhéré au COSCOM, leur adhésion est maintenue et le renouvellement est possible jusqu'à ce qu'ils cessent d'intervenir en ZIP ou s'ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et le médecin pourra bénéficier de la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l'Article 21 ;
- pour les médecins ayant adhéré au CAIM, leur adhésion est maintenue pour la durée restant à courir au contrat. Pendant cette période ils ne bénéficieront pas de la majoration ZIP du forfait médecin traitant. À l'issue des 5 années du contrat, il ne leur sera plus possible d'adhérer au COSCOM ou au COTRAM. Ils se verront alors appliquer la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l'Article 21 ;
- pour les médecins ayant adhéré au COTRAM, leur adhésion est maintenue et il sera possible de renouveler le contrat 1 fois si celui-ci n'a pas encore été renouvelé. Ils ne pourront cependant plus adhérer à un COSCOM à l'issue du COTRAM, s'ils décident de poursuivre leur activité libérale. Dans ce dernier cas, ils se verront alors appliquer la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l'Article 21.

S'agissant des aides démographiques au bénéfice des médecins effectuant des consultations en ZIP :

- pour les médecins ayant adhéré à un CSTM, leur adhésion est maintenue jusqu'à ce qu'ils cessent d'intervenir en ZIP ou s'ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et ils pourront bénéficier du dispositif de consultations avancées s'ils en remplissent les conditions.

Titre 3 : La dotation numérique (DONUM) et le volet de synthèse médicale (VSM)

Une rémunération valorisant l'équipement et les usages numériques est mise en place.

L'ensemble des médecins conventionnés, toutes spécialités, sont éligibles à ce forfait.

Article 28. La dotation numérique (DONUM)

Article 28-1 : Indicateurs

Ce forfait est composé de deux types d'indicateurs :

- d'indicateurs socles, dont les cibles doivent toutes être atteintes pour bénéficier de la rémunération et ouvrir droit à la rémunération relative aux indicateurs optionnels ;
- Des indicateurs optionnels indépendants rémunérés dès lors que la moyenne atteint la cible définie ci-après :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges Sesam-Vitale à jour des avenants N-1	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT);Taux de protocoles de soins électronique (PSE);Taux de télétransmission FSE; Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT)	60%	80%	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés de l'assurance maladie : Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP); déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG);prescription électronique de transport (SPE)	30%	60%	60
	Moyenne des taux de recours à l'espace numérique en santé : alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30%	60%	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie de mon espace santé par an		20

Les modalités de calcul des indicateurs sont détaillées en annexe 8 de la présente convention et font l'objet de la publication sur amelipro d'un guide méthodologique mis à jour chaque année.

Certains indicateurs peuvent être neutralisés :

- soit que le volume de patients concernés par un indicateur au sein de sa patientèle soit trop faible pour que la notion de « part de la patientèle » ait un sens ;
- soit que la spécialité ne puisse être éligible à un indicateur.

Ainsi, les taux d'usage des services et téléservices (AAT, DMT, CM AT-MP, DSG, PSE, SPE, DMP, Ordonnance numérique et MSSanté) sont pris en compte si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

L'Assurance maladie met à disposition trimestriellement le suivi de l'atteinte des indicateurs.

Une rémunération annuelle est versée au 1^{er} semestre de l'année N+1 sur la base de l'atteinte des indicateurs au 31/12 de l'année N.

Article 28-2 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur à partir du 1er janvier 2026.

À titre provisoire et jusqu'à cette date, les dispositions relatives au forfait structure (FS) définies à l'annexe 9 s'appliquent.

Article 29. Le volet de synthèse médicale (VSM)

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'usage des outils numériques en faveur de la prise en charge coordonnée des patients en particulier pour accompagner les médecins dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Aussi le forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est maintenu pour les médecins ne l'ayant pas déjà perçu antérieurement.

Ce forfait est calculé de la manière suivante.

- versement d'un forfait d'un montant de 1 500 euros si le médecin a élaboré des VSM pour au moins la moitié de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP ;
- ce forfait est porté à 3 000 euros si le médecin a élaboré des VSM pour 90% de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP.

Il est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du médecin sur la base de la patientèle de référence soit 800 patients.

Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20% si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS).

Ces éléments sont détaillés dans une note méthodologique mise à disposition sur ameli.fr.

Ce forfait est versé une seule fois au médecin dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM.

Pour les médecins n'ayant pas déjà bénéficié de cette rémunération au titre des versements intervenus sur la base de l'atteinte des objectifs au 31 décembre 2023, le forfait est versé à 100 % de la valeur calculée sur la base des résultats atteints au 30 juin 2024 ou à 90 % de la valeur calculée sur la base des résultats atteints au plus tard au 30 juin 2025. Un complément de rémunération, par rapport à la rémunération allouée au titre de 2024, peut être apporté dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent, dès lors qu'il est constaté une amélioration des résultats en 2025. Au-delà du 30 juin 2025, le forfait pour la valorisation de la création des VSM est supprimé.

Titre 4 : Les missions spécifiques des médecins

Les médecins libéraux contribuent à de nombreuses actions en sus des actes et consultations réalisées au bénéfice de leurs patients et plus globalement dans une logique populationnelle et de réponses aux politiques publiques de santé. Celles-ci sont en majorité valorisées par des dispositifs réglementaires.

Néanmoins, les partenaires conventionnels souhaitent également soutenir la réalisation de ces missions complémentaires au service des patients et de leur territoire par leur valorisation financière. Ont été à ce jour identifiées deux missions particulières relevant du cadre conventionnel que sont la participation au SAS et l'accompagnement des étudiants.

Article 30. Les différentes missions spécifiques

Article 30-1 : Valoriser la participation au Service d'Accès aux Soins (SAS)

Afin d'accompagner la généralisation du SAS sur le territoire et valoriser les médecins qui y participent chaque année, une rémunération spécifique est créée dès lors que le médecin remplit les conditions suivantes :

- Exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;
- Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ;
- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour une mise en visibilité de ses disponibilités en cas de besoin de la régulation libérale du SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale.

Cette rémunération entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 et s'élève à **1 000 €** par an. Les modalités de valorisation de la participation au SAS tiendront compte des modalités définies dans le décret SAS en cours de concertation.

Article 30-2 : Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine

Afin d'améliorer l'attractivité de l'exercice libéral, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser les médecins qui s'engagent à exercer la fonction de maître de stage universitaire auprès des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire.

Cette mission est valorisée à hauteur de **800 €** par an pour un médecin libéral installé en ZIP et **500 €** par an pour un médecin libéral installé hors ZIP.

Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026 sur la base de la déclaration effectuée chaque année sur amelipro.

Article 30-3 : Valoriser la prise en charge de patients bénéficiaires de l'AME

Afin d'assurer la coordination dans le parcours de soins des patients bénéficiaires de l'AME, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser leur prise en charge par le médecin généraliste ou le pédiatre par la création d'un forfait annuel à hauteur de **500 euros** par an.

Cette mesure entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025.

Les médecins éligibles à cette rémunération forfaitaire sont les médecins généralistes conventionnés dont le rapport entre le nombre d'actes réalisés pour ces patients et le total de leurs actes est supérieure à 2%. Cette rémunération est calculée au 31/12/n pour l'année n et versée dans le courant de l'année n+1.

Article 30-4 : Valoriser le travail en coopération avec une IPA libérale

Afin de valoriser le travail en coopération avec les infirmières de pratique avancée libérales, les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un forfait annuel versé au médecin traitant en fonction du nombre de patients de sa patientèle médecin traitant orientés vers une infirmière IPA qui en assure également le suivi :

- Au moins 10 patients : 100€
- Au moins 35 patients : 400€
- Au moins 100 patients : 1000€

Cette rémunération est également ouverte aux médecins spécialistes et est fonction du nombre de patients de leur file active orientés vers une infirmière de pratique avancée libérale selon les mêmes modalités.

Cette rémunération est calculée au 31/12/n de chaque année et versée dans le courant de l'année n+1.

Cette mesure entre en vigueur à compter du 1er janvier 2025.

Titre 5 : Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer leur qualité de vie. Pour atteindre cet objectif, les programmes évoluent pour apporter un soutien aux médecins dans la prise en charge des patients.

Article 31. Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques

Article 31-1 : Programme d'accompagnement sophia

Initié autour de la prise en charge des patients diabétiques, le programme sophia est amené à s'enrichir. Ainsi, dans le cadre du dispositif de prise en compte du risque cardio-vasculaire aggravé, le dispositif Sophia évolue de façon importante à compter de 2025 pour intégrer les maladies cardio-vasculaires. Dans ce cadre, la participation des médecins à l'orientation vers un dispositif d'accompagnement rénové sera susceptible d'être valorisée.

Article 31-2 : Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'Assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral), ainsi que de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive). Ces programmes ont notamment pour objectif

d'encourager la mise à disposition des équipements auprès des médecins dans le cadre de solutions existantes (comme les appareils d'auto-mesure de la tension) et de contribuer à une démarche collégiale de réflexion puis d'accompagnement de ces professionnels de santé dans l'exploitation pertinente d'autres outils diagnostiques (comme par exemple le recours à la spirométrie).

Article 32. Renoncement aux rémunérations forfaitaires

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier des rémunérations forfaitaires de la présente convention ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen permettant d'apporter la preuve de la réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention ou suivant leur demande de conventionnement pour les médecins non adhérents à cette même date.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité des rémunérations forfaitaires pour la durée de la convention.

Partie 5 : Accès aux soins

Titre 1 : Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical

Article 33. Les assistants médicaux

Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité à prendre en charge leurs patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance maladie verse dans les conditions prévues à la présente section une aide conventionnelle financière aux médecins pour l'emploi d'un assistant médical dont l'activité est reconnue à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique en contrepartie d'un engagement d'augmentation de la patientèle.

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou auprès d'une structure organisée en groupement d'employeurs. La caisse d'Assurance maladie informe régulièrement le médecin de la possibilité de recourir à ce type d'intermédiaire et les offres effectivement disponibles.

Article 34. Critères d'éligibilité à l'aide conventionnelle

Article 34-1 : Spécialités

Toutes les spécialités médicales sont éligibles à l'aide conventionnelle, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomo-cytopathologistes, médecins nucléaires.

Les chirurgiens sont éligibles au dispositif dès lors que leurs honoraires cliniques (hors actes CCAM) représentent plus de 80% de leurs honoraires totaux sans dépassement.

Les partenaires conventionnels s'engagent à suivre l'évolution des pratiques et des organisations médicales pour envisager l'intégration de nouvelles spécialités dans le dispositif.

Article 34-2 : Pratique tarifaire

Le bénéfice de l'aide conventionnelle est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO.

Article 34-3 : Activité minimale

Un seuil minimal de patients est requis pour bénéficier du contrat.

Ce seuil est fixé au 30^e percentile de la distribution nationale des patientèles pour chaque spécialité médicale éligible au 31 décembre 2021 pour la durée de la convention.

Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale - médecins à exercice particulier (MEP) inclus, le seuil porte sur la patientèle « médecin traitant » déclarée (adultes et enfants) ; pour les autres spécialités le seuil porte sur la patientèle « file active ».

Ces seuils sont indiqués en annexe 10.

Selon la date de signature du contrat d'aide conventionnelle, la patientèle de départ prise en compte pour définir l'éligibilité d'un médecin est la patientèle la plus récente disponible. Elle est arrêtée par l'Assurance maladie au 30 juin et au 31 décembre de chaque année.

Article 34-4 : Définition des cas particuliers

- ***Médecins primo-installés***

Un médecin est considéré comme primo-installé lorsque celui-ci :

- S'installe pour la première fois dans le territoire de compétence de la caisse, au cours des 12 derniers mois précédant la signature du contrat ;
- Présente une patientèle inférieure au 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle de sa spécialité.

- ***Médecins reconnus travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD)***

Les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie ont un impact sur leur activité, peuvent être éligibles à l'aide, quel que soit leur niveau de patientèle de départ (y compris si inférieur au P30 de sa spécialité) afin de les aider à maintenir un niveau d'activité qui bénéficie à l'offre de soins de leur territoire d'exercice.

L'accord sur l'éligibilité est pris par le directeur général de la caisse, après avis du service médical placé près de ladite caisse, dans le respect du secret médical.

L'appréciation du niveau de l'aide conventionnelle et le nombre de patients supplémentaires ou maintenus à prendre en charge sont définis conjointement par le médecin et par la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en matière d'accès aux soins.

Le médecin peut être accompagné lors de la définition des termes du contrat avec le directeur général de la caisse d'Assurance maladie par un membre de son choix de la section professionnelle de la commission paritaire locale. L'appréciation du niveau de l'aide conventionnelle et de l'objectif peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

Article 35. Contractualisation

Les médecins éligibles à l'aide conventionnelle formalisent leur engagement avec l'Assurance maladie sous la forme d'un contrat type figurant en annexe 11 de la présente convention.

Toutes les pièces justificatives listées à ce contrat type doivent être fournies par le médecin lors de la signature du contrat avec la caisse.

La caisse d'Assurance maladie organise *a minima* tous les 6 mois un point d'échange avec les médecins bénéficiaires de l'aide conventionnelle avec une attention particulière portée aux médecins primo-installés. Lorsque la caisse constate des difficultés pour remplir les engagements au contrat, elle prend contact avec le médecin pour examiner les éventuels freins à l'augmentation de sa patientèle et l'aider à anticiper, le cas échéant, les conséquences sur le maintien des aides pour les années suivantes.

Elle prend également en compte les événements extérieurs pouvant impacter l'atteinte des objectifs (par exemple des maladies longues durées du médecin ou de l'assistant médical).

Si 18 mois après la signature du contrat, le niveau de patientèle du médecin démontre un écart important par rapport à l'objectif fixé dans le contrat, un rendez-vous est systématiquement proposé par la caisse. Un bilan de ces entretiens est présenté en CPL pouvant conduire à des recommandations.

Article 36. Détermination de l'aide conventionnelle

Le montant de l'aide conventionnelle varie selon :

- l'année du contrat d'aide conventionnelle ;
- l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin :

1 Les options du contrat

2 options de temps de travail sont accessibles dès la première année du contrat :

- un demi équivalent temps plein (0,5 ETP) ;
- un équivalent temps plein (1 ETP).

	Montants <u>maximaux</u> de l'aide		Versements de l'aide
	Option 0,5 ETP	Option 1 ETP	
1 ^{ère} année	19 000 €	38 000 €	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^e année	14 000 €	28 000 €	
3 ^e année et suivantes	11 000 €	22 000 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les 3 ^e année et années suivantes : pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre le [P90 et P94]</i>	13 000 €	26 000 €	
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	19 000 €	38 000 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un suivi régulier en CPN de la montée en charge du dispositif et d'ajuster, le cas échéant, en faveur des médecins, les modalités d'accompagnement financier.

2 Les options 1,5 ETP et 2 ETP

Deux options permettant de recruter 1,5 ETP ou 2 ETP sont ouvertes pour les seuls médecins répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- Exerçant en zone d'intervention prioritaires (ZIP) ;
- Qualifiés ou spécialistes en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier [MEP]) ;
- Ayant déjà signé un contrat option 1 ETP ;
- Ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat ;
- À partir de la 3^{ème} année du contrat.

Le montant de l'aide conventionnelle relatif aux options 1,5 ETP et 2 ETP est défini dans le tableau ci-dessous. Ce montant varie selon l'option et le niveau de patientèle de départ du médecin :

	Montants <u>maximaux</u> de l'aide		Versements de l'aide
	Option 1,5 ETP	Option 2 ETP	
3 ^e année et suivantes	33 000 €	44 000 €	
Montant majoré : → Pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]</i>	39 000€	52 000 €	
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	57 000 €	76 000 €	

Un avenant au contrat est signé pour modifier l'option à la date anniversaire de celui-ci, pour la durée restante du contrat.

Un nouvel objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est défini sur la base de la patientèle initiale. Cet objectif est à atteindre à l'issue de l'année suivant la signature de l'avenant au contrat. Si l'objectif n'est pas atteint, le montant de l'aide est proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Article 36-1 : Revalorisation du montant de l'aide pour les contrats d'aide conventionnelle signés avant la présente convention

Les montants de l'aide conventionnelle définis à l'article 87 bénéficient automatiquement à tous les contrats d'aide signés avant l'entrée en vigueur de la présente convention, et toujours en cours à l'entrée en vigueur de celle-ci.

Cette revalorisation intervient à la date d'anniversaire du contrat suivant l'entrée en vigueur de la présente convention. Cette revalorisation ne s'applique qu'au montant de l'aide des années suivant la date anniversaire du contrat postérieure à l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les contrats signés avec l'option de temps de travail 1/3 ETP sont également concernés par la revalorisation selon le tableau ci-dessous :

	Versements de l'aide		
	Option 1/3 ETP	Versement de l'aide	Acompte / solde
2e année	9450 €	Versement intégral	Quelle que soit l'année : aide versée en 2 temps : - 70% d'acompte dans les 15 jours la 1ere année ; à la date d'anniversaire la 2e année ; dans les 2 mois à partir de la 3e année 30% de solde à la date d'anniversaire en 1ere et 2e année ; dans les 2 mois à partir de la 3e année.
3 ^e année et suivantes	7350 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs	
Montant majoré 3 ^e année et suivantes : → Pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]</i>	8767€		
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	12 600 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs	

Article 36-2 : Objectifs à atteindre en contrepartie de l'aide conventionnelle

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage à prendre en charge davantage de patients ou à maintenir le nombre de patients pris en charge.

Les engagements du médecin sont individualisés et fixés selon l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin et selon le nombre de patients dans la ou les patientèles de départ du médecin, définie(s) comme suit :

- **La patientèle Médecin traitant (PMT)** : correspond au nombre total de patients (adultes et enfants), ayant choisi comme médecin traitant le médecin qualifié ou spécialiste en médecine générale ou le pédiatre (comme médecin traitant d'un enfant) ;
- **La patientèle File active (PFA)** correspond au nombre total de patients (adultes et enfants), ayant consulté le médecin signataire du contrat au moins une fois au cours de ces 12 derniers mois, que ce médecin soit le médecin traitant déclaré de ces patients ou non.

Est indiquée en annexe 10 et sur ameli.fr la méthodologie de calcul des objectifs de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir selon l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin et la spécialité médicale du médecin.

Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (MEP inclus) et les pédiatres, il est demandé, en fonction de son niveau de patientèle, une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle médecin traitant (PMT) et dans la patientèle file active (PFA).

Pour les autres spécialités éligibles à l'aide conventionnelle, il est demandé une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle file active (PFA).

- ***Pour les médecins ayant une patientèle comprise entre le 30^e percentile (P30) – inclus - et le 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de la patientèle de la spécialité du médecin***

L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est fixe par spécialité.

- ***Pour les médecins ayant une patientèle entre le P50 et le P94 – inclus -de la distribution nationale de la patientèle de la spécialité médicale du médecin***

L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est individualisé en fonction du nombre de patients dans la patientèle de départ du médecin, selon la méthode décrite en annexe 10.

- ***Pour les médecins ayant de forte patientèle supérieure ou égale p95***

Pour les médecins à fortes patientèles, les objectifs sont de maintenir le niveau de patientèle. Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et - 5% par rapport à la patientèle initiale sera acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée.

Article 36-3 : Cas particuliers

- ***Pour les médecins âgés de 65 ans et plus***

Afin d'accompagner les médecins plus âgés et les inciter à se maintenir en exercice, il est proposé aux médecins âgés de 65 ans de signer un contrat sur la base d'un objectif de maintien de leur patientèle au 30 juin de l'année en cours ou au 31 décembre de l'année précédente.

Les médecins déjà signataires d'un contrat, lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, peuvent bénéficier d'une révision de leur objectif par voie d'avenant.

Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et –moins de 10% par rapport à la patientèle acquise sera acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée.

Au terme du contrat d'aide conventionnelle, ou avant ce terme si ces médecins souhaitent résilier leur contrat à la date anniversaire de ce dernier, ces médecins s'engagent à favoriser :

- la prise en charge de leur patientèle au sein d'une structure d'exercice de leur territoire ;
- le maintien de leur assistant médical dans cet emploi sur leur territoire ;
- la reprise de leur cabinet médical.

- ***Pour les médecins en exercice mixte***

Sont considérés en exercice mixte les médecins ayant une activité médicale à la fois libérale conventionnée et une activité médicale non libérale, notamment salariée.

De ce fait, l'activité libérale de ces médecins ne correspond pas à leur activité totale.

Ces activités médicales ou assimilées, complémentaires à l'exercice médical libéral sont ainsi définies :

- activité de soins salariée en établissement de santé ;
- activité de soins salariée en établissement médico-social ;

- activité de soins salariée en petite moyenne enfance (PMI) ;
- activité salariée de médecine du travail ;
- activité salariée de médecine scolaire ;
- fonctions exécutives dans une MSP ou une CPTS ;
- activité d'expertise médicale ;
- activité dans une ONG médicale ;
- mandat ordinaire ou syndical ou au sein d'une URPS ;
- activité d'enseignement supérieur ;
- activité salariée ou fonctions exécutives dans une association de permanence des soins ou SAS ;
- Activité transversale au sein de la conférence médicale d'établissement ou du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Les médecins concernés doivent produire tout document attestant de toute activité médicale complémentaire à celle qu'ils exercent en libéral.

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par ces médecins est recalculé au prorata de leur activité intégrale : la patientèle du médecin est reconstituée en projection d'une activité médicale libérale intégrale qui sera retenue comme la patientèle de départ du médecin pour définir ensuite l'objectif en nombre de patients supplémentaires.

- ***Pour les médecins primo-installés***

Pour les médecins primo-installés et afin de prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif à atteindre en nombre de patients doit correspondre au nombre de patients du 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de leur spécialité, dans un délai de trois ans.

Un nouvel objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est fixé au médecin au regard de la patientèle qu'il a acquise :

- dès l'atteinte par le médecin d'une patientèle équivalente en nombre de patients au P50 de la distribution nationale de la spécialité du médecin ;
- ou à la fin de la troisième année du contrat, si le médecin a atteint le P50 de la distribution nationale de la spécialité de ce médecin - ou le seuil minimal équivalent au P30 de la distribution nationale de la spécialité de ce médecin.

Ce nouvel objectif fixé par avenant au contrat initial sur la base de la patientèle nouvellement acquise, selon la méthode décrite en annexe 10, est à atteindre dans un délai de 2 ans à compter de la date de signature de l'avenant. À la fin de la deuxième année suivant la signature de l'avenant, le montant de l'aide conventionnelle sera proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Pour le médecin primo-installé avec une activité mixte, son objectif sera modulé en fonction de son temps d'activité libérale réel tout en respectant un objectif minimum du P30 de sa spécialité. De ce fait, son objectif à atteindre dans un délai maximum de trois ans ne pourra être inférieur au P30.

- ***Mutualisation de l'emploi d'un assistant médical***

Les partenaires conventionnels conviennent de l'intérêt de proposer, aux médecins libéraux exerçant dans un même cabinet ou dans une même maison de santé pluridisciplinaire qui le souhaitent, la possibilité de mutualiser les objectifs en terme de patients supplémentaires et les rémunérations associées liés à l'emploi d'un assistant médical. Et plus globalement, d'ouvrir la possibilité à un groupe de médecin de souscrire à un contrat collectif d'emploi d'un ETP d'assistant médical.

À cette fin, les conditions de cette mutualisation seront présentées en CPN pour une entrée en vigueur en 2025.

Article 36-4 : Caractère non substitutif du poste d'assistant médical

Dans le cas où l'assistant médical était déjà salarié par un ou plusieurs des médecins de la structure d'exercice comme secrétaire médical et que ce poste de secrétaire médical n'est pas remplacé, le versement de l'aide conventionnelle est conditionné à l'embauche d'un autre secrétaire médical (dans un délai de 6 mois) ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical (sur justificatif, à produire lors de la signature du contrat) et pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer.

Lorsque le secrétaire médical quitte ses fonctions, quel que soit le motif de rupture du contrat de travail, dans les 6 mois précédant ou suivant l'embauche d'un assistant médical, le poste doit être remplacé pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer (embauche d'un autre secrétaire médical ou recours à un secrétariat médical téléphonique) pour pouvoir continuer à bénéficier de l'aide conventionnelle.

Article 36-5 : Appréciation de l'atteinte des objectifs

- ***Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (MEP inclus) et les pédiatres***

Au vu des résultats à la date d'anniversaire du contrat, à partir de la 3^e année et suivantes, ces médecins : l'atteinte est vérifiée selon les règles suivantes :

PFA	PMT	Part de l'aide versée
Atteint	Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Atteint	100 %.
Atteint	Non atteint (sans ↓*)	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Non atteint (sans ↓*)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

En cas de diminution de la patientèle (PMT ou PFA) par rapport à la patientèle initiale, l'aide n'est pas versée, sauf en cas de circonstances exceptionnelles définies par la CPN à l'Article 101

- ***Pour les médecins des autres spécialités médicales éligibles***

Pour ces médecins auxquels est demandé comme objectif une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle file active (PFA), l'atteinte des objectifs est appréciée selon les règles suivantes :

PFA	Part de l'aide versée
Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Proratisation (taux d'atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

En cas de diminution de la patientèle (PFA) par rapport à la patientèle initiale, l'aide n'est pas versée, sauf en cas de circonstances exceptionnelles définies par la CPN à l'Article 101.

Pour les cas particuliers, l'atteinte des objectifs est appréciée selon les dispositions prévues au sein de l'annexe 10

Article 36-6 : Modalités de versement de l'aide conventionnelle

L'aide est versée en une seule fois les 1^{ères} et 2^e années du contrat dans le mois suivant la signature ou la date anniversaire du contrat.

Elle est versée en deux fois à compter de la 3^e année :

- Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :
 - 50% du montant en 3^e année ;
 - 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4^e année.
- Le solde versé à la date anniversaire de l'année suivante correspond à l'aide maximale, proratisée, le cas échéant, sur la base du taux d'atteinte de l'objectif, de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé au titre de l'année.

Article 36-7 : Les cas particuliers

La CPN établit, au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la présente convention, un cadre permettant de définir le mode de traitement des cas particuliers ou circonstances exceptionnelles pouvant justifier la non atteinte des résultats prévus dans le cadre du contrat. Ces éléments justificatifs seront transmis par le médecin concerné à sa caisse de rattachement.

Article 37. Vie du contrat

Article 37-1 : Délai de carence

En cas de résiliation ou au terme du contrat d'aide conventionnelle, un délai de carence de deux ans est appliqué avant toute signature d'un nouveau contrat sauf circonstances exceptionnelles qui seront définies en CPN.

Article 37-2 : Résiliation des contrats

Une résiliation anticipée du contrat est possible à la demande du médecin signataire, à la date anniversaire de son contrat ou à l'initiative de la caisse en cas de non-respect manifeste des engagements par le médecin signataire.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin ou par la caisse.

Il n'est pas possible de signer un nouveau contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical pour un médecin qui a déjà bénéficié d'un contrat ayant été résilié à l'initiative de la caisse, en raison de la non atteinte des objectifs contractuels, avant un délai de 2 ans.

Article 37-3 : Demandes de changement d'option en cours de contrat

En cas de demande de changement d'option, le médecin signe un avenant pour la durée restante du contrat en cours avec fixation d'un nouvel objectif selon l'option choisie, sur la base de la patientèle initiale.

Article 37-4 : Poursuite des contrats arrivant à leur terme

Les contrats d'aide à l'emploi signés et en cours avant l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent être prorogés lorsque ces contrats arrivent à leur terme et que le médecin souhaite poursuivre dans les mêmes termes et quels que soient :

- le type de dispositions de l'aide à l'emploi d'un assistant médical qui était en vigueur lors de la signature de ces contrats ;
- l'option de temps de travail choisi par le médecin.

Pour ce faire, un avenant au contrat d'aide à l'emploi, visant à proroger ce dernier, pour une durée de cinq ans, est signé entre la caisse et le médecin.

Un modèle d'avenant type au contrat d'aide à l'emploi figure à l'annexe 11 de la présente convention.

Les conditions du contrat initial sont prorogées. L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir est inchangé.

Le montant de l'aide conventionnelle versé à compter de la signature de l'avenant correspond au montant de l'aide à l'emploi de la 3^e année et suivantes proratisé le cas échéant sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Lorsque le contrat d'aide à l'emploi d'un médecin est arrivé à son terme sans que ne soit signé un avenant au contrat, celui-ci sera clôturé.

Article 37-5 : Durée des contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les contrats sont conclus pour une durée de cinq ans et sont renouvelés par tacite reconduction. Lors du renouvellement, le montant de l'aide correspondra au montant de l'aide de la troisième année du contrat pour toute la durée du contrat. Les modalités de versement de l'aide et les objectifs restent les mêmes.

Article 38. Formation des assistants médicaux

Le médecin signataire du contrat s'engage à vérifier l'obtention des certifications nécessaires à l'emploi d'un assistant médical avant le recrutement ou à défaut, à inscrire son assistant médical à la formation dédiée et à l'obtention des certifications exigées par la branche des personnels des cabinets médicaux dans un délai de 2 ans à compter de la signature du contrat.

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modalités de formation des assistants médicaux et de mobiliser, pour ce faire, les acteurs qui en sont les parties prenantes pour garantir :

- la formation de 15 000 assistants médicaux d'ici 2029 ;
- l'évolution des missions confiées à des assistants médicaux titulaires du Certification de qualification professionnel (CQP) ou en formation ;
- l'évolution de missions pouvant être spécifiquement confiées par les médecins à des assistants médicaux ayant une qualification initiale d'infirmière diplômée d'Etat ;
- la poursuite des mesures permettant l'amélioration de l'entrée en formation.

Article 39. Améliorer le recours à l'assistant médical

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les facteurs facilitant le recours à l'emploi d'un assistant médical par les cabinets médicaux en particulier en zones sous denses (évolution de la formation, rôle des groupements d'employeurs, facteurs facilitant la qualité de vie et la conciliation entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle, profils des assistants employés, organisation des locaux, simplifications des démarches administratives...).

Titre 2 : Le dispositif Asalée

Article 40. Le recours aux infirmières Asalée

Les partenaires conventionnels apportent leur soutien au déploiement de l'association Asalée qui apporte une réponse concrète aux enjeux d'accès aux soins et de prévention en permettant une coordination renforcée entre médecins et infirmiers et des délégations d'actes afin de libérer du temps médical en confiant le suivi de pathologies chroniques à des infirmiers.

Titre 3 : La réduction des restes à charge

Article 41. Options pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO)

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique (OPTAM-ACO) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'Assurance maladie. Dans cet objectif, l'Assurance maladie s'engage à faire bénéficier les médecins souscrivant à ces options, outre des incitations financières, à des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1). L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options.

L'Assurance maladie s'engage à accompagner les médecins adhérents ou éligibles à l'une des deux options tout au long de la présente convention notamment concernant les modalités techniques de mise en œuvre de ce dispositif. Aussi, l'Assurance maladie adressera à tous les médecins éligibles une proposition de contrat, en clarifiant les différents avantages financiers que celui-ci emporte, y compris l'impact des modificateurs sur le niveau de dépassement du praticien. Les médecins qui pourraient devenir éligibles grâce à l'augmentation des modificateurs prévus dans la présente convention seront spécifiquement contactés afin que leur éligibilité nouvelle leur soit connue.

Le cadre de l'OPTAM et de l'OPTAM ACO a vocation à être revu dans le cadre de l'avenant conventionnel qui portera la refonte de la CCAM, puisque les tarifs des actes seront amenés à être modifiés de manière substantielle. Aussi, les nouveaux contrats proposés aux médecins à l'entrée en vigueur de la présente convention doivent s'entendre comme des contrats à durée déterminée, qui prendront fin à l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM, pour être remplacés par un nouveau dispositif qui devra être bâti et intégré dans l'avenant CCAM avec les partenaires conventionnels.

Article 41-1 : Les médecins éligibles aux options

Peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée, quelle que soit leur spécialité d'exercice, les médecins :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) ;

- titulaires du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP).

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 12 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables (secteur 1) peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, une seule option peut être choisie. Ainsi, une adhésion à l'OPTAM ne peut être cumulée avec une adhésion à l'OPTAM-ACO.

Article 41-2 : Modalités particulières d'adhésion à l'OPTAM-ACO

L'option anesthésie-chirurgie-obstétrique est ouverte aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie-réanimation, une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte d'anesthésie », « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

En l'absence d'activité antérieure, les médecins nouvellement installés dans les spécialités concernées choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-ACO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM.

Article 41-3 : Les engagements des options pratiques tarifaires maîtrisées

Le médecin adhérent à une option s'engage à faire bénéficier ses patients d'un tarif maîtrisé et d'un meilleur remboursement de ses soins.

- ***Engagements du médecin à une option***

Le bénéfice des options pratiques tarifaires maîtrisées repose sur le respect de deux indicateurs définis ci-après.

Les rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires pris en compte pour le calcul de ces indicateurs.

1. Le taux de dépassement

L'engagement sur le taux de dépassement repose sur **le taux de dépassement constaté recalculé** sur la période de référence.

Le taux de dépassement constaté est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence (cf. infra).

$$\text{Tx de dépassement constaté} = \frac{\sum (\text{dépassements de la période de référence})}{\sum (\text{honoraires remboursables sur la période de référence})}$$

Le **taux de dépassement constaté recalculé** est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence sur la base des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 appliqués à l'activité du médecin.

Tx de dépassement constaté recalculé = Σ (dépassements recalculés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables recalculés sur la période de référence)

- Avec honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence
- Avec dépassements recalculés = (honoraires totaux constatés – honoraires remboursables recalculés)

Les médecins dont le **taux de dépassement recalculé est supérieur à 100 %** ne peuvent pas bénéficier des options. L'Assurance maladie s'engage à proposer l'option à tous les professionnels de santé qui sont, ou deviendraient, éligibles tout au long de la convention.

Ainsi, les médecins ayant des taux de dépassements constatés proches de 100% pourraient devenir éligibles aux options, puisque l'intégration des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à leur activité va mécaniquement réduire leur taux de dépassement **recalculé**, pour atterrir à un taux de dépassement recalculé inférieur à 100%. L'assurance maladie engagera une action d'information destinée à ces médecins pour les inviter à adhérer à l'OPTAM ou à l'OPTAM ACO

2. Le taux d'activité à tarif opposable

L'engagement sur le taux d'activité à tarif opposable repose sur le taux d'activité à tarif opposable constaté recalculé sur la période de référence.

Le taux d'activité à tarif opposable constaté est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence.

Taux d'activité à tarif opposable constaté = Σ (honoraires à tarifs opposable constatés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables sur la période de référence)

Le taux d'activité à tarif opposable constaté et recalculé est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence et inclut les situations où le médecin est réglementairement tenu de pratiquer son activité à tarif opposable (notamment pour les patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire).

Taux d'activité à tarif opposable recalculé = Σ (honoraires à tarifs opposable recalculés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables recalculés sur la période de référence)

- Avec Honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence

- Avec honoraires à tarifs opposable recalculés = \sum (honoraires à tarifs opposables après application des tarifs de remboursement des médecins de secteur 1)

Les médecins qui ne respectent pas les obligations réglementaires de facturation à tarifs opposables ne sont donc pas éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Période de référence :

Les années civiles 2022 et 2023 constituent la période de référence.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure ayant la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander, pour leur adhésion individuelle à l'option, à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours de la période de référence ou, pour les médecins n'ayant pas de pratique tarifaire sur la période de référence, du taux moyen national ou régional ajusté, mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cas particulier des médecins nouvellement installés :

Dans le cas d'une adhésion d'un médecin nouvellement installé n'ayant pas eu d'activité sur la période de référence, le taux de dépassement applicable est le suivant :

- application du taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement recalculés pour les médecins éligibles¹ à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;
- application du taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention et dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%) des taux de dépassement recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Ce taux régional est minoré de 5 points pour la région ayant le taux le plus élevé et réduit à ce taux minoré, dit « taux plafond », pour les régions dont le taux se situe au-delà de ce taux plafond. Il est majoré de 10 points pour la région ayant le taux le plus bas et porté à ce taux majoré, dit « taux plancher », pour les régions dont le taux se situe sous ce taux plancher. Dans le cas où pour une spécialité, l'écart entre la région ayant le taux de dépassement le plus élevé et la région ayant le taux de dépassement le plus faible est de moins de quinze points, alors aucun ajustement à la moyenne régionale n'est réalisé.

Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant :

¹ Les médecins dits éligibles sont les médecins dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%

- au taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs des taux d'actes à tarifs opposables recalculés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;
- au taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention, des taux d'activité à tarifs opposables recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur la période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Par dérogation, les médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour le suivi des taux d'engagement dans les options des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant uniquement compte de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée à titre libéral, au cours de la période de référence.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'Article 12 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur au taux moyen régional susmentionné sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux moyen national est retenu. Le taux d'activité réalisé à tarif opposable ne peut être inférieur au taux moyen régional susmentionné.

Article 41-4 : Engagement de l'Assurance maladie

a. Bénéfice des tarifs de remboursement du secteur à honoraires opposables (secteur 1)

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficiant des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1).

b. Rémunération spécifique pour les médecins adhérents à l'OPTAM exerçant dans le secteur à honoraires différents (secteur 2)

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'OPTAM, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée comme le produit du taux de cotisations moyen sur les trois risques (maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse, ce taux varie en fonction de chaque spécialité tel que défini à l'annexe 12) et des honoraires réalisés à tarifs opposables.

L'assiette des honoraires retenus dans le calcul de la prime est définie en annexe 13.

Cette rémunération est dégressive en fonction du niveau de respect des engagements :

Pour chacun des deux taux d'engagements (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables), le taux constaté est comparé au taux d'engagement.

Lorsque le médecin n'a atteint aucun de ses deux taux d'engagements, alors le respect est mesuré en additionnant les deux écarts entre les taux constatés et les taux d'engagements.

Lorsque le médecin n'a atteint qu'un des deux taux d'engagements de son option, alors le respect est mesuré uniquement sur le taux d'engagement qui n'a pas été respecté, sans que le taux d'engagement qui a été atteint ne puisse venir compenser le taux non atteint.

Niveau de respect et taux appliqué au calcul de la prime :

- Respect strict des engagements : versement de 100% du montant de la rémunération spécifique
- Ecart de 1 à 2 points : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 2 à 3 points : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 3 à 4 points : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 4 à 5 points : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart supérieur à 5 points : aucun versement de la rémunération spécifique.

Le montant calculé pour une année N est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Montant Prime = Honoraires remboursables constatés x le taux d'opposable constaté x le taux de la spécialité défini à l'annexe 12 x le niveau de respect

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, bénéficient du modificateur T. Ils peuvent bénéficier du modificateur K lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, sans ou avec participation financière, ou pris en charge en urgence.

c. Application du modificateur K pour les adhérents à l'OPTAM-ACO

Les médecins adhérents à l'OPTAM-ACO peuvent appliquer le modificateur K applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Cette liste inclut notamment l'acte de curetage sur fausse couche (JNMD001).

d. Création d'un modificateur pour les anesthésistes adhérents à l'OPTAM-ACO

À compter du 1er janvier 2025, pour les médecins anesthésistes, un modificateur applicable à leurs actes d'anesthésie définis à l'annexe 19. Il est fixé à 8% pour les anesthésistes en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO et à 12% pour les anesthésistes exerçant en secteur à honoraires opposables.

Par dérogation, les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée pourront coder ce modificateur à 8 % pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S), sans ou avec participation financière, ou pour les actes dispensés en urgence.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 41-5 : Avenant aux options en cas de modification des tarifs de remboursement des actes pendant la durée de l'option

Pendant la durée des options, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et le taux d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions ci-dessous.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui, tout en réduisant leur taux de dépassement, doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérant à chaque hausse de tarifs de remboursement pendant la durée de la convention. Figurent dans cet avenant, les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement de la présente convention soit partagé entre les médecins et l'Assurance maladie. Ce partage de gain est dépendant du dernier niveau de respect disponible constaté dans l'option pratique tarifaire maîtrisée du médecin par l'Assurance maladie :

Niveau du dernier respect disponible constaté par l'Assurance maladie	Niveau de partage de gains appliqué en faveur du médecin
Respect strict	60%
Non-respect compris entre 1et 5 points	40%
Non-respect supérieur à 5 points	0%

Ainsi, les médecins en respect strict pourront réintégrer 60% du montant de la revalorisation de la base de remboursement (écart entre l'ancienne et la nouvelle base de remboursement) dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements et les médecins en non-respect compris entre 1 et 5 points pourront réintégrer 40% du montant de la revalorisation de la base de remboursement. Les nouveaux taux proposés aux médecins dans les avenants à l'option pratique tarifaire maîtrisée intègrent ce partage des gains.

Article 41-6 : Modalités d'adhésion et durée de l'option pratique tarifaire

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à une option auprès de la caisse de son lieu d'installation, par le biais d'un contrat conforme aux contrats-types dont les modèles figurent à l'annexe 14 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut résilier son option à tout moment dans les conditions décrites à l'Article 41. Ces options tarifaires, transitoires, ont vocation à s'appliquer jusqu'à la mise en œuvre de la réforme de la CCAM.

Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'Article 41 du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM-ACO, pour la durée de la convention.

Les médecins bénéficiaires de l'OPTAM-CO à la date de publication de la présente convention conservent la dénomination de leur option jusqu'à signature d'un nouveau contrat ou d'un avenant mentionnant la nouvelle dénomination « OPTAM-ACO ».

Article 41-7 : Modalités de suivi des engagements de l'option

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'Assurance maladie informe mensuellement le médecin adhérent sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

À l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'Assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année n sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année n et liquidée à la date du 31 mars de l'année n+1).

Article 41-8 : Modalités de résiliation de l'option

- **Modalités de résiliation par le médecin :**

Le médecin a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à l'OPTAM par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

- **Modalités de résiliation par la caisse :**

A/ Résiliation pour non-respect des engagements

La caisse qui, à l'issue de l'année civile considérée, constate le non-respect par un médecin de ses engagements, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit comporter l'ensemble des anomalies constatées et les différentes étapes de la procédure décrite ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux 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, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

Le cas échéant, à l'issue de ce délai, la caisse notifie au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. Le cas échéant, la caisse engage, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année ; lorsque le non-respect est strictement supérieur à 10 points, la récupération des sommes versées est systématiquement engagée simultanément à la résiliation.

B/ Résiliation pour absence de signature du médecin de l'avenant prévu à l'Article 41

La caisse qui constate l'absence de signature du médecin de l'avenant, dans un délai de deux mois suivant l'envoi par la caisse de la proposition d'avenant à son option, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit constater l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux 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, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. Par ailleurs, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes versées (modificateurs notamment), pour la période entre l'envoi de notifications d'avenant et la résiliation de l'option.

Article 41-9 : Impact de la nouvelle convention sur les anciennes options pratiques tarifaires maîtrisées prévues par la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et prorogée par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2024

Les options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et prorogée par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogées jusqu'au 31 décembre 2024 dans les conditions définies en annexe 15. Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO définies dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ont la possibilité d'adhérer à ces contrats.

Aucune adhésion aux options pratiques tarifaires maîtrisées issues de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dans les conditions définies à l'annexe 15 n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 41-10 : Modalités de mise en œuvre des options OPTAM et OPTAM-ACO

Les options tarifaires OPTAM et OPTAM-ACO telles que définies dans la présente convention sont ouvertes au 1^{er} janvier 2025.

Les médecins adhérents aux options OPTAM et OPTAM-CO issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et définies à l'annexe 15 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 41-11 : Travaux prospectifs

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux visant à identifier des scénarios d'évolution du dispositif dans le prolongement de la révision de la CCAM, dans un double objectif de meilleur accès financier aux soins et de renforcement de l'attractivité et de la lisibilité du dispositif.

Article 42. Le tiers-payant

Article 42-1 : Le tiers-payant légal pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

Conformément à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire est accordé à tous les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Article 42-2 : Le tiers-payant légal sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

Le tiers-payant sur la part base est obligatoire dans les cas suivants :

- les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les examens de prévention sanitaire et sociale dont bénéficie l'enfant de moins de 18 ans, mentionnés à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique et pris en charge à 100% au titre de l'Assurance maladie (article L. 162-1-22 du code de la sécurité sociale) ;
- les examens bucco-dentaires de prévention mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dentofaciale (article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale) ;
- la consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste pour les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans (article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins en rapport avec une affection de longue durée donnant lieu à une exonération du ticket modérateur (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les actes donnant lieu à la prescription de contraception et à la prévention en matière de santé sexuelle pour les assurées âgées de moins de 26 ans (article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins en lien avec un évènement terroriste pour les victimes recensées par le ministère de la Justice et disposant d'une attestation de prise en charge spécifique (article L. 169-8 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins délivrés aux bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles) ;
- les soins délivrés aux personnes en aménagement de peine (article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale) ;
- les actes réalisés pour les dépistages dits organisés, effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique ;
- les soins relatifs aux accidents du travail et maladies professionnelles (articles L. 432-1 à L. 432-4-1 du code de la sécurité sociale).

Article 42-3 : Le tiers-payant dans le cadre des dispositifs dérogatoires de crise sanitaire

En cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, un décret peut prévoir notamment la prise en charge intégrale de certaines prestations et la dispense d'avance de frais (L. 16-10-1 du CSS).

Article 42-4 : Le tiers-payant pour certains actes particulièrement coûteux

Les médecins amenés à facturer des actes particulièrement coûteux, à savoir les actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale, pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire.

Article 42-5 : Le tiers-payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte consécutive 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 42-6 : Le tiers-payant pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, l'article L. 4211-3 du code de la santé publique précise que les médecins qualifiés de pharmaciens peuvent être autorisés par l'ARS à délivrer, aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit.

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'Assurance maladie obligatoire. Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée par le conseil d'administration de la CNAM le 28 novembre 2000.

Article 42-7 : L'accessibilité au dispositif de la complémentaire santé solidaire

L'Assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière. À cet égard, l'information que le patient bénéficie de la complémentaire santé solidaire figure dans la carte Vitale et sur l'attestation tiers-payant intégral de l'assuré.

Titre 3 : L'accès aux soins bucco-dentaires

Article 43. Médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire

Article 43-1 : Spécialités concernées

L'article L. 4141-5 du code de santé publique dispose que certains « *praticiens munis à la fois, en application du 1° de l'article L. 4111-1 de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin, et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste* » puissent se faire inscrire à l'ordre des médecins. De ce fait, les médecins des spécialités suivantes sont habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire :

- stomatologie (code spécialité : 18) ;
- chirurgie maxillo-faciale (code spécialité : 44)
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (code spécialité : 45) ;
- chirurgie orale (code spécialité : 69).

Article 43-2 : Condition d'accès spécifique

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels, pour la réalisation de soins bucco-dentaires de première intention (thérapeutiques et radiographiques) incluant les actes de :

- soins de prévention bucco-dentaire ; soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- soins conservateurs : obturations dentaires définitives, endodontie ;
- soins chirurgicaux : avulsions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales ;
- soins de prothèse dentaire ;
- traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par ces spécialistes sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou par son chirurgien-dentiste et que les spécialistes précités procèdent à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et le cou qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont prescrits par les médecins spécialistes précités.

Article 43-3 : Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à une demande d'accord préalable, le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 complète le formulaire de demande d'accord préalable sur la partie confidentielle réservée à cet effet. Il indique la nature de l'acte ou du traitement en fonction de la nomenclature générale des actes professionnels ainsi que les motifs de sa demande.

Il certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature.

Article 44. Honoraires pratiqués

Article 44-1 : Principe

Le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 établit ses honoraires selon le secteur conventionnel qu'il a choisi lors de son installation tel que défini à l'Article 11 et à l'Article 12 et de son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM ACO) si le médecin relève du secteur à honoraires différents (secteur 2).

Article 44-2 : Dépassement d'honoraires et honoraires limites de facturation

Les tarifs des soins prothétiques et orthodontiques des médecins des spécialités définies à Article 43-1 peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraires, en entente directe (ED) avec le patient, sauf celui-ci bénéficie de la couverture santé solidaire (C2S).

Un devis doit alors être établi par ces médecins, dans les conditions prévues à l'Article 44. En cas d'entente directe portant sur la réalisation soins prothétiques ou orthodontiques, la caisse ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires.

Le médecin des spécialités précitées porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus. Pour la réalisation de soins prothétiques, le médecin est tenu de respecter les honoraires limites de facturations et les montants maximum applicables aux bénéficiaires de la C2S tels que définis à l'annexe 16 de la présente convention.

Article 44-3 : Devis obligatoire

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique et comportant notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- Le montant de la base de remboursement est indiqué dans le modèle de devis figurant dans l'annexe 16.

Ce devis doit être daté et signé par le médecin précité et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

Dans l'hypothèse où le médecin précité proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention d'un organisme complémentaire d'Assurance maladie), le médecin précité s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis est établi en annexe 16 de la présente convention accompagné d'une fiche explicative.

Article 44-4 : Tarifs des actes techniques

Les tarifs des actes CCAM et des modificateurs ouverts à la facturation par les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 sont définis dans l'annexe 24 de la présente convention.

L'acte HBLD425, dont la base de remboursement est de 279,50 €, sera supprimé à compter du 1^{er} janvier 2026. Seront créés à la place de ce dernier, à partir du 1^{er} janvier 2026, les actes HBLD099 et HBLD426 dont la base de remboursement sera identique.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs J et K pour les médecins précités en chirurgie figure dans l'annexe 19 de la présente convention.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs N figure dans l'annexe 16 de la présente convention.

Article 44-5 : Prise en charge de nouveaux actes

Les créations d'actes pour lesquels un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) a déjà été retenu doivent faire l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Les créations d'actes pour lesquels un avis de la HAS est attendu devront, après publication de cet avis HAS, faire aussi l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Sous réserve de l'avis de la HAS, les partenaires conventionnels décident de la prise en charge pour tous les patients des actes suivants :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente ;
- la coiffe pédodontique préformée ;
- les scellements thérapeutiques ;
- l'ART (atraumatic restorative treatment).

Sous réserve d'un avis de la HAS, les partenaires conventionnels envisagent les tarifs suivants pour la réalisation de ces actes au bénéfice de la population susmentionnée :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent : 35 euros la séance pour 1 à 5 dents maximum ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente : 80 euros ;
- la coiffe pédodontique préformée : 150 euros sans possibilité d'entente directe.

La prise en charge de la séance d'application topique intrabuccale de fluorures (vernis fluoré) (HBLD045) est étendue à tous les patients âgés de 3 ans à 24 ans, au tarif de 25 euros.

À compter du 1^{er} janvier 2026, le tarif de l'acte d'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent temporaire (Hbfd006) sera fixé à 36 euros.

Les partenaires conventionnels conviennent de prendre en charge l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006). Le tarif de l'acte serait fixé à 30 euros avec des honoraires limites de facturation à 150 euros à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour celles qui le nécessitent, cette entrée en vigueur est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 45. Génération sans carie

Article 45-1 : Principe

Par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes bucco-dentaires conservateurs, les partenaires conventionnels souhaitent tendre vers une première « génération sans carie ».

Le principe de cette « génération sans carie » consiste à renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes », les examens de prévention, en les annualisant et en les revalorisant. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs pour les patients âgés au départ de 3 à 24 ans, afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires lors de leur vie d'adultes.

Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'examen bucco-dentaire (EBD).

Le dispositif « génération sans carie » s'adresse aux ayants droit ou assurés sociaux remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance maladie âgés de 3 à 24 ans inclus.

Article 45-2 : L'examen bucco-dentaire (EBD)

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

À partir du 1^{er} janvier 2025, les assurés sociaux ou leurs ayants droit bénéficient chaque année, entre 3 et 24 ans, d'un examen de prévention et des soins consécutifs nécessaires.

Article 45-3 : Contenu de l'examen bucco-dentaire (EBD)

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le médecin lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un seul acte à réaliser (un seul code CCAM listé dans l'annexe 16 de la présente convention), 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 spécialiste (CS) et d'un examen de prévention.

Article 45-4 : Soins complémentaires à l'examen bucco-dentaire (EBD)

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques conformément à la liste fixée en annexe 16. Ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Article 45-5 : Tarifs d'honoraires

Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires et aux soins complémentaires, les partenaires conventionnels s'engagent à définir et proposer les solutions permettant de garantir une dispense d'avance de frais et une absence de reste à charge pour les bénéficiaires, ainsi qu'une garantie de paiement pour les médecins.

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1er janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC).

L'examen est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et avec une dispense d'avance de frais.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le médecin de spécialité précité peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies.

La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 16 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 45-6 : Modalités pratiques

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit, de la caisse d'Assurance maladie dont il relève, une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte peut consulter le médecin des spécialités définies à l'Article 43 de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en le demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les médecins des spécialités précités réalisant

l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 45-7 : Soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

La liste des actes associables au modificateur 9 figure dans l'annexe 16.

Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire (DSR), ainsi que les actes de parodontie indiqués, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs.

Article 45-8 : Suivi médico-économique

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir et de suivre les indicateurs médicaux, économiques et sociaux permettant de déterminer l'impact de ces nouvelles mesures conventionnelles sur la santé bucco-dentaire des patients âgés de 3 à 24 ans, au fil du temps.

Ces indicateurs seront notamment :

- un indicateur médical de suivi : l'indice carieux de cette population ;
- un indicateur économique de suivi : l'évolution des dépenses de soins de prévention et des soins conservateurs de cette population, par cotation et par tranche d'âge ;
- un indicateur social de suivi : l'évolution du recours aux soins et à l'EBD de cette population, par tranche d'âge et par cible.

Cette évaluation s'appuie sur les données saisies par les médecins lors de la réalisation de l'EBD. Les partenaires s'engagent à soutenir la réalisation et l'usage par les médecins des spécialités précitées d'outils numériques de renseignement et de collecte de telles données médicales, au sein par exemple, de Mon espace santé.

Article 45-9 : Engagements du médecin

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 s'engagent à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- 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 ;

- déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
- transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
- répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après.
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Article 46. Dispositif de prévention pour les femmes enceintes

Article 46-1 : Bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance maladie obligatoire au jour de l'examen, bénéficient de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites à l'Article 45 à compter du 4e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Article 46-2 : Contenu de l'examen bucco-dentaire

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...);
- un examen bucco-dentaire (dents et parodontie, éventuelle gingivite) ;
- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par les médecins lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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.

Article 46-3 : Tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires de cet examen bucco-dentaire sont identiques aux tarifs décrits à l'Article 45.

Article 46-4 : Mise en œuvre

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée, la caisse d'Assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour elle-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte les médecins des spécialités définies à l'Article 43 de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen est télétransmise. En cas d'impossibilité, le médecin des spécialités précitées complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure renseignements médicaux est à conserver par le médecin dans le dossier de la patiente.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les médecins des spécialités précitées réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé.

Article 47. Dispositif 100% santé dentaire

Article 47-1 : Contenu des paniers du 100% santé dentaire

L'offre « 100% Santé dentaire » constitue un ensemble d'actes prothétiques pour lesquels, selon le panier auxquels ils appartiennent, le reste à charge pour le patient est nul ou maîtrisé via une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes d'Assurance maladie complémentaires (AMC).

Cette offre comprend trois paniers d'actes prothétiques décrits ci-dessous. Le détail et la répartition des actes contenus dans ces trois paniers ainsi que les honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet de dépassements d'honoraires, en entente directe se trouvent dans l'annexe 16.

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 peuvent pratiquer au-delà de la base de remboursement, par entente directe et sur devis, des dépassements d'honoraires qui sont, pour les actes des paniers « reste à charge zéro » et « reste à charge modéré », plafonnés selon des honoraires limites de facturation.

Article 47-2 : Panier « reste à charge zéro » (RAC 0)

Dans le panier « reste à charge zéro » (RAC 0), des honoraires limites de facturation déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 et que les AMC sont dans l'obligation de prendre en charge intégralement dans le cadre du dispositif des « contrats responsables ».

À compter du 1er janvier 2026, les actes de pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073) sera intégré au panier RAC 0.

À compter du 1er janvier 2026, l'acte HBLD425 sera subdivisé en :

- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramiques monolithiques zircone et 1 élément intermédiaire céramique monolithique zircone (HBLD0992) sera créé et intégré au panier RAC 0 ;
- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone (HBLD4261) sera créé et intégré au panier libre (en lien avec article ci-après).

Article 47-3 : Panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)

Dans le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M), des honoraires limites de facturation déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 et que les AMC peuvent prendre en charge partiellement ou intégralement.

Les actes contenus dans le panier RAC M peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge pour les patients mais celui-ci est « maîtrisé » via les honoraires limites de facturation.

À compter du 1er janvier 2026, l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006) sera intégré au panier RAC M.

Article 47-4 : Panier à tarif libre

Dans le panier à tarif libre, les honoraires pratiqués, sur entente directe et sur devis, au-delà de la base de remboursement (tarif de responsabilité) sont librement définis par médecins des spécialités définies à l'Article 43. Les AMC sont libres de prendre en charge tout ou partie de ces honoraires. Les actes contenus dans le panier à tarif libre peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge.

Article 47-5 : Évolution des honoraires limites de facturation

² Code acte temporaire en attendant que le code CCAM définitif soit déterminé lors de la création des 2 actes

À compter du 1er janvier 2026, les honoraires limites de facturation des paniers RAC O et RAC M seront augmentés de 3 %. Les honoraires limites de facturation applicables à compter de cette date sont précisés en annexe 16.

Article 47-6 : Alignement des montants maximums C2S

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'opportunité d'aligner les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sur les honoraires limites de facturation pour les actes communs du panier RAC O d'ici 2028. Ces montants maximums figurent à l'annexe 16.

Article 48. Autres dispositions

Article 48-1 : Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient

Le séjour en établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue à éloigner les patients des soins bucco-dentaires. Un bilan dentaire spécifique dans les 12 mois qui suivent l'entrée dans l'établissement est créé afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces populations fragiles.

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS comprendrait a minima :

1. une anamnèse menée avec l'équipe de soins de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;
2. un examen buccal :
 - examen exo et endobuccal complet ;
 - évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjointes) et l'identification des prothèses adjointes ;
 - évaluation de la salive : quantité et qualité.
3. Une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;
4. Une inscription dans le dossier médical du patient : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

La rémunération du bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS est valorisée à 40 euros.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que ce bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS. Il ne peut y avoir, au cours d'une

même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention. La liste des actes associables au bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS figure dans l'annexe 16.

Ces dispositions entrent en vigueur au 1er janvier 2025.

Article 48-2 : Prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée

Le bilan parodontal et de l'assainissement parodontal est prise en charge pour les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

- les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) ;
- les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) ;
- les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) ;
- les patients avec une maladie coronaire (code 13) ;
- les patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) ;
- les patients avec une spondylarthrite grave (code 27).

La prise en charge des actes d'assainissement parodontal (détartrage surfaçage radiculaire) concerne les actes décrits dans l'annexe 16 qui portent les codes : HBJA003, HBJA171 et HBJA634.

Titre 4 : Les dispositifs visant à garantir l'accès aux soins non programmés

Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés en journée et aux horaires de permanence de soins (PDSA) autour des priorités suivantes:

- ✓ Rendre la régulation médicale téléphonique efficiente, en journée et sur les horaires PDSA afin de protéger le système de santé des demandes de soins non programmées mais non urgentes ;
- ✓ Favoriser pour les médecins traitants l'accueil des SNP en journée pour leur patientèle traitante ;
- ✓ Couvrir l'ensemble du territoire d'un dispositif de permanence et de continuité des soins en journée (SAS), la nuit le week-end et les jours fériés (PDSA) afin de répondre à l'ensemble des besoins de soins et d'éviter les recours inutiles au système hospitalier ;
- ✓ Favoriser la participation du plus grand nombre de médecins au SAS et à la PDSA afin de limiter la charge individuelle que représente la permanence et la continuité des soins sur un territoire.

L'organisation des soins non programmés comporte deux volets, un volet non régulé et un volet régulé reposant sur le SAS et la PDSA selon les horaires.

Les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des soins non programmés tout en évitant certaines dérives constatées. Ainsi, ils soutiennent toutes les organisations qui permettent de répondre aux besoins de soins non programmés, particulièrement dans un cadre régulé, lorsque ces organisations sont conformes aux attentes et besoins des acteurs de soins du territoire.

Un groupe de travail conventionnel est créé pour accompagner la mise en œuvre de ces mesures et, en lien avec le ministère chargé de la santé et le Conseil de l'Ordre des médecins, travailler aux

adaptations du cadre de la prise en charge des soins non programmés et définir un cahier des charges de bonnes pratiques relatives à l'organisation de la régulation.

L'ensemble des mesures ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires et frais accessoires seront mises en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et applicables, sauf mention contraire, à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 49. La prise en charge des soins non programmés en dehors des horaires de PDSA

Article 49-1 : L'accès aux soins non programmés régulé par le service d'accès aux soins (SAS)

Le service d'accès aux soins vise à réguler les demandes de soins non programmés en journée sur un territoire. Il s'agit d'une part de protéger le système de santé de demandes de soins non urgentes, d'autre part de répondre le plus efficacement et rapidement possible aux besoins de soins réels. La régulation médicale téléphonique permet ainsi de faire tomber la majorité des demandes de soins (conseil, envoi d'une ordonnance, etc.) ou de réorienter le patient vers son médecin traitant (dès lors qu'il y en a un). De manière subsidiaire, le patient est adressé à un médecin du territoire inscrit au SAS.

Les soins non programmés sont définis comme une urgence ressentie par le patient mais ne relevant pas, *a priori*, médicalement de l'urgence vitale et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins s'entendent comme les actes réalisés par un médecin dans les 48h qui suivent l'adressage par la régulation libérale du SAS.

Article 49-2 : La prise en charge des soins non programmés dans le cadre du SAS

- ***Valorisation des consultations réalisées à la demande du SAS en dehors de la patientèle du médecin traitant***

La consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant autre que le médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, est valorisée par la majoration « SNP ».

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS, il peut facturer en sus de la cotation SNP, une nouvelle majoration « SHE » de 5 euros. Le nombre de majorations SNP facturées suite à régulation du SAS est limité à 20 par semaine et par médecin.

- ***Cas particulier des psychiatres***

La consultation réalisée par le psychiatre dans les 48 heures qui suivent la demande de la régulation SAS est facturée avec le code MCY (ou TC2 lors d'une téléconsultation), dans les conditions définies par la NGAP.

Les majorations SNP et SHE ne s'appliquent pas aux psychiatres.

- ***Valorisation des visites réalisées dans un délai court après la demande du SAS***

Lorsque le médecin intervient au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS, il peut facturer une nouvelle majoration « MVR » de 10 euros à compter du 1^{er} janvier 2026. Cette majoration est applicable lorsque la visite est facturée à tarif opposable, et cumulable avec les majorations spécifiques mentionnées ci-dessus.

Article 49-3 : La participation à la régulation libérale du SAS

Le fonctionnement de la régulation libérale est organisé sous l'autorité de l'Agence régionale de santé en lien avec les acteurs de la médecine de ville. La participation des médecins à la régulation libérale du SAS est valorisée à hauteur de 100 euros par heure (majoration de 20% dans les DROM-COM), avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur à honoraires opposables.

Article 49-4 : L'accès aux soins non programmés en dehors de la régulation du SAS

- ***Les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente***

La majoration d'un montant de 15 euros dénommée MRT (majoration médecin traitant régulation) valorise la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, pour l'un de ses patients, dans les 48 heures suivant la demande du centre de régulation médicale des urgences pendant les horaires habituels de ses consultations. Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée uniquement en cas de respect des tarifs opposables et n'est pas cumulable avec les autres majorations qui peuvent exister dans le cadre de la permanence des soins. Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation médicale, il peut facturer en sus de la cotation MRT, une nouvelle majoration « SHE » de 5 euros.

- ***Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant***

À la prise en charge par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant doit intervenir dans les 4 jours ouvrés suivants l'adressage par le médecin traitant

A compter du 1^{er} janvier 2026, la consultation du médecin traitant adressant le patient à un autre spécialiste pour une intervention dans les 4 jours ouvrés est valorisée par la majoration spécifique, dénommée MUT (Majoration d'Urgence du médecin Traitant).

À compter du 1^{er} janvier 2026, la consultation réalisée dans les 4 jours ouvrés par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, le médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou le médecin régulateur du Centre 15 est valorisée par la majoration spécifique dénommée MCU (Majoration Correspondant Urgence). Ce même délai s'applique à la consultation du psychiatre MCY prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP.

Les majorations et cotation ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins. Ces majorations et cotation ne peuvent être facturées qu'en cas de respect des tarifs opposables.

Article 50. La prise en charge des soins non programmés en période de permanence des soins ambulatoire

Les partenaires conventionnels s'accordent pour inscrire les majorations et leurs règles de facturation visées à l'Article 49 ci-dessus dans une future version de la NGAP.

Article 50-1 : Les soins non programmés et régulés en période de PDSA

L'accès aux soins doit être garanti aux patients en dehors des heures ouvrables ou lors des jours non travaillés, pour les besoins de soins définis par les pouvoirs publics dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire définie aux articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Dans ce cadre, les caisses assurent le paiement des forfaits de régulation et d'astreinte dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux de la PDSA³.

Des majorations d'actes spécifiques sont également applicables. Ainsi, lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture ses actes à tarif opposable et bénéficie de majorations spécifiques (définies à l'annexe 1).

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire ces majorations dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) selon les règles suivantes :

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

³ L'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire fixe un plancher des forfaits d'astreinte

- Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois ;
- Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévues à l'article 14 de la NGAP) ni avec les majorations de déplacements (prévues à l'article 14.2 de la NGAP) – à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention ;
- Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Les assurés bénéficient, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais.

Article 50-2 : Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation

Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration de 5 euros (MHP) sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées au précédent article et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visés aux articles 14 et 14.2 de la NGAP.

- ***En cas d'urgence justifiée par l'état du malade***

Lorsque le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles, il peut bénéficier de majorations visées à l'article 14 et 14.2 de la NGAP.

Cette majoration est également facturable par le médecin traitant qui intervient pour ses patients en situation d'urgence clinique.

Au regard de la définition de l'urgence ci-dessus, *de facto*, ces majorations ne sont pas facturables dans le cadre d'une téléconsultation.

Cette mesure entre immédiatement en vigueur, dès l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- ***Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin dans certaines situations***

L'acte technique YYYY010 - traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes:

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique - est *de facto* facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

La modification du libellé de l'acte sera introduite au 1^{er} janvier 2025.

La CPN définit le cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation après validation en CPL. Préalablement à l'examen en CPL, la caisse de rattachement de l'organisation échange avec l'ARS sur la cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale des soins.

Article 50-3 : Les consultations à domicile en période de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Afin de soutenir la réalisation de consultations à domicile (après régulation ou non) le tarif des visites aux horaires de PDSA est revalorisé de 6,50 euros le 1^{er} janvier 2026 lorsqu'elles sont facturées à tarif opposable.

L'entrée en vigueur des mesures est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 51. La permanence des soins en établissement de santé privé

Les caisses d'Assurance maladie assurent le paiement des forfaits de garde et d'astreinte définis réglementairement⁴ pour la permanence des soins en établissements de santé privés, ainsi que le paiement des actes effectués et prévus par la nomenclature.

Les partenaires appellent à une revalorisation des gardes dès 2025 pour converger avec les praticiens hospitaliers et au lancement des réflexions sur les astreintes.

Article 52. Des actions de contrôles concertées

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de s'assurer du bon usage des majorations de soins non programmés afin de s'assurer qu'elles permettent réellement de répondre à des besoins de soins non programmés. Ainsi des plans de contrôles seront menés en lien avec les commissions paritaires locales et les conseils de l'ordre pour vérifier la conformité des majorations facturées.

Titre 5 : Les équipes de soins spécialisés (ESS)

Face aux difficultés d'accès aux soins spécialisés en raison d'une offre globalement insuffisante aggravée par une inégale répartition géographique, la création d'équipes de soins spécialisées (ESS) est une solution pour améliorer l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Les équipes de soins spécialisées contribuent à l'organisation des soins de leur spécialité et s'organisent pour répondre aux besoins de soins spécialisés dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient. Les ESS, en contribuant à structurer le second recours, améliorent les parcours de santé des patients. Elles facilitent l'articulation des médecins spécialistes volontaires d'une part avec les acteurs de soins primaires, dont les CPTS, d'autre part avec les acteurs du troisième recours, à savoir les établissements de santé.

⁴Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé pris en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique

Les équipes de soins spécialisées ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.

Article 53. Missions socles

Afin de bénéficier des financements prévus par la présente convention, les ESS doivent obligatoirement remplir les missions socles suivantes :

Mission socle de l'ESS	Activités de l'ESS
Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à structurer l'offre de 2^e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3^e recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants • Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultation ou téléexpertise
Mission optionnelle de l'ESS	Activités de l'ESS
Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP

Article 54. Rapport annuel d'activité des actions de l'ESS

Chaque année, l'ESS remet un rapport d'activité synthétique à sa CPAM et son ARS pour justifier du respect des missions socles de l'ESS et du nombre à date d'adhérents à l'ESS.

Article 55. Critères conditionnels à la création

Pour bénéficier des financements prévus par la présente convention, les ESS doivent respecter les conditions suivantes :

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible régionale possible), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée ;
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre ; à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration d'au moins 50 % des spécialistes libéraux de la spécialité concernée présents sur son territoire ;
- **Périmètre médical** : l'ESS traite de problématiques liées à une spécialité médicale et non d'une pathologie ; **Articulation avec les structures existantes** : l'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC et son territoire ;
- **Intégration des professionnels hospitaliers** : l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formaliser ses liens avec les établissements de santé.

À titre dérogatoire, il pourra être fait exception à ces seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières sous réserve de validation de la CPN.

Article 56. Financement d'une ESS

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

- **Crédit d'amorçage** de **80 000 euros**, à réception de la lettre d'intention simplifiée et signature d'un contrat tripartite ARS/CPAM/ESS, afin de pouvoir rédiger le projet de santé à transmettre dans les 6 mois suivants le dépôt de la lettre d'intention ;
- **Dotation annuelle** (premier versement après validation du projet de santé) entre **50 000** et **100 000 euros** pour les missions socles en fonction de la taille de l'ESS : de 50 000 euros pour 10 médecins à 100 000 euros pour 100 médecins ou plus, la dotation sera proratisée au nombre exact de médecins.

Un cahier des charges comprenant les modalités d'évaluation sera proposé et validé par les partenaires conventionnels lors d'une prochaine CPN. Il reprendra les attendus de la lettre d'intention, les missions socles, les critères obligatoires à la création d'une ESS et un contrat tripartite.

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un suivi régulier de la montée en charge du dispositif et d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour mieux prendre en compte la diversité de leurs tailles et les autres missions que l'ESS pourrait conduire.

Article 57. Gouvernance d'une ESS

La gouvernance de l'ESS est assurée par l'équipe de soins. Les acteurs de la gouvernance sont des médecins libéraux spécialistes et ne peuvent être que des personnes physiques. Elle prévoit des modalités de consultation voire de participation des professionnels hospitaliers et des CPTS.

Article 58. Démarches de création d'une ESS

Une déclaration, incluant la lettre d'intention, auprès de l'ARS et la ou les CPAM des territoires concernés doit être réalisée sur démarche simplifiée. L'ESS est réputée validée sauf avis contraire de l'ARS et/ou la CPAM dans un délai de 2 mois post réception du projet de santé. L'avis contraire est motivé sur la base de la non adéquation entre les critères du cahier des charges soumis par les porteurs et les critères conventionnels.

Titre 6 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins

Article 59. Observatoire conventionnel de l'accès aux soins

Article 59-1 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie. Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel.

Le suivi de ces engagements relève des partenaires conventionnels dans le cadre de l'observatoire conventionnel de l'accès aux soins. Il ne peut conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Les organisations syndicales d'étudiants et de jeunes médecins sont associées en qualité d'observateur aux discussions conduites dans le cadre de l'observatoire d'accès aux soins.

Pour garantir l'accès aux soins des patients, les médecins adhérents à la présente convention s'engagent collectivement à :

1. Réduire au maximum la part de patients en ALD sans médecin traitant

À fin 2022, plus de 700 000 personnes atteintes d'affection de longue durée n'avaient pas de médecin traitant déclaré. Afin d'apporter des solutions concrètes à ces patients, l'Assurance maladie en s'appuyant sur ses partenaires et en premier lieu les médecins libéraux a déployé un plan d'actions pour inverser la progression constatée de ce chiffre. Le plan d'accompagnement lancé en 2023, a permis de réduire dès la première année le taux de patients en ALD sans MT (réduction de 5,60% à 4,18% du taux). Aussi, les partenaires conventionnelles s'engagent à poursuivre les actions engagées par le déploiement d'actions ciblées sur ce public prioritaire, et un plan autour des cessations d'activité. Dans ce cadre, Les partenaires ambitionnent de réduire encore le nombre de patients en ALD sans médecin traitant pour tendre vers zéro.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement local du plan d'accompagnement « patient par patient » • Revalorisation du FMT (forfait socle) : revalorisation de la prise en charge des patients en ALD • Création d'une consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD (règlement arbitral) • Déploiement des assistants médicaux et soutien au dispositif Asalée • Ajustement des courriers adressés aux médecins pour prendre des nouveaux patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la prise en charge médecin traitant de nouveaux patients en ALD • Anticiper les cessations d'activité pour prévenir le risque • Contribuer à la mise en œuvre des actions du plan d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant déployé par l'Assurance Maladie. Celui-ci vise notamment à identifier les patients en ALD sans médecin traitant et à solliciter les CPTS et les médecins du territoire, y compris les jeunes installés, pour leur trouver une solution • Inciter à l'installation en libéral (vs. CSNP) • Accueillir les patients en ALD sans médecin traitant après un bilan de prévention

2. Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale

Le choc d'attractivité attendu par cette convention doit être suivi d'effet par l'installation effective de médecins sur l'ensemble du territoire et prioritairement en zone fragile et ce, afin notamment que l'ensemble des patients puissent avoir accès à un médecin traitant, pilier du parcours de soins du patient. Or, une évolution annuelle d'environ 2% des installations est constatée sur les 5 dernières années. En parallèle, sur les années à venir, le taux d'évolution annuel moyen du nombre de diplômés en médecine générale devrait être de 8%. C'est pourquoi, compte tenu de cette augmentation du nombre de nouveaux diplômés et des mesures conventionnelles proposées visant à accroître l'attractivité de la médecine libérale, les partenaires conventionnels se fixent un objectif d'augmentation annuelle du nombre de primo-installés en médecine générale.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> Revalorisation des actes prévues par la présente convention Augmentation et simplification des rémunérations forfaitaires, notamment du forfait médecin traitant Déploiement des assistants médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'intégration de jeunes médecins dans son cabinet (notamment collaborateur, adjoint) Accueillir des étudiants Accompagner l'installation de jeunes sur son territoire Valoriser la fonction de médecin traitant dans la communication

3. Augmenter le nombre d'installations de médecins dans les zones sous dotée

Comme indiqué au 2eme objectif, la réponse aux besoins de la population passe par l'installation rapide de nouveaux médecins qui doit néanmoins s'accompagner d'une répartition plus homogène des médecins sur le territoire et donc d'un accroissement des installations dans les zones sous dotées. Aujourd'hui, seulement 11% des primo-installations se font en zone sous dense. Or, compte tenu, d'une part, de l'accroissement de l'étendue de ces zones avec le zonage 2022, et, d'autre part, d'une nombre encore peu élevé d'installations de médecins dans ces zones, proportionnellement à leur couverture territoriale, un rythme d'installations, dans ces zones, supérieur à celui observé au niveau national est une ambition nécessaire et raisonnable, soutenue par les mesures de la présente convention d'accompagnement à l'installation et au maintien durable dans ces zones, sur laquelle les partenaires conventionnels s'engagent.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> Pour les primo-installés en zones sous denses, majoration du FMT pour renforcer l'attractivité : <ul style="list-style-type: none"> Majorer de 50% le FMT la première année post-installation (ZIP), puis de 30% la 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'intégration de jeunes médecins dans son cabinet (notamment collaborateur, adjoint)Accueillir des étudiants Accompagner l'installation de jeunes sur son territoire

<p>deuxième puis de 10% la troisième</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une aide ponctuelle de 10 000 € pour les primo-installés (en ZIP) et de 5 000€ pour les primo-installés en ZAC • Soutien des CPTS et des ESS, soutien des conditions d'exercice des nouveaux installés • Proposition d'une offre d'accompagnement attractive à l'installation 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser la fonction de médecin traitant dans la communication
---	---

4. Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du médecin généraliste et la file active moyenne des médecins libéraux

Voir 5

5. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux

Sur les objectifs 4 et 5, on observe ces dernières années une augmentation de la patientèle médecin traitant (de 2% par an) et des files actives (de 1 % par an). Cela traduit la transformation de l'activité des médecins au cours des dernières années, avec davantage de travail en équipe et de travail aidé. Afin de suivre un nombre accru de patients par médecins, indispensable au vu de la dynamique de cessation d'activité pour répondre aux besoins des patients, il faut maintenir cette dynamique d'augmentation des patientèles. En effet, la demande de soins est croissante, du fait notamment du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients en ALD il faut donc s'assurer que les patients puissent toujours avoir facilement recours à un médecin généraliste et ne se déplacent pas excessivement vers d'autres accès (services d'urgences, plateformes de téléconsultation, etc.).

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation, assouplissement et simplification du dispositif « assistants médicaux » • Réduction du temps passé sur les outils numériques (amélioration d'amelipro, déploiement de SCOR, Mon espace santé, etc.) • Déploiement d'une feuille de route sur la simplification administrative, dont la question des certificats inutiles • Amélioration des synergies « inter-régimes » 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le temps de travail médical • Se faire aider, notamment par un assistant médical • Renforcer les collaborations avec les autres professionnels de santé (IPA, Asalée, etc.) • Contribuer à organiser le second recours par les spécialistes via des ESS pour que les patients adressés par les médecins traitants soient priorités • Augmenter leurs patientèles dès lors que cela est possible

<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des outils de collaboration en particulier avec les infirmiers (Asalée, IPA, binôme IDE / médecin) • Facilitation de l'accès au second recours (ESS) • Revalorisation conséquente du FPMT 	
--	--

6. Au sein du parcours de soins, raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes

Bien que le médecin généraliste soit au cœur du parcours de soins, le recours rapide à un spécialiste est primordial pour une bonne prise en charge des patients. Le délai d'accès à un spécialiste peut être réduit par une organisation efficace de la spécialité concernée et un recours accru au travail aidé, l'exemple réussi de la filière visuelle en étant le témoin. Les partenaires conventionnels s'engagent donc à déployer l'ensemble des mesures permettant de réduire ces délais, notamment relatives au travail en équipe ou de la priorisation des patients pré-orientés. Ce délai pourra être mesuré par des enquêtes de la DREES ou, à défaut, par des études ciblées. Cet objectif sera également soutenu par le déploiement des équipes de soins spécialisés qui devrait permettre d'accroître l'efficacité des organisations dans certaines spécialités.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Financement pérenne des ESS • Revalorisation de la consultation d'expertise de second recours (APC) • Autorisation de la cotation APC après téléexpertise (dans les 3 mois) • MCU sous 4 Jours ouvrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le temps de travail médical • Recruter une équipe, notamment un assistant médical • Renforcer les collaborations avec les autres professionnels de santé • Contribuer à organiser le second recours par les spécialistes via des ESS pour que les patients adressés par les médecins traitants soient prioritaires • Augmenter leurs patientèles dès lors que cela est possible

7. Augmenter le nombre de contrats d'assistants médicaux pour libérer du temps médical

La dynamique de signature des contrats d'aide à l'emploi d'un assistant médical s'est fortement accrue en 2023 avec un taux de croissance de 35%. Afin de libérer du temps médical et conséquemment d'augmenter la prise en charge de nouveaux patients, l'ambition portée par les partenaires conventionnels, est de poursuivre cette montée en charge, portée notamment par de nouveaux aménagements du dispositif et par la revalorisation des aides versées.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux

<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation de l'aide conventionnelle • Prise en compte de la fin de carrière des médecins dans les objectifs à atteindre ; • Souplesse accordée aux nouveaux installés bénéficiant d'une année supplémentaire pour atteindre les nouveaux objectifs fixés (après atteinte du P50) • Information et promotion du dispositif auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes • Soutien au déploiement des groupements d'employeur • Mise en œuvre des mesures de simplification avec l'URSSAF CN sur la déclaration sociale, avec les services de l'Etat sur la formation des assistants médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Contractualiser avec l'Assurance maladie pour bénéficier de l'aide à l'emploi d'un assistant médical – employer (directement ou via un GE) un assistant médical
---	---

8. Augmenter le nombre de médecins affiliés à l'OPTAM pour maîtriser le reste à charge des patients

Outre l'accès physique et géographique aux soins, il est indispensable de lever les freins à l'accès financier aux soins des assurés sociaux. Pour ce faire, les partenaires conventionnels s'engagent à limiter les dépassements d'honoraires. Or, la dynamique moyenne d'adhésion à l'OPTAM a été de 5% par an en moyenne sur la période de la dernière convention. Il convient donc de maintenir la même ambition sur la période de la présente convention avec un OPTAM rénové.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture aux anesthésistes (OPTAM-ACO) • Revalorisation de 10 points des modificateurs K et T • Mise à jour des périodes de référence • Evolution de la modulation des taux selon les régions • Information des médecins éligibles, notamment ceux au-dessus de la borne des 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser les dispositifs OPTAM et OPTAM-CO auprès des médecins éligibles • S'engager en S1 ou S2 OPTAM • Assurer des soins à tarifs opposables pour une partie de la population • Limiter les dépassements d'honoraires

9. Poursuivre l'augmentation de la couverture du territoire par la PDSA et le SAS

Toute la population doit pouvoir avoir accès à une prise en charge des soins urgents non vitaux justifiés, et donc régulés. C'est la raison pour laquelle les partenaires conventionnels s'engagent à déployer

les actions nécessaires d'une part à assurer la couverture, à très moyen-terme, de tout le territoire national par un SAS en journée, évitant également le report de prise en charge sur les urgences ou sur les horaires de PDSA, et d'autre part, à ce qu'il n'y ait plus aucune zone blanche en PDSA, au minimum de soirée, week-end et jours fériés.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Simplification de l'indicateur SAS • Clarification et amélioration des incitations et majorations tarifaires liées à la participation au SAS ou à la PDSA • Valorisation de la visite en lien avec le SAS et pendant la période de PDSA • Soutien des solutions innovantes et qui fonctionnent sur les territoires • Examen des évolutions réglementaires ou conventionnelles qui seraient nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au SAS et à la PDSA en régulation ou effecton

10. Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Selon les dernières données du baromètre d'handifaction qui mesure en temps réel l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, 28 % des répondants (plus de 11600 personnes) n'ont pas pu accéder aux soins dont ils avaient besoin. 17 % ont subi un refus de soin et 28% abandonnent à l'issue de ce refus, 12% ont vu leur accompagnant être refusé par le soignant et enfin 62 % n'ont pas pu se faire soigner lorsqu'ils n'avaient pas de médecin traitant.

La levée des difficultés d'accès aux soins de ces assurés sociaux que ces chiffres illustrent et qui ont largement été documentées au fil des années doit, au même titre que les ALD, être priorisée. C'est pourquoi, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de réduire les taux de refus de soins des patients de 2 points.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement d'un plan d'accompagnement des patients en situation de handicap et en situation de refus de soins • S'articuler avec les plateformes 360° départementales sur les mesures d'accompagnement des assurés • Orientation vers les médecins volontaires des patients en refus de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la prise en charge des assurés envoyés par l'Assurance maladie • Améliorer l'accessibilité physique du cabinet si les locaux le permettent • Collaborer avec les dispositifs locaux d'accompagnement des PH (handiconsult, plateforme 360...)

<ul style="list-style-type: none"> • Mieux identifier les assurés en situation de handicap dans les bases de l'assurance maladie • Communiquer auprès des médecins sur la consultation blanche • Valoriser davantage, à terme, l'activité médicale auprès des patients en situation de handicap lorsque ces données seront connues de l'assurance maladie • Contribuer aux travaux relatifs aux transports des personnes en situation de handicap 	
---	--

Article 59-2 : Organisation de l'observatoire de l'accès aux soins

Ces engagements feront l'objet d'un suivi par indicateur qui seront publiés chaque trimestre. Des points d'étape réguliers, au minimum semestriels seront réalisés de manière à garantir que les évolutions constatées permettent d'atteindre ces engagements. Ces analyses seront partagées dans le cadre d'un observatoire conventionnel de l'accès aux soins. Cet observatoire sera mis en place au niveau national, placé sous l'égide de la commission paritaire nationale.

L'objectif de cet observatoire est de :

- suivre les indicateurs d'engagements collectifs partagés, en annexe 17 de la présente convention ;
- définir de nouveaux indicateurs supplémentaires utiles au suivi de l'accès aux soins autant que de besoin ;
- prendre collégalement toutes mesures correctives facilitant l'atteinte des engagements.

Les indicateurs trimestriels et l'ensemble de ces travaux seront rendus publics.

Une déclinaison locale en CPL sera également mise en place pour suivre et accompagner les dynamiques locales au plus près des enjeux du terrain, notamment pour répondre aux enjeux spécifiques de certains territoires (QPV, territoires ruraux...).

Partie 6 : Pertinence et qualité des soins

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie ne pourra perdurer qu'à la condition d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble des acteurs du système de soins, en particulier le corps médical, dans un effort collectif et continu visant à favoriser le bon usage des soins s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés et le respect des règles de la prise en charge collective.

Dans un contexte de très forte dynamique des dépenses de santé, la mobilisation collective en faveur de la pertinence et de la qualité des soins concourt à garantir l'allocation la plus juste de la dépense publique, et en conséquence à chacun un égal accès à un système de santé de qualité et globalement à la réduction des inégalités de santé. À cette fin les partenaires conventionnels ont identifié des champs communs d'actions prioritaires suivants :

- La prévention et la qualité des parcours des patients atteints de pathologies chroniques ;
- L'adéquation renforcée entre les pratiques professionnelles et les recommandations scientifiques ;
- La pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants parallèlement à la lutte contre le non-recours aux soins nécessaires et appropriés ;
- L'intégration du risque environnemental et la décarbonation du système de santé dans les pratiques médicales à travers la sobriété des soins et la promotion de soins éco-responsables au bénéfice des patients.

À cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel complet et innovant reposant sur les éléments suivants :

- 15 programmes d'actions partagés reposant sur des engagements réciproques afin d'atteindre des objectifs communs de pertinence des soins ;
- 4 dispositifs d'intéressement permettant un partage financier avec les médecins conventionnés des économies pour l'Assurance maladie permises par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres, étant entendu que l'enveloppe financière de la présente convention intègre d'ores-et-déjà une hypothèse de moindre dynamique de la dépense prescrite au profit d'une meilleure rémunération des prescripteurs ;
- Un dispositif conventionnel permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leur prescription de médicaments par rapport à la pratique nationale, de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments et de rémunérer les pratiques de prescription les plus sobres ;
- Une mobilisation du développement professionnel continu pour disposer de formations adaptées à chacun des programmes d'action partagé et également financer les groupes d'analyse de pratique ;
- Un suivi paritaire de l'ensemble des engagements et des résultats sur le champ de la pertinence et de la qualité des soins avec la mise en place d'un observatoire national de la pertinence.

Titre 1 : Les 15 programmes d'actions partagés

Article 60. Principe

Des engagements communs et réciproques sont pris pour constituer des programmes d'actions partagés sur les thèmes prioritaires de pertinence et de qualité des soins.

- | |
|--|
| ▪ Pertinence des prescriptions des arrêts de travail |
|--|

- Lutte contre l'antibiorésistance
- Réduction de la polymédication
- Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)
- Développement des biosimilaires
- Sécurisation du recours aux analgésiques de palier deux
- Pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »
- Pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil
- Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- Diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents
- Qualité des prescriptions des actes infirmiers
- Pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés
- Diminution des examens biologiques inutiles
- Juste recours à l'ordonnance bizonne
- Amélioration du dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers

Ces 15 programmes de pertinence s'appuient sur des référentiels scientifiques, de la Haute Autorité de santé à chaque fois qu'ils existent, avec l'appui des collègues et sociétés savantes, et sur des diagnostics et constats partagés entre les partenaires conventionnels ayant conduit à l'élaboration du présent texte conventionnel et sont accompagnés d'engagements réciproques et d'objectifs chiffrés.

Au sein de ces programmes d'actions partagés sont identifiés les engagements de chacune des parties et les leviers qui devront permettre de sécuriser la juste prescription, la mobilisation de nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière pour conforter des prescriptions de qualité, la valorisation des comportements de sobriété dans la prescription de médicaments et la nécessité de lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses, minoritaires, pour protéger la médecine libérale des dérives potentielles du système (financiarisation, centres de santé déviants, ...).

À cette fin, les parties signataires conviennent d'engagements réciproques communs à l'ensemble des 15 programmes de pertinence.

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils traduisent et impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie pour atteindre des objectifs fixés entre les parties.

Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel et ne peuvent conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Pour les programmes qui auront dépassé leur cible en 2027 et ce, jusqu'en 2029, les partenaires conventionnels conviennent que les économies supplémentaires résultant de cette performance seront partagées à part égale entre l'Assurance Maladie et les médecins. Cette incitation collective pourra prendre la forme d'une revalorisation transversale de la lettre clé de l'ensemble des médecins libéraux, selon des modalités qui seront définies le cas échéant par un avenant.

Article 60-1 : Engagements de l'Assurance maladie

Les engagements de l'Assurance maladie sont les suivants :

- **Renforcer les dispositifs de retour d'informations auprès des médecins :**

- Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique définis par la HAS et le ministère en charge de la santé et les informer des mises à jour ;
- Informer les assurés et les médecins conventionnés sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin ; relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament.
- **Développer un accompagnement dédié sur les thèmes de pertinence auprès des médecins :**
 - Renforcer le dispositif des groupes d'analyse de pratique ;
 - Accompagner de manière ciblée les professionnels de santé (libéraux comme en établissements) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, notamment via des actions des délégués de l'Assurance maladie (DAM) et des praticiens conseil ;
 - Renforcer les modes d'accompagnement attentionnés dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance maladie ;
 - Saisir la HAS sur le cadre de prescription en téléconsultation ;
 - Présenter aux médecins la méthodologie et les plans de contrôle pour échange dans le cadre conventionnel.
- **Mieux outiller les médecins :**
 - Mettre à disposition sur amelipro des outils de datavisualisation permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur leur pratique ;
 - Développer des téléservices adaptés pour sécuriser l'authenticité des prescriptions ;
 - Soutenir le recours des médecins à des outils numériques tiers efficaces et reconnus par la profession (ex.ebmfrance) ;
 - Soutenir les outils relayant des informations scientifiquement validées ;
 - Simplifier les démarches administratives des médecins et construire, en partenariat, une doctrine en matière d'indus.

Article 60-2 : Les engagements collectifs des médecins libéraux

Les engagements collectifs des médecins libéraux sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les ITR et les référentiels de la Haute Autorité de santé. S'informer et se former à cette fin ;
 - S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé ;
 - Participer aux groupes d'analyse de pratique entre professionnels.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Prescrire moins à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalentes.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Prescrire systématiquement via l'ordonnance numérique ;
 - Recourir à l'ensemble des téléservices de l'Assurance maladie (afin, notamment, de lutter contre les « faux ») : arrêts de travail, déclaration médecin traitant, prescription de transports sanitaires, déclaration de grossesse, prescription renforcée, demandes d'accord préalable dématérialisées ;
 - Bénéficier de l'accompagnement de l'Assurance maladie (visites des délégués de l'Assurance Maladie, des délégués au numérique en santé, les entretiens confraternels).

Article 61. Les 15 programmes de pertinence

Champ	Programme	Ambition	Objectif
Indemnités journalières	Prescriptions d'arrêts de travail	Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés	Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2% par an
Produits de santé	Antibiorésistance	Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques, pour rejoindre la moyenne européenne dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025	Diminuer de 25% en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques
	Polymédication	Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients polymédiqués en s'appuyant autant que de besoin sur une collaboration pharmacien-médecin, avec une attention spécifique aux patients hyper-polymédiqués	Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus
	ITR et durées de traitement recommandées	Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS, en utilisant les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance maladie pour quelques molécules identifiées ; accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1	Viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'Assurance maladie
	Biosimilaires	Favoriser le développement des biosimilaires en primo-prescriptions, et au moment du renouvellement par les spécialistes libéraux ; cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF)	Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires
	Analgésiques	Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance, notamment en recourant à l'ordonnance sécurisée pour le tramadol	Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés
	Dispositifs médicaux du quotidien	Renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien », pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments	Diminuer la dépense de CNO et pansements post chirurgie de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour les patients éligibles

		nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie)	
	Orthèses d'avancées mandibulaires	Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancée mandibulaires, dans le cadre des recommandations de la HAS	Augmenter les initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à près de 30 % à terme
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS, en diminuant notamment les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges	Diminuer de 20% les prescriptions chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS
Autres	Actes d'imagerie	Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies et / ou actes	Diminuer de 8 % les actes d'imagerie identifiés
	Actes infirmiers	Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des BSI	Réduire de 25 % les rejets et indus
	Transports sanitaires	Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet	Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés
	Examens biologiques	Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra au minimum la vitamine D, la T3/T4 en première intention sans résultat de TSH selon les recommandations HAS, le groupe sanguin en double détermination hors cadre de contexte transfusionnel avéré, la vitesse de sédimentation en première intention	Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes
	Ordonnance bizonne	Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonne pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%	Renforcer le respect de l'ordonnance bizonne [Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30]

	Dépistages précoces	Assurer le dépistage des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque, ainsi que le dépistage organisé des cancers, pour favoriser l'entrée précoce dans les parcours de soins	Les objectifs collectifs de dépistage sont les suivants : Dépistage du cancer du sein : 70 % Dépistage du cancer colorectal : 65 % Dépistage du cancer du col de l'utérus : 80 % Dépistage du diabète : 94 % Dépistage de la MRC : 70 %
--	----------------------------	---	--

Article 61-1 : Pertinence et qualité de la prescription des arrêts de travail

Ambition : Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés de 2 % par an en agissant auprès de l'ensemble des acteurs et des publics concernés (employeurs, assurés, prescripteurs).

Identification des indemnités journalières comme un thème à retenir parmi les 15 priorités conventionnelles de pertinence.

L'arrêt de travail est un élément de la stratégie thérapeutique au même titre que le médicament et les soins. Il peut tenir une place importante dans le parcours de soins et de vie du patient, l'objectif pour le système de santé étant de garantir un revenu au patient lorsqu'il n'est pas en mesure de travailler tout en luttant contre la désinsertion professionnelle, laquelle emporte des conséquences sanitaires et sociales. De ce fait, les parties conventionnelles décident d'aborder cette thématique en termes de renforcement de la pertinence de leur prescription et de valoriser leur action notamment au travers d'un objectif quantifié portant sur le ralentissement de l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés par an.

Les arrêts de travail représentent une assiette annuelle de dépense de près de 16 milliards d'euros. Ce poste de dépenses est particulièrement dynamique depuis plusieurs années avec +3,8% de croissance annuelle en moyenne pour les arrêts de travail maladie et AT-MP remboursés entre 2010 et 2022 et +5,7% pour l'année 2023. Cette tendance ne s'explique que partiellement par l'évolution de la démographie, de la population active et de la durée des carrières.

De nombreux acteurs sont concernés par les enjeux de pertinence des arrêts de travail (prescripteurs libéraux et hospitaliers, assurés et entreprises) et devront donc être associés aux actions identifiées.

L'existence de référentiels de « durée » d'arrêts de travail portant sur 67 motifs d'arrêts de travail, publiés entre mars 2010 et décembre 2017 après avoir été élaborés en s'appuyant sur une analyse des données de la littérature scientifique, en collaboration avec des sociétés savantes et la HAS, représentent autant d'outils indicatifs sur lesquels fonder la réflexion des actions conjointes d'amélioration de la pertinence.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescription d'arrêt de travail

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de prescriptions, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Renforcer l'information mise à disposition en permettant à chaque médecin conventionné dans son exercice du quotidien :**
 - De disposer de son profil de prescriptions d'arrêts de travail actualisé sous forme de datavisualisation ;
 - D'avoir accès à l'historique des arrêts de travail de son patient ;
 - De disposer d'une visibilité facilitée sur les référentiels de durées indicatives des arrêts de travail pour l'ensemble des motifs identifiés.
- **Accompagner les prescripteurs en développant :**
 - Des actions renforcées d'information, d'accompagnement et de contrôle à l'endroit des *employeurs* et des *assurés* ;
 - Un accompagnement personnalisé dispensé par l'Assurance maladie sur le thème des arrêts de travail proposé à chaque médecin nouvellement installé sur un territoire (parcours pédagogique d'une durée de 12 à 18 mois comprenant des temps d'échange avec un délégué de l'Assurance maladie, un praticien conseil ou encore un délégué numérique en santé de l'Assurance maladie).
- **Optimiser les outils permettant de renforcer la qualité et la pertinence de la prescription des arrêts de travail, de faciliter l'exercice quotidien et la résolution de situation d'arrêts de travail complexes avec :**
 - ⊖ La mise en œuvre et le déploiement d'un nouveau service attentionné dédié (« SOS IJ »), permettant aux médecins de solliciter simplement l'aide de l'Assurance maladie sur des cas complexes et d'obtenir les éléments de résolution adaptée (passage en invalidité, situation de conflictualité avec l'employeur, besoin d'un accompagnement social, etc.). A l'issue des travaux menés par l'Assurance maladie, les modalités pratiques de ce nouveau service seront présentées aux partenaires conventionnels en CPN ;
 - La possibilité pour les médecins de renseigner de nouveaux motifs dans le téléservice de prescription d'arrêts de travail, relatifs notamment à l'attente d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé, afin d'améliorer la compréhension de la dynamique de la dépense ; ces motifs seront définis en CPN ;
 - La facilité accrue pour un médecin de signaler à l'Assurance maladie une situation professionnelle problématique affectant la santé d'un assuré, voire la situation d'un employeur lorsque plusieurs salariés semblent concernés ;
 - Le contrôle de la bonne application de la mesure LFSS 2024 de limitation à une durée de 3 jours les arrêts de travail (initiaux et éventuelles prolongations) prescrits en téléconsultation (sauf exception dont arrêt prescrit par le médecin traitant du patient) ;
 - La poursuite des travaux sur des référentiels de durée concertés, à l'exclusion des maladies à poussée, des pathologies psychiatriques etc avec les sociétés savantes, en lien avec la HAS (actualisation et nouveaux référentiel sur des pathologies et situations cliniques précises) ;
 - En travaillant à la place du télétravail dans la reprise de travail lorsque cela est pertinent et compatible avec l'état du patient et les caractéristiques de son emploi ;
 - En favorisant l'accompagnement du retour à l'emploi comme facteur de rétablissement et de prévention de la désinsertion professionnelle en mobilisant les dispositifs de type mi-temps thérapeutique ou essai encadré dans le cadre de la prise en charge globale d'un patient, notamment dans les situations cliniques complexes qui ne permettent pas de fixer un référentiel de durée pertinent applicable à toutes les

situations, à l'instar des travaux engagés par l'Assurance maladie en matière de prise en charge du cancer sein ⁵ (ex : cancer) ;

- En clarifiant le cadre des contrôles engagés par l'assurance maladie notamment s'agissant des dispositifs de MSO-MSAP (nombre de professionnels ciblés, sous-jacents statistiques de ciblage, déroulement de la procédure, modalités de recours, exceptions...) selon des modalités qui seront partagées lors d'un groupe de travail dédié avec les partenaires conventionnels.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence pour sa patientèle en respectant les référentiels de durée de travail** lorsqu'ils existent ;
- **Recourir systématiquement à l'arrêt de travail dématérialisé**, sauf cas exceptionnels, et utiliser le cas échéant les nouveaux cerfa papier sécurisés qui seront distribués par l'assurance maladie, afin d'éviter la prolifération de « faux arrêts » de travail disponibles en ligne, lesquels usurpent les identités de médecins (indicateur socle du DONUM à l'article 52) ;
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions** en recourant à l'ensemble des outils proposés par l'assurance maladie permettant une juste prescription, en engageant des discussions entre pairs pour comparer les pratiques, en participant au groupe de travail conventionnel sur les contrôles susmentionnés.

Article 61-2 : Lutte contre l'antibiorésistance

Ambition : Diminution de 25 % du volume d'antibiotiques prescrits en 2027 et de 10% dès 2025.

Les antibiotiques sont un bien commun qu'il convient de préserver à tout prix. L'essor de l'antibiorésistance, largement corrélé au mauvais usage et à la surconsommation d'antibiotiques représente un enjeu majeur de santé publique.

Dans le cadre de la Stratégie nationale Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance en santé humaine 2022-2025, considérant également les nouvelles recommandations SPILF et HAS, les partenaires conventionnels s'inscrivent dans la prévention, le contrôle des infections et le bon usage des antibiotiques.

Si une baisse tendancielle est observée depuis 2012, la France était encore en 2021 au 5eme rang des pays européens en matière de consommation d'antibiotiques avec une utilisation de 30% supérieure à la moyenne européenne.

⁵ Pour le cancer du sein, l'Assurance maladie travaille à un accompagnement selon un double axe : un axe médical avec une information sur les prises en charge susceptibles d'agir sur les effets indésirables les plus fréquents liés au cancer et à ses traitements et un axe socio professionnel pour mettre en visibilité les acteurs et les dispositifs bénéfiques pour le maintien en emploi pendant ou après un cancer du sein. Dans les facteurs limitant le retour à l'emploi, sont identifiés des facteurs d'ordre médical comme le type de chimiothérapie, le lymphœdème, les troubles anxio dépressifs, l'asthénie, les effets secondaires des traitements physiques ou cognitifs, les douleurs dont des douleurs neuropathiques, les troubles du sommeil. Mais l'aspect médical n'est pas le seul obstacle. Les échanges avec des associations de patientes et de structures accompagnant vers la reprise au travail ont montré que même lorsque la femme est demandeuse du maintien en emploi pendant ou après un cancer du sein, il existe des obstacles d'ordre socio professionnel importants aussi bien du côté de l'assuré que de l'employeur : méconnaissance des différents acteurs et dispositifs du maintien en emploi, méconnaissance du cadre réglementaire pour le maintien du lien employeur salarié, méconnaissance des dispositifs d'aide possibles pour les travailleurs indépendants, etc...

Chez les enfants, l'analyse comparée de la prévalence d'au moins une prescription pédiatrique ambulatoire d'antibiotique parmi 11 pays de l'OCDE fait en effet ressortir la France en avant dernière place : sur 1 000 patients (enfants), 404 ont eu au moins une prescription d'antibiotique dans l'année en France contre 75 aux Pays Bas.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a mis à disposition des outils TROD pour diminuer le recours aux antibiotiques lorsque cela n'est pas nécessaire. Recommandés depuis une vingtaine d'années, ces tests sont dotés d'excellentes performances. Bien que livrés gratuitement, seuls 40% des médecins généralistes avaient commandé des TROD via ce dispositif (2017). En 2021, ce sont 1,2 millions de TROD angine qui ont été commandés, pour 9 millions d'angines. Les actions de pertinence et de qualité des soins pourraient s'appuyer sur ces outils.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la lutte contre l'antibiorésistance

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficacité en matière de lutte contre l'antibiorésistance, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique et les avis de l'ANSM, et les informer des mises à jour ;
 - Mener des campagnes d'accompagnement sur les antibiotiques auprès des prescripteurs de manière annuelle dans le cadre des actions de gestion du risque ;
 - Déployer une campagne spécifiquement sur l'usage de certains antibiotiques chez les enfants ;
 - Déployer une nouvelle campagne de bon usage des produits de santé à destination du grand public.
- **Outiller :**
 - Mettre à disposition des prescripteurs un outil d'aide à la décision thérapeutique sur le champ des antibiotiques (de type Antibioclic).

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- Respectant les recommandations de la HAS pour chaque pathologie : molécule et durée de prescription ;
- Respectant le principe de sobriété des prescriptions :
 - Avoir à disposition dans les cabinets et utiliser des TROD angine et des bandelettes urinaires avant de prescrire des antibiotiques lorsque l'examen clinique seul ne permet pas de caractériser avec certitude la nature bactérienne de l'angine ou de la douleur mictionnelle ;
 - À défaut utiliser les ordonnances conditionnelles ;
 - Utiliser si besoin l'ordonnance de non-prescription quand la prescription d'antibiotique n'est pas utile, et que ce dispositif peut faciliter l'accompagnement du patient (« nudge »).
- Utilisant les outils d'accompagnement à la prescription d'antibiotiques :
 - Les LAP ;
 - Les outils développés par des professionnels faisant référence comme Antibioclic.

La diminution sera évaluée sur la base des données de l'ECDC (en dose définie journalière (DDJ)/1000 habitants) disponibles en fin d'année n+1.

Article 61-3 : Réduction de la polymédication

Ambition : Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.

L'hyperpolymédication et la polymédication chez la personne âgée sont associées à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets néfastes sur la santé (chutes, troubles rénaux, etc.). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 50 % sont traitées par plus de 5 molécules qui sont délivrées au moins trois fois dans l'année.

Les 10 molécules les plus retrouvées chez les patients polymédiqués de 65 ans et plus sont les suivantes :

Classes de molécules	Nombre de patients polymédiqués qui consomment cette molécule (07/2021 – 06/2022)
Analgésiques	4,2M
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	4M
Antithrombotiques	3,9M
Agents modifiant les lipides	3,6M
Médicaments pour les troubles de l'acidité	3,3M
Bétabloquants	2,8M
Psycholeptiques	2M
Médicaments du diabète	1,9
Inhibiteurs calciques	1,8
Diurétiques	1,7M

Chaque nouvelle spécialité administrée à ces patients augmente de 12 à 18% le risque d'effet indésirable. (Source : *Questions d'économie de la santé, « La polymédication : définitions, mesures et enjeux - Revue de la littérature et tests de mesure »*, Marlène Monégat, Catherine Sermet en collaboration avec Marc Perronnin et Emeline Rococo - N° 204 - Décembre 2014)

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la réduction de la polymédication.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de polymédication, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Informer le médecin sur ses patients polymédiqués.
- **Accompagner :**
 - Prévoir une consultation longue de déprescription des patients âgés hyperpolymédiqués ;

- Travailler à l'articulation de cette consultation avec les bilans de médication des pharmaciens.
- **Outiller :**
 - Mettre en ligne une boîte à outils sur le site ameli.fr répertoriant l'ensemble des liens pertinents pour accompagner la diminution de la polymédication et la suppression de lignes de traitement (<https://www.ameli.fr/paris/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus>).

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les **ITR** et limiter les durées de prescriptions aux **durées recommandées** : IPP, benzodiazépines (ex. pas plus de 4 ou 12 semaines selon les produits et sauf rare indications), etc ;
 - **S'interroger sur la iatrogénie** engendrée à chaque ligne de prescription.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Prescrire des **bilans de médication** chez le pharmacien pour les patients polymédiqués ;
 - Collaborer avec les pharmaciens à la suite des bilans de médication pour déprescrire certains médicaments dans le cadre d'une **consultation longue dédiée**.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Coopérer avec le pharmacien lorsqu'il identifie un risque iatrogène au moment de la dispensation, coopération facilitée par l'ordonnance numérique ;
 - Utiliser les **outils d'aide à la prescription** : LAP et outils tiers référencés par l'Assurance maladie dans la « boîte à outil » mise en ligne sur Ameli.fr.

Article 61-4 : Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques relatives (ITR)

Ambition : Utiliser les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance maladie pour les molécules sélectionnées par le ministère.

Pour pouvoir être disponible sur le marché, un médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des autorités sanitaires européennes ou françaises (EMA ou ANSM). Cette AMM correspond aux indications pour lesquelles le laboratoire a mené des études lui permettant d'attester d'une balance bénéfice/risque favorable.

En vue de son admission au remboursement, le médicament est évalué par la Haute Autorité de santé (HAS) qui se positionne sur l'intérêt thérapeutique du produit au regard des alternatives thérapeutiques et sa place dans la stratégie thérapeutique. On parle alors d'indications thérapeutiques remboursables (ITR). Il peut y avoir une différence entre l'AMM d'un produit et ses ITR dès lors que l'évaluation menée par la HAS restreint les indications du produit compte tenu des résultats des études menées et des alternatives. Dans tous les cas, c'est le champ couvert par l'ITR d'un produit qui donne accès au remboursement et non le champ couvert par l'AMM.

A titre d'exemple, on estime qu'un tiers des remboursements actuels de médicament de la classe des AGLP - 1 est hors ITR.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficacité en matière de conformité des prescriptions, les partenaires conventionnés décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informer** : les assurés sur les règles relatives aux indications de remboursement.
- **Accompagner** :
 - Déploiement des nouveaux outils pour les professionnels, en démarrant avec le dispositif de prescription renforcée sur les AGLP-1 disponible avant la fin de l'année 2024 sur Amelipro (certificat établissement le respect de l'AMM afin d'éviter le mésusage de ces molécules et de garantir leur disponibilité pour les patients diabétiques).
- **Outiller** :
 - Actualisation des molécules pour lesquelles une ordonnance de médicament d'exception est exigée.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les ITR ;
 - À défaut, utiliser la mention « NR » en informant bien le patient ;
 - Utilisation des ordonnances de médicaments d'exceptions pour la prescription des médicaments pour lesquelles celles-ci sont requises (médicaments onéreux ou présentant des risques).
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Requestionner la pertinence d'une prescription hors indication remboursable.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Coopérer avec le pharmacien qui s'interrogerait sur le caractère remboursable d'une prescription au moment de la dispensation, coopération facilitée par l'ordonnance numérique ;
 - S'engager dans le déploiement de l'ordonnance numérique et coopérer avec le pharmacien ;
 - Recourir au dispositif d'« accompagnement à la prescription » développée par l'Assurance Maladie, en démarrant avec le dispositif d'accompagnement à la prescription sur les AGLP-1.

Article 61-5 : Développement des biosimilaires

Ambition : Obtenir un taux de pénétration de l'ensemble des médicaments biosimilaires de 80% en ville en décembre 2025.

Les médicaments biosimilaires sont similaires à un médicament biologique de référence dont le brevet et le procédé de fabrication sont tombés dans le domaine public. Les premiers médicaments biosimilaires sont apparus en 2006. Ces produits représentent un intérêt de santé publique en multipliant l'offre thérapeutique existante et économique du fait d'une tarification plus basse que les médicaments biologiques de référence. Ils sont sûrs et efficaces.

Les médicaments biosimilaires et leurs médicaments biologiques de référence sont référencés dans la [liste des groupes biologiques similaires](#) mise à jour par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur son site internet.

En 2023, un taux de pénétration de 32% était observé en ville sur les produits pour lesquelles il existe un biosimilaire.

Des niveaux élevés (> 80%) de pénétration des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires constituent un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et notre capacité à financer un égal accès de tous à l'innovation thérapeutique.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la prescription de biosimilaires.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de prescription de biosimilaires, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Partager avec l'ensemble des professionnels le calendrier d'arrivée sur le marché des nouveaux biosimilaires ;
 - Informer les médecins des modalités d'application du dispositif d'intéressement (6 molécules à ce jour – etanercept, adalimumab, follitropine alpha, enoxaparine, insuline asparte et ranibizumab) et de l'intégration des nouvelles molécules le cas échéant) ;
 - Informer les médecins des classes de biosimilaires dont l'ANSM estimera qu'elles sont éligibles à la substitution en pharmacie.
- **Accompagner :**
 - Informer les patients sur les caractéristiques des biosimilaires pour faciliter l'action d'interchangeabilité et/ou de substitution des professionnels de santé ;
 - Engager une action spécifique des prescripteurs hospitaliers pour la promotion des initiations de biosimilaires.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Au sein d'une même classe privilégier les produits biosimilaires :
 - Primo-prescrire à au moins 80% des biosimilaires ;
 - Modifier lors des renouvellements les prescriptions pour atteindre au global un taux de pénétration de biosimilaires de 80%.
 - Porter une attention particulière à la prescription des biosimilaires pour le traitement de la DMLA et sur les anti-TNF.

La pénétration des biosimilaires sera évaluée via la base Medic'AM.

Article 61-6 : Sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2

Ambition : Diminuer les volumes remboursés de palier 2 et 3 des antalgiques, et, pour les antalgiques de palier 2, diminuer de 10% les volumes remboursés dès 2025.

Les médicaments antalgiques, agissent en diminuant ou supprimant la douleur. Ils sont divisés en 3 paliers en fonction de leur puissance d'action.

Les antalgiques de palier 1 regroupent les antalgiques non opioïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) utilisés dans le cadre de douleurs légères à moyenne contre les états fébriles. Les antalgiques de palier 2 sont des opioïdes faibles (codéine, tramadol, ...) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs modérées à sévères ou rebelles au palier 1. Les antalgiques de palier 3 sont quant à eux des opioïdes forts classés stupéfiants (ou assimilés) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs notamment d'origines cancéreuses intenses ou rebelles au palier 2.

Les antalgiques, tous paliers, représentent un risque important de mésusage ou surdosage entraînant des effets délétères sur la santé : intoxications, dépendances physiques et psychologiques et doivent faire l'objet d'une utilisation la plus raisonnée possible.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la prescription d'analgésiques de palier 2.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficacité en matière d'optimisation du recours aux analgésiques de palier 2, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Diffuser les études autour des risques liés à la consommation d'opioïdes.
- **Accompagner :**
 - Mettre en place un entretien pharmaceutique dédié pour les renouvellements, à partir de la 2^{ème} délivrance, déroulement d'entretien court (rappel règles de bon usage, mémo, questionnaire, aide au sevrage, alerte prescripteur) et surveillance renforcée pour les autres renouvellements ;
 - Déployer une campagne auprès des médecins généralistes pour rappel des règles de prescription du tramadol mais aussi de réévaluation du traitement et du sevrage.
- **Outiller :**
 - Déploiement d'une ordonnance sécurisée pour les prescriptions de tramadol seuls ou en association en lien avec l'ANSM.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- S'interroger sur la iatrogénie et le risque de dépendance engendrée à chaque prescription d'analgésiques de niveau 2 et 3 ;
- Limiter les renouvellements de traitements s'ils ne sont pas nécessaires et prescrire la durée de traitement la plus courte possible compatible avec l'état du patient ;
- Privilégier le palier 1 des antalgiques dès que possible ;
- Demander préalablement au patient s'il a déjà des boîtes de paracétamol avant de lui en prescrire.

Article 61-7 : Renforcer la pertinence et dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »

Ambition : Gagner en efficacité des prescriptions et lutter contre le gaspillage de certaines classes de dispositifs médicaux.

L'Assurance maladie constate une croissance importante des dépenses de dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations (LPP). Avec un montant remboursé qui dépasse les 9 Mds€ en 2022, les dépenses de la LPP sont en croissance moyenne de 4% par an depuis 2016. L'Assurance maladie souhaite engager les parties prenantes dans l'efficacité de la prescription des produits de la LPP et tout particulièrement dans la lutte contre le gaspillage observé de certains DM en cohérence avec les objectifs nécessaires de sobriété et de lutte contre les dépenses injustifiées.

Article 61-7-1 Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

Ambition : Garantir une juste prescription des CNO quand le besoin est avéré et lutter contre le gaspillage en évaluant l'observance des patients régulièrement ; une diminution de 5% des volumes remboursés de CNO d'ici 2027 par rapport au volume remboursé en 2023.

Les partenaires conventionnels rappellent l'importance de dépister la dénutrition notamment chez la personne âgée. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, la prise en charge

débutent graduellement, sauf dénutrition sévère d'emblée, par la dispensation de conseils nutritionnels notamment en lien avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et l'enrichissement de l'alimentation.

La mise en place d'une complémentation nutritionnelle orale (CNO) doit être envisagée en cas d'échec aux mesures diététiques et d'enrichissement, ou d'emblée en cas de dénutrition sévère. Elle répond à un double objectif :

- Eviter de recourir à la nutrition entérale, beaucoup plus astreignante ;
- Ne pas entrer dans la spirale de la dénutrition.

Les engagements collectifs réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficacité en matière de dispositifs d'auto-surveillance, les partenaires conventionnels s'engagent à faire respecter les recommandations scientifiques suivantes :

La prescription doit être réalisée en deux temps :

- Une primo-prescription ;
- Une réévaluation systématique de l'observance dans les 15 jours après la primo-prescription de CNO.

Lors des consultations suivantes, la réévaluation doit être réalisée systématiquement et doit s'arrêter en cas de récupération d'un poids de forme et la reprise d'une alimentation suffisamment riche pour garantir un poids de forme.

Article 61-7-2. Dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie

Ambition : lutter contre le gaspillage en garantissant une juste prescription du matériel d'auto-surveillance de la glycémie pour les patients diabétiques de type 2 non traités par insuline en respectant le seuil réglementaire de 200 bandelettes par an en accord avec les recommandations de la HAS.

L'auto-surveillance de la glycémie fait partie intégrante de la prise en charge des patients diabétiques. Les objectifs de contrôle de la glycémie doivent être définis individuellement par le médecin en lien avec son patient. Elle n'est ni systématique ni identique pour tous les patients diabétiques.

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, chez certains patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants (exclusion des patients diabétiques de type 2 sous insuline, des patients diabétiques de type 1 et de la présence d'un diabète gestationnel), l'auto-surveillance glycémique n'est pas systématiquement pluriquotidienne. L'arrêté du 25 février 2011 définit ainsi le plafond de prise en charge des bandelettes glycémiques nécessaires à l'auto-surveillance pour les patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants à 200 unités par an.

Les engagements de l'Assurance maladie pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie sont les suivants :

- La mise en place d'un « compteur » sur Amelipro permettant de suivre la consommation par patient du nombre de bandelettes ;

- Une campagne de sensibilisation des prescripteurs et des assurés à l'existence d'un seuil réglementaire annuel conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS ;
- La mise à disposition d'un compteur volumétrique auprès des pharmaciens permettant de connaître les précédentes dispensations.

Les engagements collectifs des médecins conventionnés pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie sont les suivants :

- Rappeler aux patients les bonnes pratiques de réalisation de l'autosurveillance de la glycémie ;
- Respecter ce seuil réglementaire de 200 bandelettes annuel pour chaque patient diabétique de type 2 éligible à ce seuil ; au-delà du seuil réglementaire, le médecin devra indiquer « non remboursé » sur l'ordonnance ;
- Demander préalablement au patient s'il a déjà des stocks suffisants de bandelettes avant de lui en prescrire ;
- Coopérer avec le pharmacien qui alerterait le prescripteur sur le dépassement du seuil par son patient au moment de la dispensation (coopération facilitée par l'ordonnance numérique).

Article 61-7-3. Pansements pour plaies non compliquées

Ambition : Diminuer les volumes remboursés de pansements techniques prescrits en post-opératoire de 5 % dès 2025.

L'utilisation importante et en première intention de pansements dits « techniques » sur des plaies non compliquées est en contradiction avec les recommandations émises en 2022 par la Haute Autorité de Santé pour l'utilisation des pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale et représente donc un surcoût inutile pour l'Assurance maladie. Un fort gaspillage est de surcroît constaté par les infirmiers libéraux qui changent les pansements des patients et doivent adapter le matériel prescrit en conséquence.

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la pertinence du recours aux pansements sont les suivants :

- **Accompagner :**
 - Intégrer ce sujet à l'accompagnement annuel des établissements de santé ;
 - Proposer des modèles types de prescription pouvant être adaptés/complétés par les infirmiers.
- **Outiller :**
 - Engagement de travaux conventionnels avec les infirmiers et les pharmaciens sur leurs rôles respectifs en matière d'adaptation des prescriptions des pansements, notamment hospitalières.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la pertinence du recours aux pansements sont les suivants :

- Respecter les recommandations de la HAS en privilégiant en première intention et en l'absence de facteurs aggravants les pansements secs « simples » ;
- Prescrire les plus petits conditionnements compatibles adaptés à la prise en charge de la plaie et dans le respect des délais de changement des pansements.

Article 61-8 : Pertinence des traitements pour apnée du sommeil

Ambition : En cohérence avec les recommandations scientifiques, augmenter significativement la part des patients traités avec des orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) pour l'apnée du sommeil jusqu'à près de 30 % à terme.

Souvent moins connues, les orthèses d'avancées mandibulaires restent encore peu utilisées dans le traitement de l'apnée du sommeil. Pourtant, ce traitement est tout aussi pertinent voire parfois davantage par rapport à la PPC qui reste aujourd'hui le traitement de référence pour plus de 90 % des patients. Les recommandations scientifiques, appuyées par les comparaisons internationales, démontrent qu'une part plus importante de patients pourraient bénéficier des OAM plutôt que de la PPC permettant une aussi bonne voire meilleure prise en charge tout en diminuant les dépenses de l'Assurance maladie.

Pour atteindre l'objectif, les partenaires conventionnels décident :

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la pertinence des traitements pour l'apnée du sommeil sont les suivants :

- Engager une campagne de contrôle des prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM) du secteur de la PPC ;
- Mettre en place un dispositif financier incitatif collectif à l'initiation des OAM pour augmenter la part des patients traités par ces dispositifs médicaux ;
- Dématérialiser la DAP sur la PPC (Amelipro), selon un algorithme de décisions actualisé avec la société savante de pneumologie.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la pertinence des traitements pour l'apnée du sommeil sont les suivants :

- Respecter le principe de sobriété des prescriptions en réévaluant le bienfondé des renouvellements de PPC notamment face à un patient non observant et en privilégiant les initiations d'OAM à chaque fois que cela se justifie ;
- Utiliser la nouvelle DAP dématérialisée pour la prescription de la PPC.

Article 61-9 : Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Ambition : Diminuer de 20 % chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la Haute Autorité de santé.

En 2020, d'après la HAS, 16 millions de patients avaient reçu un IPP soit environ 1/4 de la population. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés (fiche BUM HAS). Ces traitements sont souvent prescrits de manière trop systématique ou pour des durées trop longues. Au-delà de représenter des dépenses supplémentaires pour l'Assurance maladie, cette utilisation peut entraîner des effets indésirables pour les patients dont les patients pédiatriques.

Les engagements de l'Assurance maladie pour la pertinence des prescriptions d'IPP sont les suivants :

- **Informier :**
 - Informer les assurés, en particulier les parents de jeunes enfants, et l'ensemble des professionnels de santé, sur les risques iatrogéniques.
- **Accompagner :**
 - Création d'un dispositif financier incitatif individuel à destination des médecins, pour réduire les volumes d'IPP prescrits en rétribuant à chaque médecin prescripteur la baisse du nombre de ses prescriptions considérées comme inappropriées par les recommandations de la HAS.

Les engagements collectifs des médecins pour la pertinence des prescriptions d'IPP sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les ITR et s'interroger sur la iatrogénie engendrée à chaque ligne de prescription. Pour les enfants de moins de 2 ans : la prescription d'un IPP doit être réservée aux nourrissons âgés de plus de 1 mois et aux enfants ayant un RGO persistant et gênant, s'accompagnant de complications ou survenant sur un terrain particulier ;
 - Juste prescription en prescrivant uniquement dans les ITR et en ne systématisant pas les coprescriptions IPP-AINS chez les moins de 65 ans ;
 - Limiter l'utilisation au long cours (au-delà de 8 semaines) des IPP aux rares indications recommandées par la HAS et accompagner le cas échéant vers un second recours spécialisé.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions :**
 - Limiter les renouvellements si non nécessaires et déprescrire dès que possible.

Article 61-10 : Diminution des actes d'imagerie redondants

Ambition : Diminuer les actes d'imagerie redondants voire inutiles et améliorer la pertinence des demandes.

En 2023, l'imagerie médicale représente plus de 5 milliards d'euros de dépenses pour l'Assurance maladie, dont un tiers de cette dépense est imputable aux forfaits techniques des examens en coupe (scanner, IRM, TEP). Les actes d'échographies se développent par ailleurs fortement en dehors des spécialités classiques réalisant ces examens, atteignant près de 44% des dépenses d'imagerie hors forfaits techniques (et 13% des dépenses de la CCAM). Enfin, la dynamique des dépenses s'est ainsi accrue de plus de 200M€ à fin 2023 par rapport au tendancier de ces dernières années (hors rattrapage lié à la pandémie Covid-19).

Les engagements de l'assurance maladie pour la pertinence des demandes d'imagerie sont les suivants :

- **Informier :**
 - Construire des campagnes d'informations régulières, co-construites avec les radiologues, envers les médecins qui prescrivent des actes d'imagerie.
- **Accompagner :**
 - Renforcer le rôle du médecin radiologue dans son expertise en lui permettant de modifier la demande initiale d'imagerie. Il est notamment proposé, à des fins de suivi de cet engagement, que les radiologues indiquent l'identifiant du médecin demandeur de l'examen lors de la facturation de l'acte.
- **Outiller :**
 - Proposer des lettres d'adressage types, travaillées avec les professionnels ;
 - Travailler au déploiement d'une solution dématérialisée de demande d'imagerie (sur le modèle de l'ordonnance numérique) qui permettra notamment d'introduire de façon structurée les informations requises pour le radiologue, et de permettre au médecin à l'origine de la demande de suivre la réalisation effective de l'acte ;
 - Saisir la HAS sur des recommandations alternatives, tenant compte des contraintes sur l'offre de soin d'imagerie (délai d'attente pour un IRM, etc).

Les engagements collectifs des médecins pour la pertinence des demandes d'imagerie sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les recommandations de bonne pratique sur les demandes d'imagerie médicale :
 - qu'il s'agisse de recommandations ayant déjà fait l'objet d'actions au regard des indications précises de réalisation (lombalgie, radiographie de thorax, radiographie du crâne, ...) ;
 - ou encore de la prise en compte des nouvelles recommandations de la HAS (prise en charge des gonalgies, scapulalgies et cervicalgies,...).
 - S'assurer que les demandes d'imagerie médicale contiennent toutes les informations cliniques nécessaires au médecin radiologue pour la bonne réalisation de l'examen ; Réserver l'échographie et l'écho-doppler au lit du malade (ZZQM004 et ZZQM001), aux échographies et écho-doppler réalisées chez les patients hébergés en établissements de santé, conformément à la définition de l'ATIH. La pratique de l'échoscopie ne peut donner lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie, en l'absence d'une validation par la Haute Autorité de Santé.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Remettre aux patients l'imagerie réalisée ainsi qu'un compte-rendu d'examens permettant son utilisation par le médecin requérant ;
 - S'assurer de l'absence d'examens redondants, ce qui est notamment possible dans « Mon Espace Santé » et le DMP, avant chaque demande d'imagerie.

Par ailleurs, et au-delà de ces engagements, il est convenu de la reprise des travaux autour d'un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues libéraux.

Article 61-11 : Qualité des prescriptions des actes infirmiers

Ambition : Accompagner un accroissement de la qualité des prescriptions des actes infirmiers comme le renseignement des informations nécessaires à la bonne exécution de la prescription et la validation des BSI.

Les actes infirmiers représentent une assiette annuelle de dépense de plus de 9 milliards d'euros en 2022, 64% des honoraires étant consacrés aux actes eux-mêmes, 18% aux déplacements et 15% aux majorations.

Les prescriptions de soins infirmiers nécessitent de la part des prescripteurs une grande précision quant aux actes demandés (notamment injection, pansement, administration et surveillance d'une thérapeutique, surveillance et observation, actes de surveillance du diabète, perfusion, ...). Parallèlement, les infirmiers libéraux qui exécutent les prescriptions de soins doivent pouvoir justifier la réalisation effective de leurs actes, au risque d'être redevables d'indus auprès de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, les infirmiers libéraux peuvent être amenés à demander la réécriture des ordonnances pour davantage de précision, occasionnant ainsi une charge administrative supplémentaire pour les médecins comme pour les infirmiers, de la perte de temps, et dans les situations les plus complexes, peuvent occasionner des retards de prise en charge.

Le bilan de soins infirmiers (BSI) permet à l'infirmier, à la suite d'une prescription de soins pour dépendance, de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé. Depuis le 1er janvier 2022, l'outil BSI est étendu à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge et il est devenu facturable depuis le 3 octobre 2022.

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la qualité des prescriptions d'actes infirmiers sont les suivants :

- **Accompagner :**
 - Conduire une campagne dédiée d'information et d'accompagnement sur les conventions d'écriture en matière de prescriptions de soins infirmiers afin d'éviter les rejets et les indus ;
 - Engager des travaux avec la profession des infirmiers sur la simplification de leur nomenclature et des informations requises dans les prescriptions médicales.
- **Outils :**
 - Promouvoir les outils numériques visant à accompagner le médecin dans la rédaction de ses ordonnances de soins infirmiers (ex. outil « prescription IDEL » des URPS médecins et infirmiers de Bourgogne-Franche-Comté) ;
 - Enrichir la rubrique de l'ordonnance numérique dédiée aux soins infirmiers pour couvrir le maximum de cas cliniques.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la qualité des prescriptions d'actes infirmiers sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les conventions d'écriture des prescriptions de soins infirmier en utilisant les outils d'aide à cette prescription (voir ci-dessus).
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Valider systématiquement les bilans de soins infirmiers de ses patients ;
 - Recourir à la rubrique dédiée aux soins infirmiers dans l'ordonnance numérique.

Article 61-12 : Pertinence et qualité de la prescription de transport

Ambition : Au regard de l'impact environnemental et économique des transports sanitaires, renforcer la pertinence de la prescription de transports en fonction de l'état de santé du patient en limitant le nombre de transports en ambulance et en facilitant le recours au transport partagé lorsque l'état de santé du patient le permet.

Les dépenses de transport représentent une assiette annuelle de dépense de près de 5 milliards d'euros. Ce poste de dépenses est particulièrement dynamique depuis plusieurs années avec une accentuation plus marquée en 2022 et 2023 avec des augmentations respectives de +7,5% et de +9,3%. Le tiers de ces dépenses transports sont liées à des prescriptions réalisées par des prescripteurs libéraux. Parmi les prescriptions de libéraux, 58% des montants remboursés correspondent à des prescriptions de généralistes.

Le mode de transport prescrit est le levier le plus puissant, car selon que le transport est assuré en transports en commun, en transport assis professionnalisé, ou en transport couché en ambulance, les dépenses engagées par la collectivité varient respectivement dans des rapports de 1, 4 et 10.

De plus, le transport représente 9 %, des émissions de gaz à effet de serre du système de santé, dont il faut maîtriser les évolutions.

De nombreux acteurs sont concernés par les enjeux de pertinence sur la thématique du transport (prescripteurs libéraux et hospitaliers, effecteurs du transport, assurés, ...) et seront donc associés aux actions identifiées.

Les engagements de l'Assurance maladie pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescriptions de transport sont les suivants :

- **Informier**
 - Mettre à disposition du médecin son profil de prescriptions de transport actualisé, le moment venu sous forme de data visualisation ;
 - Faciliter la visibilité des référentiels de prescriptions de transports, des règles de prise en charge et de leurs mises à jour.
- **Accompagner**
 - Des actions renforcées d'information, d'accompagnement et de contrôle à l'endroit des différents acteurs (campagne auprès des assurés sur le recours possible à des modalités de transport moins onéreuses pour le système) ;
 - Des campagnes de présentation des nouvelles règles relatives aux transports partagés vers les différents publics concernés (prescripteurs, effecteurs de transport, assurés) ;
 - Un accompagnement ciblé des prescripteurs hospitaliers notamment dans le cadre de la VAES (Visite Annuelle en Etablissements de Santé) par les CPAM en lien avec les travaux menés par l'ANAP.
- **Outiller**
 - Améliorer l'outil de prescription de transports sur AmeliPro, tant sur le volet ergonomique (ex. présélection d'établissements fréquents), que sur ses fonctionnalités, comme l'articulation avec les prescriptions de transports soumis à accord préalable.

Les engagements collectifs des médecins pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescriptions de transport sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence** pour sa patientèle :
 - En prescrivant le mode de transport adapté à l'état de la santé du patient ;
 - En respectant le principe de la prescription a priori (pas de régulation a posteriori).
- **Favoriser le principe de sobriété des prescriptions**
 - En respectant le règle de la prescription du transport le **moins onéreux** compatible avec l'état de santé du patient ;
 - Ne prescrire une **ambulance** que dans les seuls cas où est nécessaire un brancardage, un transport en position allongée ou semi-assise, une surveillance particulière ou dans des conditions d'asepsie ;
 - Orienter les patients pouvant se déplacer sans assistance vers l'utilisation d'un **véhicule personnel** ou des **transports en commun** ;
 - Encourager le **transport partagé** (sauf exception liée à l'état de santé du patient).
- **Respecter le cadre de qualité technique des prescriptions** avec la systématisation progressive des prescriptions de transport au format dématérialisé permettant ainsi de favoriser la lutte contre les abus et la fraude en s'assurant de la cohérence entre la prescription et la prestation réellement facturée.

Article 61-13 : Diminution des examens biologiques inutiles

Plusieurs actes de biologie ont été reconnus comme ayant un intérêt limitée dans le parcours de soins qui sont encore largement utilisés. Il s'agit :

- Du dosage de la vitamine D qui n'est préconisé que dans 6 situations cliniques précises par la HAS. En dehors de ces situations, il n'y a pas d'utilité prouvée à doser la vitamine D. Ces dosages de vitamine D sont en progression dynamique depuis 2019 : plus de 6,8 millions de dosages de vitamine D, soit 42 M€ dans des laboratoires privés contre 3,9 M€ en 2015, dont 60% des prescripteurs sont des médecins généralistes. Chez les patients âgés de 16 à 65 ans,

seuls 9 % des dosages de vitamine D correspondent, in fine, à une indication recommandée par la HAS ;

- L'obsolescence de la vitesse de sédimentation (VS) même s'il n'y a pas de recommandation HAS pour en limiter les indications de prescription. La VS dans la littérature scientifique est à restreindre à certaines situations rares telles que l'exclusion d'une maladie de Horton et la définition du stade d'une maladie de Hodgkin. Depuis dix ans, le nombre de tests de VS diminue tendanciellement, mais se situe à un niveau qui reste élevé avec 16,8 millions d'actes en 2022 ;
- Les triples dosages et les doubles dosages sont justifiés que dans de très rares cas. Une nouvelle approche avec des dosages en cascade est recommandée par la HAS (2023). En 2021, près de 30 millions de triples dosages ont été réalisés chez des adultes.

Ambition : Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires.

Les engagements de l'Assurance maladie pour diminuer les examens biologiques inutiles sont les suivants :

- **Outiller**
 - Permettre aux biologistes d'adapter les prescriptions, prioritairement pour les prescriptions hospitalières ;
 - Etudier la possibilité pour le biologiste de facturer au patients des actes non prescrits.

Les engagements collectifs des médecins pour diminuer les examens biologiques inutiles sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les recommandations scientifiques sur quelques actes de biologie pour lesquels un mésusage très important est constaté :
 - La vitamine D ;
 - La T3/T4 ;
 - Le groupe sanguin (hors contexte de grossesse) ;
 - Le fer sérique ;
 - La vitesse de sédimentation.
 - Indiquer dans l'ordonnance les motifs des examens requis afin de faciliter le travail des biologistes.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Éviter les actes inutiles dans les indications non recommandées par la HAS (voir ci-dessus).
 - Veiller à la non-redondance des prescriptions (consultation du DMP du patient, envoi au MT via la MSS...).
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Systématiser les « ordonnances conditionnelles » et les « ordonnances en cascade » pour toutes les indications qui s'y prêtent (TSH +/- T4L, NFS+/-, ferritinémie...).

Article 61-14 : Juste recours à l'ordonnance bizone

Ambition : Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizona pour les patients en affection de longue durée (ALD), laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement par l'Assurance maladie à 100 %.

Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30 pris en charge par le régime général de l'Assurance maladie en 2022.

L'exonération du ticket modérateur ne s'applique qu'aux seuls soins liés à la pathologie éligible à l'ALD. Les médecins traitants utilisent à cet effet un ordonnancier dit « bizona » permettant de différencier les prescriptions relatives à la pathologie couverte par l'ALD (prescrites en « partie haute » de l'ordonnance) du reste des prescriptions. Le non-respect de cette distinction entraîne une dépense indue pour l'Assurance maladie.

Les engagements de l'Assurance maladie sur le juste recours à l'ordonnance bizona sont les suivants :

- **Accompagner**
 - Des actions de sensibilisation à destination des prescripteurs libéraux et hospitaliers et des pharmaciens dédiés au bon usage de l'ordonnance bizona notamment en partageant une information adaptée dès l'installation ;
 - Action de sensibilisation à la mise à jour des déclarations d'ALD des patients, notamment pour une 2ème ALD.
- **Outiller**
 - L'engagement de travaux avec les représentants des pharmaciens pour une solution de contrôle du respect du bizona au moment de la dispensation.

Les engagements collectifs des médecins sur le juste recours à l'ordonnance bizona sont les suivants :

- Respecter le principe de l'ordonnance bizona en distinguant les prescriptions relevant de l'ALD ou non ;
- Actualiser les ALD de sa patientèle sur Amelipro.

Article 61-15 : Dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers

Ambition : Favoriser l'entrée précoce des patients atteints de certains cancers ou pathologies chroniques dans un parcours de soins approprié.

Les pathologies chroniques constituent 62% de la dépense d'Assurance maladie et concernent 32% de la population, soit près de 25 millions de personnes. Au sein de cet ensemble, deux axes de renforcement ont été identifiés collectivement du fait de la prévalence et de la progression des pathologies et des mesures accessibles qui peuvent améliorer tant le pronostic, que la charge de prise en charge et le coût :

- la systématisation du repérage et du dépistage des pathologies chroniques cardiovasculaires et associées selon les recommandations de la HAS (exemples : repérage du diabète par FINDRISK et dépistage par glycémie à jeun, dépistage de la MRC par créatininémie et ratio albuminurie/créatininurie, ...)
- le renforcement des actions d'information et d'accompagnement visant à faire bénéficier l'ensemble des patients éligibles aux dépistages organisés des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus).

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer le dépistage des pathologies chroniques :

- **Informier :**
 - Communication au médecin traitant de la liste de ses patients éligibles aux différents dépistages organisés des cancers sur Amelipro ;

- Mise à disposition du médecin traitant des données de suivi de chacun de ses patients à partir des données du SNDS afin de fournir au médecin les informations les plus complètes possibles sur le parcours de soins de son patient (vaccinations, actes de biologie, actes d'imagerie, consultations de spécialistes, actes paramédicaux, etc) ;
- Mise à disposition et actualisation régulière des outils de diagnostic territoriaux (ODT) pour les pathologies cardiovasculaires et associées.
- **Accompagner :**
 - « Profils » pour les médecins traitants sur leurs patients à risque d'insuffisance cardiaque : analyse des caractéristiques de la patientèle et de la qualité de son suivi ;
 - Campagne de promotion de l'activité physique et de la prescription de l'APA ;
 - Campagne de communication « EPON » sur l'insuffisance cardiaque ;
 - Campagne de promotion du dépistage du diabète ;
 - Campagne de promotion du dépistage de la MRC ;
 - Indentification de la communication sur les dépistages organisés du cancer, en lien avec l'INCA.
- **Outiller :**
 - Espace « maladies cardiovasculaires et associées » (MCVA) sur ameli.fr (mémos digitalisés, questionnaires de scores de risque tels que diabète, niveau d'activité physique, etc) ;
 - Nouvel accompagnement « SOPHIA » pour les patients MCVA ;
 - Permettre aux médecins de commander le plus aisément possible les kits de dépistage des cancers (actuellement cancer colorectal) aux fins de remise, accompagnée de conseils et explications, à leur patientèle éligible ;
 - Mise en place de plateformes d'appels sortants pour « aller vers » les patients identifiés comme éligibles mais non-dépistés sur les trois cancers organisés.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer le dépistage des pathologies chroniques :

- **Contribuer au dépistage organisé des cancers** (colorectal, sein, col de l'utérus) en pratiquant les actes de dépistage dans les situations qui s'y prêtent, et/ou en orientant les patients éligibles vers les structures et professionnels réalisant l'acte de dépistage, en fonction de la situation du patient / de la patiente. Le médecin, par sa connaissance fine de sa patientèle, est conforté par la présente convention dans son rôle d'acteur majeur de la prévention des cancers : en prévention secondaire comme indiqué supra, en réalisant lui-même les dépistages ou en contribuant à lever les éventuels freins à la réalisation de l'acte ; mais également en prévention primaire, par la dispensation à sa patiente / son patient de conseils en santé adaptés à sa situation ;
- **Prescrire les dépistages et faire entrer les patients atteints de maladies cardio- vasculaires et associées dans un parcours** de soins et de suivi adapté en fonction des dépistages réalisés et des niveaux de risque identifiés (*respect des bonnes pratiques, recommandations HAS, référentiels...*) ;
- **Utiliser les outils et informations** mis à disposition par l'Assurance maladie, notamment les outils de diagnostic territorial, les listes de patients non dépistés, les informations sur les patients ;
- **Assurer la pertinence des prescriptions dans le respect des recommandations HAS**, notamment en prenant en compte l'historique de consommation de soins et les données médicales disponibles dans Mon Espace Santé pour chaque patient.

Titre 2 : 4 dispositifs d'intéressements

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'engagement des médecins libéraux de ville dans une démarche de qualité, d'efficacité des prescriptions et d'accompagnement des patients grâce à des dispositifs d'intéressement. Dans le respect des recommandations des autorités scientifiques nationales et en particulier celles de la Haute Autorité de santé, chaque dispositif d'intéressement permettra aux médecins libéraux concernés d'obtenir une partie des économies obtenues par l'Assurance maladie au titre de la meilleure pertinence des prescriptions.

Article 62. Intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires

L'objectif du dispositif est de valoriser l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux, par :

- l'augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient qui n'a eu aucune prescription de ce médicament dans les 12 mois qui précèdent l'initiation de traitement, que ce soit en médicament biosimilaire ou médicament bioréférent ;
- l'augmentation des « switches » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient auquel était antérieurement prescrit le médicament biologique de référence et qui est confirmée par au moins 3 dispensations consécutives d'un médicament biosimilaire (le même ou du même groupe biologique similaire).

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 63. Intéressement à la dé-prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

L'objectif du dispositif est de limiter la consommation d'IPP dans les situations jugées non pertinentes selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. L'intéressement permet de valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient dans le changement de pratique. En effet, la dé-prescription est un processus systématisé permettant d'identifier et d'arrêter des médicaments dans des situations où le risque existant ou potentiel de dommages est plus important que les bénéfices existants ou potentiels, pour un patient donné.

Conformément aux recommandations HAS, l'intéressement à la dé-prescription des IPP concernera les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

L'intéressement à la dé-prescription prévoit le partage, entre les médecins concernés et l'Assurance maladie, des économies générées par la mise en conformité des prescriptions d'IPP avec les indications médicales et les référentiels de bon usage pour cette classe thérapeutique.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage. Le dispositif pourra être renouvelé au regard des résultats après avis de la CPN.

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 64. Intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire

Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) sont des dispositifs médicaux parfaitement indiqués dans certaines situations pour les patients atteints du syndrome d'apnée du sommeil. Seulement, d'après les recommandations scientifiques, une faible proportion des patients éligibles à ce traitement en bénéficie aujourd'hui car ils sont plutôt orientés vers des dispositifs de pression positive continue (PPC). La PPC est plus coûteuse pour l'Assurance maladie que les OAM et ne correspond pas toujours au traitement le plus adapté pour les patients.

Dans les situations où les recommandations de bonnes pratiques de la HAS privilégient les OAM, le dispositif d'intéressement vise à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient vers cette classe de dispositif médical.

Le dispositif prévoit le partage, entre les médecins prescripteurs et l'Assurance maladie, de dépenses évitées par une augmentation progressive des initiations des OAM.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage.

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 65. Valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

Afin de favoriser la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, une rémunération forfaitaire spécifique est proposée pour les cardiologues qui exercent en secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM comme suit :

Pour chaque cardiologue, une rémunération de 250 € par indicateur indépendant :

- Nombre de patient en ALD 5 pour IC : 250 € si supérieur à 40 patients en 2026 (50 en 2027 et 60 en 2028) ;
- Part des patients ALD 5 pour IC vus au moins une fois par an : si supérieur à 50 % ;
- Part de patients ALD 5 vus dans les 2 mois en sortie d'hospitalisation si supérieur à 50 % ;
- Nombre de patients mis en télésurveillance suite à hospitalisation pour IC : si supérieur au seuil de 5 patients.

Cette rémunération est calculée au 31/12/n de chaque année et versée en n+1.

La CPN sera chargée notamment de déterminer les règles de calcul des indicateurs, préciser les objectifs et les seuils minimaux à atteindre. Des réflexions sur l'intégration d'autres indicateurs pourraient également être menées dans ce cadre.

Cette rémunération entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les partenaires conventionnels conviennent que l'accompagnement d'autres pathologies pourront faire l'objet d'une valorisation par l'Assurance Maladie.

Titre 3 : Sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments

Parmi les émissions carbone du système de santé (8 % des émissions nationales), 50 % sont liées aux produits de santé dont 29% pour le médicament et 21 % pour les dispositifs médicaux. Dans le cadre de la stratégie nationale bas carbone, un objectif de réduction de 75 % des émissions de gaz à effet de serre (GES) a été fixé à l'horizon 2050.

Article 66. Principe du dispositif sobriété

Afin d'accompagner la baisse de l'empreinte carbone des médecins conventionnés un « dispositif sobriété » est créé. Celui-ci vise à informer et sensibiliser les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicaments, et à récompenser les médecins les plus vertueux via la mise en place d'un « bonus sobriété ». Celui-ci, repose sur le calcul annuel d'un indicateur individuel pour chaque médecin, appelé ci-après ratio de sobriété.

Article 67. Champ du ratio de sobriété

- ***Les médecins concernés par l'indicateur***

Pour le calcul de l'indicateur pour une année N, sont concernés les médecins généralistes libéraux conventionnés, hors MEP, actifs au 31 décembre de l'année N-1 et N et hors primo-installés lors de ces deux années. Les médecins doivent également avoir été consultés par plus de 100 patients parmi leur patientèle médecin traitant chacune des années N-1 et N et avoir prescrit au moins un médicament concerné par l'indicateur par patient chacune des années N-1 et N.

- ***Les patients pris en compte dans le calcul de l'indicateur***

Seuls les patients avec le même médecin traitant en année N-1 et N sont pris en compte pour le calcul de l'indicateur. Les patients doivent avoir plus de 16 ans et avoir consulté leur médecin traitant au moins une fois lors des deux années (N-1 ou N). Les patients décédés en année N-1 ou N sont exclus de l'indicateur.

- ***Les médicaments pris en compte dans le calcul l'indicateur***

Seuls les médicaments dont les prescriptions initiales ont été effectuées à au moins 50% par des omnipraticiens libéraux conventionnés entre octobre 2022 et septembre 2023 sont intégrés dans l'indicateur. Une prescription d'un médicament à un patient est considérée comme une prescription initiale lorsqu'aucun autre médecin, libéral ou salarié d'un centre de santé ou d'un établissement hospitalier, n'a déjà prescrit à ce patient un même médicament dans les six mois précédents cette prescription. Sont considérées comme des prescriptions d'un même médicament, les prescriptions portant sur des médicaments appartenant à la même classe ATC niveau 5, c'est-à-dire par substance chimique. Les vaccins sont exclus de l'indicateur.

Les médicaments intégrés dans l'indicateur doivent avoir été délivrés en officine de ville et avoir donné lieu à un remboursement par l'Assurance maladie. Seules les dispensations issues des prescriptions par le médecin traitant à sa patientèle médecin traitant sont prises en compte dans l'indicateur. Sont donc exclues les dispensations issues des prescriptions faites par un autre médecin que le médecin traitant.

Article 68. Méthodologie de calcul du ratio de sobriété annuel

Pour chaque médecin généraliste, le montant observé de prescriptions de médicaments à sa patientèle médecin traitant est comparé au montant moyen, observé au niveau national, prescrit par l'ensemble des médecins généralistes concernés par l'indicateur à leur patientèle médecin traitant. Le montant des prescriptions de chaque médecin généraliste est corrigé pour tenir compte des caractéristiques de sa patientèle médecin traitant selon la méthodologie décrite ci-après.

Dans un premier temps, pour une année N, est calculé, pour chaque médecin généraliste, le montant remboursable total observé issu des prescriptions des médicaments entrant dans le champ de l'indicateur. Dans un second temps, pour cette même année, est calculé le montant remboursable total corrigé pour chaque médecin généraliste. Ce calcul est effectué en stratifiant sa patientèle médecin traitant selon quatre variables :

- Patients avec une exonération au titre d'une affection de longue durée (oui/non) ;
- Age (< 45 ans ; 45-54 ans ; 55-64 ans ; 65-74 ans ; >= 75 ans) ;
- Homme/femme ;
- Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (oui/non).

Pour chaque médecin généraliste, le montant remboursable corrigé pour une strate de sa patientèle médecin traitant est égal au produit de l'effectif de cette strate, d'une part, et du montant remboursable moyen issu des prescriptions de l'ensemble des médecins entrant dans le champ de l'indicateur en France pour cette même strate, d'autre part. Le montant remboursable total corrigé pour un médecin généraliste est égal à la somme des montants remboursables corrigés pour chaque strate, sur l'ensemble des strates de sa patientèle.

Le ratio de sobriété, pour une année N, pour chaque médecin généraliste entrant dans le champ de l'indicateur, est égal au rapport entre le montant remboursable total observé et le montant remboursable total corrigé définit.

Article 69. Rémunération des médecins généralistes et modalités de mise en œuvre du ratio de sobriété

En année N, pour souligner l'investissement en faveur de la sobriété des prescriptions, un bonus sobriété sera versé chaque année aux médecins généralistes :

- avec un ratio de sobriété inférieur ou égal au 3e décile, c'est-à-dire les 30% des médecins avec le ratio de sobriété le plus faible en année N ;
- avec un ratio de sobriété compris entre le 3e et le 6e décile en année N et dont le ratio de sobriété a diminué d'au moins 10% entre l'année N-1 et l'année N.

Le bonus versé pour chaque médecin bénéficiaire est égal à 1 000 € multiplié par un coefficient de pondération. Ce coefficient est égal, pour chaque médecin au titre de l'année N, au rapport entre l'effectif de la patientèle médecin traitant de ce médecin prise en compte dans le calcul du ratio de sobriété et l'effectif moyen de la patientèle médecin traitant pour l'ensemble des médecins généralistes concernés par l'indicateur.

Ce dispositif entrera en vigueur en 2025 avec un premier versement du bonus en 2026 au titre de l'année 2025, en lien avec les prescriptions de médicaments des années 2024 et 2025 en date de remboursement.

Titre 4 : Formation professionnelle et groupes d'amélioration des pratiques

Article 70. Développement professionnel continu (DPC)

Dans le cadre de l'observatoire de la pertinence et de la qualité, les partenaires conventionnels souhaitent que le développement professionnel continu (DPC) soit mis à profit comme un outil au service des actions de pertinence des soins.

Les partenaires conventionnels souhaitent ainsi créer une dynamique d'offre de formation à destination des médecins autour des programmes de pertinence partagés et proposent que ces derniers deviennent des axes de formation prioritaires à déployer dans le cadre du DPC par les organismes de formation et sous l'égide de l'ANDPC.

À cette fin, les partenaires proposent la rédaction d'un cahier des charges pour chaque programme de pertinence sous l'égide et validé par la CPN pour apporter un cadre à l'offre de formation à diffuser par l'ANDPC auprès des organismes de formation.

L'observatoire de la pertinence et de la qualité aura la charge du suivi et de la mesure de l'impact de ces actions.

Article 71. La mise en place de Groupes d'Amélioration des Pratiques (GAP)

Afin d'améliorer la pratique professionnelle en matière d'efficacité et de pertinence des soins, l'Assurance maladie s'engage à favoriser sur le territoire un dispositif d'échange de pratique entre pairs favorisant une démarche réflexive de leur pratique.

En s'appuyant sur l'expérience des groupes qualités existants, les Groupes d'Amélioration des Pratiques (GAP) permettront de généraliser l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des parcours de soins.

Les modalités de mise en place des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) seront définies dans un cahier des charges répondant aux critères de qualité préconisés par la HAS qui sera validé en CPN.

Le médecin généraliste ou spécialiste est indemnisé 140 euros par l'Assurance maladie pour la participation à chaque groupe de 2 heures. L'indemnisation des structures porteuses est assurée par l'ANDPC selon un forfait adapté tenant compte des coûts constatés des dispositifs.

Titre 5 : La mise en place d'un observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité

Article 72. Modalités de la mise en place de l'observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité

Les parties signataires conviennent de la mise en œuvre d'un observatoire national conventionnel de la pertinence et de la qualité des soins.

Cet observatoire qui se réunira, a minima deux fois par an dans le cadre de la CPN, aura vocation à :

- Suivre la dynamique des dépenses de prescription des médecins libéraux ;

- Examiner les actions mises en œuvre dans le cadres des programmes d'actions partagées ;
- Prendre connaissance des résultats des actions de pertinence au regard des objectifs fixés ;
- Partager les résultats globaux des différents dispositifs d'intéressement ;
- Suivre la montée en charge des actions de DPC et des groupes d'analyse de pratique

Le suivi des résultats et des travaux de cet observatoire seront rendus publics.

Article 73. Conséquences en cas de non atteinte des objectifs

L'observatoire national de la pertinence et de la qualité permettra d'ajuster de manière régulière les projections à horizon 2027 des différents postes de prescription, et de mesurer ainsi l'écart à la trajectoire projetée des différentes cibles des programmes d'actions partagés. Les partenaires conventionnels se fixent comme objectif de proposer, ensemble, des actions correctives supplétives et/ou substitutives pour les programmes qui prendraient du retard, afin de renforcer les moyens déployés de part et d'autre pour atteindre la cible fixée conventionnellement.

Partie 7 : La valorisation de l'activité du médecin

L'ensemble des mesures ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires et frais accessoires seront mises en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et applicables, sauf mention contraire, à l'issue délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Titre 1 : La valorisation de l'activité clinique

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), mise en œuvre par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) publiée au Journal Officiel de la République Française, en application de l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur à la date de publication de la présente convention continue à s'appliquer, le cas échéant avec les modifications qui interviendront ultérieurement à cette date, pendant la durée de la présente convention.

Dans le cadre des modifications de la nomenclature portée par la présente convention, les partenaires conventionnels, dans un objectif de simplification, prévoient de faire évoluer l'organisation des différents articles de la liste des actes et prestations (LAP).

Dans le cadre de la valorisation de l'activité clinique du médecin, les tarifs indiqués dans les articles de ce chapitre sont ceux applicables en Métropole, et désignés en Annexe 1 qui comprend les tarifs applicables dans les autres départements.

Article 74. La consultation de référence

« Acte de référence de la nomenclature clinique », cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Afin de simplifier la facturation de cette consultation de référence, la majoration du médecin spécialiste MPC (prévue à l'article 2 bis de la NGAP), la majoration pour les médecins généralistes (MMG), la majoration MTS transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte et la majoration des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) MGM (prévue à l'article 14.4.5 de la NGAP) sont supprimées à l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Les tarifs correspondants à ces majorations sont intégrés dans le tarif de la consultation de référence. Cette simplification de la nomenclature n'a pas d'impact.

La facturation de la consultation de référence s'effectue sous les cotations suivantes pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable :

- G (VG pour la visite) pour les médecins généralistes ;
- CNP (ou VNP pour la visite) pour les psychiatres et les neurologues ;
- CS (VS pour la visite) pour les médecins spécialistes des autres spécialités.

Pour les médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, la cotation de la consultation de référence avec dépassement s'effectue sous la cotation C (ou V pour les visites) et CP pour les psychiatres et les neurologues. Pour les psychiatres, la prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique défini à l'article 15.2.4 de la NGAP sera facturée avec la lettre-clé CP affectée du coefficient 0,8.

Reconnaissant la spécificité des prises en charge de certaines spécialités en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, les partenaires conventionnels proposent de revaloriser, immédiatement sauf disposition contraire à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, leur tarif de la consultation de référence :

- La consultation de référence des médecins généralistes est revalorisée à 30€ ;
- La consultation de référence des psychiatres et des neurologues (code spécialité 15, 32, 33 ou 75) est revalorisée à 50€ puis à 52 € au 1er juillet 2025 (soit 55€ puis 57 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;

- La consultation de référence des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) est revalorisée à 32 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation de référence des gériatres (code spécialité 34) est revalorisée à 32 € puis 37 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 42 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (code spécialité 31) est revalorisée à 31 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 36 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS).

Les conditions de facturation de la consultation à distance sont décrites à l'Article 87.

Article 75. Les consultations coordonnées

Les consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant réalisées dans le cadre du parcours de soins, avec retour d'information vers le médecin traitant

Afin de valoriser le médecin correspondant qui procède à un retour d'information vers le médecin traitant, les majorations suivantes applicables à la consultation sont créées :

- Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS) ;
- 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 ;
- Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'Article 41 et suivants de la convention et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire ces majorations dans la NGAP selon les règles suivantes :

- Lorsque le médecin correspondant, adhérent à la présente convention reçoit le patient y compris âgé de moins de 16 ans, à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation. Cette majoration est également applicable pour les médecins en accès spécifique, dès lors qu'ils effectuent un retour d'information écrit au médecin traitant ;
- Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant ;
- Par dérogation pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant la MCS et la MCC sont facturables.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'Article 11 de la présente convention.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation, le médecin correspondant a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté *a posteriori* que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Article 76. Les consultations de l'enfant

1 - Les examens obligatoires de l'enfant

Afin de répondre à certains enjeux de santé publique en matière de prévention et de santé de l'enfant, sont valorisées à un tarif de 54 € puis 60 € le 1er juillet 2025 les trois consultations obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8ème jour, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois) facturées COE, définies à l'article 14.9 de la NGAP et réalisées à tarif opposable par le pédiatre ou le médecin généraliste.

Pour les médecins exerçant en secteur à tarif opposable (ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable), le médecin généraliste facture le code COD valorisé à 35 € pour les enfants de moins de 6 ans, COB valorisé à 30€ pour les enfants à partir de 6 ans ; le pédiatre facture le code COH pour les enfants de moins de 2 ans valorisé à 45 € puis 50 € à compter du 1er juillet 2025, COK pour les enfants de 2 à moins de 6 ans valorisé à 35€ et COG pour les enfants à partir de 6 ans valorisé à 31,5 €.

Pour les médecins en secteur 2 non OPTAM avec dépassements, le médecin généraliste facture COV pour les moins de 6 ans et COA pour les enfants plus âgés ; le pédiatre facture COJ pour les moins de 2 ans et COA pour les enfants plus âgés.

Tous les certificats et compte-rendu issus des consultations obligatoires de l'enfant doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

2 - Les consultations de suivi de l'enfant

S'agissant des médecins généralistes

Les médecins généralistes bénéficient d'une majoration **MEG** de 5 € pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans (prévue à l'article 14.7 de la NGAP).

S'agissant des pédiatres

Pour les pédiatres exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable : la consultation ou la visite **CEH** des enfants de 0 à moins de 2 ans est valorisée à 39 € puis à 40 € le 1er juillet 2025; la consultation ou la visite **CEK** des enfants de 2 ans à moins de 6 ans est valorisée à 35 € ; la consultation ou la visite **CEG** pour les 6 ans et plus est valorisée à 31,5 €. Ces trois consultations ne se cumulent pas avec la majoration de coordination spécialiste MCS.

La majoration NFP (prévue à l'article 14.6.1 de la NGAP) sera exclusivement facturable par les médecins à honoraires différents non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ne respectant pas le tarif opposable en cumul avec la cotation C pour les enfants de 0 à 2 ans.

Les majorations MEP et NFE (prévues à l'article 14.6.3 de la NGAP) sont supprimées à la date d'entrée en vigueur des mesures tarifaires mentionnées supra.

Compte tenu de la suppression de ces majorations, les codes spécifiques pour les consultations à distance des enfants sont créées pour les pédiatres exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable : la téléconsultation des enfants de 0 à moins de 2 ans sera facturée avec le code TCH ; la téléconsultation des enfants de 2 ans à moins de 6 ans sera facturée avec le code TCK ; la téléconsultation pour les 6 ans et plus sera facturée avec le code TCS à tarif identique à celle du médecin spécialiste hors psychiatrie, neurologie et gynécologie médicale.

S'agissant des psychiatres

La majoration MP dans les conditions définies à l'article 15.2.4 de la NGAP pour la prise en charge des enfants est portée à 12 € puis à 18 € au 1^{er} juillet 2025 et élargie aux patients de 16 à 25 ans.

La majoration MP est facturable dans le cadre d'une consultation ou visite de référence ou coordonnée.

Article 77. Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique complexe [Consultations complexes]

S'agissant des consultations complexes des médecins MPR

Les partenaires conventionnels prévoient également l'ouverture aux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation de la facturation de la consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier, EPH, telle que définie à l'article 15.9 de la NGAP.

S'agissant des consultations complexes des infectiologues

Soucieux de prendre en compte la spécificité des prises en charge des médecins spécialistes des maladies infectieuses et tropicales, les partenaires conventionnels prévoient l'ouverture de deux nouvelles majorations en plus de la majoration PIV (consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine) : la majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose et MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire telles que définies à l'article 15.9 de la NGAP.

S'agissant des consultations complexes des psychiatres

Les majorations MAF et MPF, permettant de valoriser la consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre, définies à l'article 15.2.4 de la NGAP sont valorisées à 23€ puis à 25 € au 1er juillet 2025.

Article 78. Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique très complexe [Consultations très complexes]

Article 78-1 : La consultation longue du médecin traitant

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la création d'une consultation longue du médecin traitant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable dénommée [GL] d'une valeur de 60 euros afin de favoriser la prise en charge de la personne âgée de plus de 80 ans.

La consultation longue du médecin traitant est facturable pour les patients de plus de 80 ans, une fois dans l'année dans chacune des situations suivantes :

- consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) ;
- consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués (GL2) ;
- consultation d'orientation vers un parcours médico-social (GL3).

Les GL1, GL2 et GL3 sont facturables au tarif opposable, chacune une fois par patient et par an.

La GL1 s'adresse aux patients de plus de 80 ans qui consultent dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation ;

La GL2 s'adresse aux patients de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication prescrit par le médecin.

La GL3 s'adresse aux patients de plus de 80 ans dont l'orientation vers un parcours médico-social nécessite le remplissage d'un dossier médico-administratif. Cette consultation a pour périmètre le remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle a vocation à être ouverte au dossier Via Trajectoire lorsque celui-ci est rempli par le médecin, selon des modalités qui devront être préalablement définies en CPN.

Ces consultations entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Dans la cadre de la sortie d'hospitalisation d'un patient âgé de plus de 80 ans, selon le contexte, le médecin facture la majoration MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP), la majoration MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP) ou la consultation GL1 non cumulable. Ainsi, pour un même séjour hospitalier du patient une seule des trois cotations est facturable.

Une consultation avec remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sans condition d'âge sera facturable par les médecins, quelle que soit leur

spécialité, via la cotation de la majoration MPH définie à l'Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes de la NGAP. Pour une même demande APA, la majoration MPH ne peut être facturée si une GL3 a été facturée.

Dans le cadre de la prise en charge des patients en fin de vie, le médecin traitant du patient pourra réaliser une consultation à destination de l'un des aidants via la cotation MIS définie à l'article 15. 9 – Consultations et majorations très complexes de la NGAP pour définir un parcours d'accompagnement. Les modalités de recours à cette majoration seront définies par décision de l'UNCAM au regard de la réglementation en vigueur.

Article 78-2 : Valorisation de consultations très complexes d'autres spécialités médicales

À des fins de santé publique et de renforcement des missions de prévention des dermatologues, les partenaires conventionnels prévoient la fixation du tarif de la consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie, « CDE », telle que définie dans l'Article 15.2.1 de la NGAP à 54 € puis à 60€ le 1er juillet 2025.

Le tarif de la majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie : « MCE » (prévue à l'article 15-4 de la NGAP) est revalorisé à 26,5€ € et 30,5€ le 1er juillet 2025.

Article 79. Les consultations d'expertise de second recours

Article 79-1: L'avis ponctuel de consultant (APC)

Revalorisation de l'APC

Les partenaires conventionnels entendent valoriser l'avis d'expertise du médecin spécialiste.

L'avis ponctuel de consultant APC est revalorisé à 60 € et l'APY est revalorisé à 67,5€. L'avis ponctuel de consultant APU est revalorisé à 74 €. Ces avis sont définis à l'article 18 B des dispositions générales de la NGAP.

La cotation APY est également ouverte aux médecins spécialistes de gériatrie.

L'APC n'est pas facturable pour un patient hospitalisé sauf exception mentionnée à l'article 19.

Situations particulières

Afin de lutter contre l'antibiorésistance, les partenaires conventionnels proposent que les médecins spécialistes en maladies infectieuses et tropicales puissent facturer un APC pour un patient hospitalisé en cas d'avis d'expertise sur une antibiothérapie (consigné dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation), dans la limite d'un seul APC au cours du séjour.

Par ailleurs, dans une logique de gradation de l'expertise rendue il est proposé d'inscrire la possibilité de facturer un APC lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation physique dans les 3 mois suivant la télé-expertise demandée par le médecin traitant.

Article 79-2 : La consultation de recours au pédiatre (CEP)

Le rôle d'expertise de second recours des pédiatres est reconnu par la création d'une consultation de recours CEP valorisée à 60€ le 1er juillet 2025, à tarif opposable, sur adressage écrit du service de protection maternelle et infantile (PMI), de la médecine scolaire, d'une sage-femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste. Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et, au médecin traitant.

Cette consultation ne peut être facturée plus d'une fois par an pour une sollicitation du même demandeur, et dans la limite de 3 fois par an pour un même patient.

Article 80. Soutenir l'exercice à domicile : valorisation des visites

Les visites réalisées aux horaires de la permanence des soins ambulatoires ou dans le cadre de la régulation sont revalorisées selon les modalités définies à l'Article 50 de la présente convention.

Article 80-1 : Les visites réalisées dans les zones de Montagne

Afin de prendre en compte les spécificités territoriales, les partenaires conventionnels proposent la création d'une nouvelle majoration de déplacement MDM valorisée à 15€ le 1^{er} janvier 2026, si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou du cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur).

Par ailleurs, les tarifs des indemnités kilométriques prévues à l'article 13 de la NGAP en zone montagne sont revalorisés à 1€ en métropole le 1^{er} janvier 2026.

Article 80-2 : Les visites réalisées dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)

Les partenaires conventionnels conviennent de mieux valoriser les visites réalisées dans les DROM. Les tarifs des indemnités kilométriques prévues à l'article 13 de la NGAP sont revalorisées comme suit le 1^{er} janvier 2026 :

- IK en plaine (IK) : 0,75 € en Guadeloupe et en Martinique, 0,80 € en Guyane, à La Réunion et à Mayotte ;
- IK montagne (IKM) : 1,20 € en Guadeloupe et en Martinique et 1,30 € en Guyane, à La Réunion et à Mayotte.

Pour la Guyane, les déplacements réalisés en pirogue sont valorisés à la même hauteur et cotation que les indemnités kilométriques pied (IKP).

Article 80-3 : Les visites réalisées dans la Collectivité territoriale de Corse

À titre dérogatoire, au regard des spécificités territoriales du territoire montagneux et insulaire présentant le caractère d'« île-montagne », les partenaires conviennent que l'ensemble du territoire

de la Collectivité de Corse bénéficie des dispositions applicables aux communes relevant de la loi Montagne le 01 janvier 2026.

Article 81. La surveillance médicale des patients en établissements

Dans une démarche de simplification, les partenaires conventionnels conviennent que les honoraires de surveillance sont facturables uniquement avec le code de facturation HS d'une valeur de 25 € associé à un coefficient selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport au jour d'entrée en hospitalisation. Il ne sera plus possible d'utiliser la lettre clé C associé à un coefficient dans ce cadre de facturation le 1^{er} janvier 2026.

Ces coefficients seront modifiés comme suit : 1 à la place de 0,8 ; 0,5 à la place de 0,4 et 0,25 à la place de 0,20 à l'article 20 de la NGAP le 1^{er} janvier 2026.

Les partenaires conventionnels conviennent de faire évoluer les règles de la NGAP afin de préciser les règles de facturation des honoraires de surveillance par le médecin assurant la prise en charge du patient.

Le médecin qui facture l'honoraire de surveillance ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, quel que soit le nombre d'établissement dans lequel il intervient.

Les partenaires conventionnels souhaitent revaloriser le forfait de surveillance thermal revu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP et apporter plus de flexibilité dans sa facturation. À compter du 1^{er} janvier 2026, la valeur des forfaits STH et THR sera divisée par trois afin de rendre leur facturation possible à chaque consultation et au maximum 3 fois par cure.

Quel que soit le nombre de consultations réalisées, la rédaction d'un document destiné au médecin prescripteur devra être réalisée à l'issue de la cure.

Le forfait STH passera sous ce nouveau format à 28 € le 1^{er} janvier 2026.

Le demi-forfait STH facturé THR suit les revalorisations du forfait STH. Dans le cadre de ces modifications, le tarif opposable n'est pas obligatoirement requis pour la facturation de ces forfaits.

Article 82. Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation

Les consultations pour les médecins urgentistes exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé mentionné au d) de l'article L. 162-22 autorisé par l'ARS sont valorisées comme une consultation de référence pour les consultations relevant des niveaux CCMU 1 et 2 et lorsque le passage aux urgences est suivi de l'hospitalisation du patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2022 et la réforme du financement des services d'urgences, les consultations U03 (prévues à l'article 14.1.1 de la NGAP) et les consultations U45 (prévues à l'article 14.1.2 de la NGAP) ne sont facturables que lorsque le passage en service d'urgence est suivi d'une hospitalisation du patient.

Afin d'harmoniser les rémunérations des urgentistes libéraux avec les rémunérations prévues par voie réglementaire et afin de renforcer l'activité d'urgentiste au sein des structures, les partenaires

conventionnels souhaitent revaloriser les tarifs de ces consultants, tenant compte également des revalorisations portées par la présente convention. Aussi, leurs tarifs sont revalorisés à 35 € puis à 40€ au 1 juillet 2025 pour les U03 et à 48 € puis à 50€ au 1er juillet 2025 les U45.

Par ailleurs, reconnaissant la lourdeur de la prise en charge de certains patients, il est prévu la création d'une majoration MVU de la consultation lorsque le passage est suivi de l'hospitalisation du patient de plus de 75 ans qui arrivent dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU, valorisée à hauteur de 10 € puis à 20€ au 1er juillet 2025.

Enfin, les partenaires conventionnels demandent la mise en place d'un groupe de travail associant également le ministère chargé de la Santé afin de parfaire la cohérence d'ensemble de la réforme du financement des services d'urgences.

Article 83. Valorisation du temps clinique associé à certains actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Afin de valoriser le temps clinique et diagnostic réalisé dans le prolongement de certains actes techniques de la CCAM, les partenaires conventionnels s'accordent pour autoriser de nouvelles dérogations de cumul à 100% des honoraires d'une consultation et de ceux des actes CCAM visés en annexe 22 lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps le 1 janvier 2026.

Le supplément CCAM pour réalisation d'une coloscopie (YYYY071) est supprimé du Livre II de la Liste des actes au 1^{er} janvier 2026.

Ces nouveaux contextes de cumul d'honoraires ne sont possibles que pour une consultation de référence ou coordonnée, facturée à tarif opposable.

Titre 2 : La valorisation de l'activité technique

Les partenaires conventionnels souhaitent mieux prendre en compte les évolutions des pratiques médicales et rénover ainsi en profondeur la CCAM afin de mieux valoriser l'activité technique des médecins libéraux.

A cette fin, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de :

- rénover la Classification Commune des Actes Médicaux, sur la base des travaux scientifiques de révision réalisés sous l'égide du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) ;
- revaloriser, y compris par anticipation des travaux du HCN, l'actuelle CCAM afin de prendre en compte les spécificités des spécialités médicales ayant une forte composante technique ;
- permettre une dynamique de maintenance au fil de l'eau des actes techniques, via l'inscription d'actes nouveaux validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la maintenance des actes déjà inscrits, en lien avec le HCN.

Un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques continuera d'être réalisé dans le cadre de la CPN.

Article 84. Révision, rénovation de la CCAM

Les partenaires conventionnels soulignent leur soutien à la révision de la CCAM portée par le Haut Conseil des Nomenclatures en ce qu'elle permet de prendre en compte l'évolution des techniques médicales et chirurgicales. La classification issue de ces travaux aboutira à une nouvelle hiérarchisation pour chacun des actes techniques dont les positionnements relatifs seront ainsi actualisés.

À l'issue des travaux scientifiques de révision de la description des libellés et des notes et de la hiérarchisation du travail médical des actes, le Haut Conseil des Nomenclatures transmettra son rapport de propositions concernant ces travaux pour une rénovation de la CCAM avant le 1^{er} mai 2025.

Les signataires souhaitent d'ores et déjà retenir certaines orientations des travaux du HCN pour la future CCAM :

- la définition de modificateurs descriptifs suivants liés aux caractéristiques du patient et impactant le travail médical : l'âge du patient mineur pour les activités pédiatriques ; l'obésité morbide (classe III de l'OMS) ; la ré-intervention chirurgicale sur un même site opératoire ou post-radiothérapie. Il est demandé au HCN de proposer, pour chacun de ces modificateurs descriptifs, une liste d'actes qui leur seraient éligibles ;
- la révision à 10 jours de la période post-interventionnelle définie aujourd'hui à 15 jours aux articles I-6 et I-7 de la liste des actes et prestations (LAP) ;
- l'expérimentation, mise en œuvre d'ici fin 2024 et jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM, d'une nouvelle règle dérogatoire d'association d'actes techniques relatifs à la prise en charge chirurgicale de l'endométriose ; ce cumul est rendu possible sur une liste restrictive d'actes définie par le HCN (annexe 23). Pour ces actes, l'association de trois actes au plus, y compris gestes complémentaires, peuvent être tarifés. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur. L'objectif est d'expérimenter avant l'entrée en vigueur de la CCAM le principe d'une tarification d'association d'actes assouplie pour certaines interventions très spécifiques, le cas échéant pour la faire entrer dans le droit commun dans le cadre de l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM. L'expérimentation prévue pour la chirurgie de l'endométriose pourra être élargie, par décision de l'UNCAM, jusqu'à février 2025 à d'autres interventions, sur proposition du Haut Conseil à la Nomenclature.

Cette rénovation de la CCAM nécessitera de réviser aussi les coûts de la pratique, seconde composante de la valorisation des actes selon la méthodologie CCAM. Les signataires s'engagent ainsi à mettre en place, une réunion de lancement des travaux de calcul des charges avant l'été 2024.

Les travaux d'études préliminaires seront réalisés par le service statistique ministériel et des auditeurs extérieurs et indépendants choisis par les partenaires conventionnels dès la signature de la convention pour être finalisés en décembre 2024.

La fin des travaux techniques marquée par une réunion de conclusion sera prévue en mai 2025.

La mise en œuvre de la rénovation de la CCAM se fera au sein des instances compétentes, en particulier la commission de hiérarchisation des actes et prestations. Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire au Livre II de la liste des actes et prestations, mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, en avance de phase et à tarification inchangée, les actes redécrits et validés par le HCN afin d'anticiper les évolutions de pratiques de cotation.

Les dispositions générales et diverses relatives aux actes techniques définies aux Livres Ier et III de la LAP pourront évoluer au regard de l'état des pratiques médicales, des impacts sur les parcours de soins des patients et sur les dépenses de l'Assurance Maladie.

Les partenaires conventionnels s'engagent à intégrer dans un avenant dédié aux seules mesures relatives à la CCAM et ses conséquences la nouvelle nomenclature des actes techniques issue des travaux du Haut Conseil des Nomenclatures. Les nouveaux tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux seront le résultat de l'application stricte de la nouvelle hiérarchisation des actes et de la réévaluation des coefficients de charges par spécialité médicale ou famille d'actes.

L'enveloppe consacrée à la CCAM au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs remboursables sera définie selon la projection faite de la taille de cette enveloppe au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. Les partenaires conventionnels décident d'ores-et-déjà de provisionner l'équivalent de 240 millions d'euros supplémentaires afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs.

Article 85. Valorisation des actes techniques

Article 85-1 : Revalorisation de tarifs des actes techniques dans le contexte d'inflation et de révision de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser les actes techniques afin de renforcer l'attractivité des spécialités médicales ayant une forte dominante technique. Sans attendre la révision de la CCAM, ils s'accordent à revaloriser le facteur de conversion monétaire (FC) d'actes techniques de la CCAM en vigueur. Le facteur de conversion monétaire de ces actes est fixé à 0,455 € à la date du 1^{er} janvier 2025 et à 0,47 € à la date du 1^{er} juillet 2025. Les tarifs revalorisés sont mentionnés en annexe 24. Le tarif du Forfait Sécurité Dermatologie FSD sera fixé à 45 €.

Article 85-2 : Revalorisation des tarifs pour les médecins adhérent à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO

Les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser spécifiquement les actes techniques des médecins adhérent à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO, via la revalorisation de 10 points des majorations forfaits modulables (**modificateurs K et T**) applicables aux actes de chirurgie et d'accouchements définis à l'annexe 19, passant respectivement de 20% à **25%** et de 11,5% à **16,5%** le 1^{er} janvier 2025 et de 25% à **30%** et de 16,5% à **21,5%** le **1er juillet 2025**.

Article 85-2 : Réajustement des tarifs des actes de radiothérapie

Les partenaires conventionnels conviennent d'ajuster les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts. Ils décident de baisser de 5% au 1^{er} janvier 2025 les tarifs de l'ensemble des actes de traitement par irradiation y compris les actes de préparation et à l'exclusion des actes de curiethérapie.

Article 85-3 : Valorisation des tarifs pour les tests compagnons

Les tests compagnons utilisés dans le cadre de la personnalisation du traitement des cancers peuvent être réalisés par les anatomopathologistes et les biologistes médicaux. Les actes permettant la réalisation de ces tests sont donc inscrits respectivement dans la CCAM et la NABM.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour que l'inscription de ces actes soit coordonnée dans les deux nomenclatures, CCAM et NABM, pour garantir un accès équitable à tous les professionnels de santé. Dans ces conditions, les partenaires conventionnels proposent que le tarif CCAM des tests compagnons soit équivalent au tarif fixé dans la NABM.

Article 85-4 : Valorisation des actes CCAM réalisés dans les DROM

Les partenaires s'accordent à majorer les actes CCAM bénéficiant à ce jour d'un coefficient de majoration dans les DROM à 3% en portant ce coefficient à 4% à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 86. Article 86 : Maintenance de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre en parallèle la maintenance prospective de la CCAM par l'inscription d'actes manquants ou innovants à la Liste des actes et prestations mentionnée aux articles L. 162-1-7 et D. 162-25-1 du code de la sécurité sociale, le cas échéant à titre provisoire, selon les avis et les évaluations de la Haute Autorité de santé (HAS) et les rapports du HCN.

Ils souhaitent également, qu'au-delà de la révision actuelle de la CCAM, les actes techniques déjà inscrits puissent être réévalués de façon régulière au regard de l'évolution des pratiques médicales et de la diffusion des pratiques innovantes. Il est demandé au Haut Conseil des Nomenclatures de proposer à la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP) définie à l'annexe 2 une méthodologie de re-hiérarchisation, permettant cette maintenance des actes techniques.

Titre 3 : Le recours à la télémedecine

Le déploiement de la télémedecine (téléexpertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Article 87. La téléconsultation

Article 87-1 : Champ d'application de la téléconsultation

La consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » est définie comme suit (article 14.9.3 de la NGAP) : « est entendue comme téléconsultation, la consultation à

distance réalisée entre un médecin, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. »

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin.

Article 87-2 : Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations. Ils doivent être informés des conditions de sa réalisation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Article 87-3 : Principes conditionnant la prise en charge de la téléconsultation

Le respect cumulatif des principes prévus au présent article conditionne la prise en charge de la téléconsultation par l'Assurance maladie.

1. Le respect du parcours de soins coordonné

Les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention. Ainsi, pour que la téléconsultation ouvre droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients en bénéficiant doivent être orientés initialement par leur médecin traitant dans les cas où ce n'est pas ce dernier qui la réalise.

2. Le respect de l'alternance des soins en présentiel et en téléconsultation

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultation au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin et ce, afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

3. Le respect de la territorialité

La téléconsultation doit être effectuée dans le respect du principe de territorialité. Le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient pour assurer un suivi régulier de l'état de santé du patient et organiser une consultation en présentiel si celle-ci s'avère nécessaire.

Article 87-4 : Les exceptions au parcours de soins

Les patients relevant des situations suivantes sont exonérés du respect du parcours de soins coordonné :

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- patients recourant à une spécialité en accès direct spécifique ;
- patients ne disposant pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé ;

- patients en situation d'urgence, telle que définie au 2° de l'article R. 160-6 du code de la sécurité sociale ;
- patients résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial ;
- patients écroués.

Dans ces situations, le recours aux téléconsultations doit être organisé dans un cadre territorial par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), équipes de soins spécialisés (ESS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) du territoire ou une organisation territoriale de téléconsultation validée et référencée par la CPL.

Article 87-5 : Exception au principe d'alternance

L'alternance nécessaire de consultation présentielle et téléconsultation ne s'applique pas dans le cas du recours à une téléconsultation via le service d'accès aux soins (SAS), ce dernier visant à répondre à une demande ponctuelle de soins non programmés.

Article 87-6 : Exception au principe de territorialité

L'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas :

- Pour les patients résidant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- En l'absence d'organisation territoriale de télémédecine telle que prévue au X ;
- Pour les téléconsultations de médecine générale, pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné.

Ces conditions sont cumulatives.

Par ailleurs, ce principe de territorialité ne s'applique pas pour les patients orientés par le régulateur du service d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous en présentiel sur le territoire.

Article 87-7 : L'encadrement de la pratique médicale en téléconsultation

La prise en charge de patients, exclusivement en téléconsultation, pourrait porter atteinte aux exigences déontologiques de qualité, de sécurité et de continuité des soins. L'activité de consultation d'un médecin ne peut ainsi pas être majoritairement exercée à distance.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer un seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation à hauteur de 20% du volume d'activité globale conventionnée du médecin, sur une année civile. Pour les psychiatres, ce seuil est porté à 40%.

N'entrent pas dans le champ de l'encadrement de l'activité réalisée à distance, les téléconsultations du médecin traitant auprès de sa patientèle médecin traitant, ni les téléexpertises.

Des exceptions à ce seuil maximal d'actes, notamment pour les médecins retraités, pourront être décidées en CPN.

Ces seuils s'appliquent à titre individuel aux médecins salariés des plateformes de téléconsultations.

Article 88. Les modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation

Article 88-1 : Conditions de réalisation

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par un échange oral en vidéo-transmission et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

Elle doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin consultant, et dans les conditions respectueuses des recommandations de la Haute Autorité de Santé ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels opposables de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations doivent utiliser les services numériques en santé disposant d'un certificat de conformité lorsque celui-ci est requis, tel que prévu par l'article L. 1470-6 du code de la santé publique. Ils doivent en outre se référer à la charte de bonnes pratiques de la téléconsultation, ainsi qu'aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations, encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Article 88-2 : Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré par le médecin assurant la téléconsultation, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait été automatiquement créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant (MSS).

Article 88-3 : Modalités de facturation de l'acte de téléconsultation

L'acte de téléconsultation est valorisé dans le respect des règles de facturation prévues à l'article 14.9.3 de la NGAP.

Les données nécessaires à la facturation sont les suivantes :

- si le patient est connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin. L'appel au service ADRI permettra de mettre à jour les données administratives le cas échéant ;
- dans les cas particuliers où le médecin téléconsultant ne connaît pas le patient, les données administratives nécessaires à la facturation (nom, prénom, NIR et pour les ayants-droits, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), permettant l'appel au service ADRI doivent être communiquées au médecin réalisant la téléconsultation. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile qui fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'Assurance maladie peut-être également utilisée.

En l'absence de possibilité d'utiliser la carte vitale du patient, la facturation est réalisée :

- en mode SESAM sécurisé, pour le médecin téléconsultant utilisant l'application carte Vitale (ApCV), lorsque la solution télésanté sera déployée ;
- en mode SESAM sans vitale, pour le médecin téléconsultant, dont le logiciel métier intègre les fonctionnalités prévues par l'avenant 18 télémédecine au cahier des charges SESAM Vitale ;

Article 89. La téléexpertise

Article 89-1 : Champ d'application de la téléexpertise

La télé-expertise est définie comme suit (article 14.9.4 de la NGAP) « l'expertise sollicitée par un professionnel de santé dit « requérant » et donnée par un médecin dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. »

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Article 89-2 : Patients concernés

L'ensemble des patients peut *a priori* bénéficier de téléexpertise.

Les patients doivent être informés sur les conditions de sa réalisation et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise.

Article 89-3 : Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre les médecins ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le professionnel de santé requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une Messagerie Sécurisée de Santé.

Les médecins souhaitant recourir à la téléexpertise doivent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Le médecin requis doit répondre à la demande de téléexpertise dans un délai de 7 jours.

Article 89-4 : Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré par le médecin réalisant la téléexpertise, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait été automatiquement créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant.

Article 90. Rémunération de l'acte de téléexpertise

Article 90-1 : Rémunération du médecin requis

L'acte de téléexpertise du médecin requis est valorisé dans les conditions visées à l'article 14.9.4 de la NGAP. Il est revalorisé à hauteur de 23 euros à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 90-2 : Rémunération du médecin requérant

Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions visées à l'article 14.9.6 de la NGAP.

Article 91. Les modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Article 91-1 : Les modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Les données nécessaires à la facturation sont les suivantes :

- Si le patient est connu du médecin requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin. L'appel au service ADRI permettra de mettre à jour les données administratives le cas échéant ;
- Dans les cas particuliers où le médecin requis ne connaît pas le patient, les données administratives nécessaires à la facturation, permettant l'appel au service ADRI (Acquisition des Droits intégrés), doivent être communiquées au médecin réalisant la téléexpertise par le professionnel de santé requérant.

Article 91-2 : Conditions de facturation

En l'absence de possibilité d'utiliser la carte vitale du patient, la facturation est réalisée en mode SESAM sans vitale, pour le médecin téléconsultant, dont le logiciel métier intègre les fonctionnalités prévues par l'avenant 18 télémédecine au cahier des charges SESAM Vitale.

Article 91-3 : Suivi et contrôle des actes de télémédecine

Le non-respect des conditions de réalisation ou de facturation des actes de télémédecine telles que définies dans la présente convention ou de la règle selon laquelle l'activité de téléconsultation d'un médecin ne peut pas être majoritairement exercée à distance est susceptible d'enclencher la procédure de sanction conventionnelle et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées au titre des téléconsultations réalisées au-delà du seuil susvisé, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel.

Partie 8 : Dispositif collectif de rémunération forfaitaire

Article 92. Dispositif collectif de rémunération forfaitaire

Article 92-1 : Principe du paiement collectif forfaitaire

Le paiement collectif forfaitaire en équipe de professionnels de santé offre la possibilité d'être rémunéré collectivement par un forfait substitutif à l'acte.

L'objectif est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour les équipes volontaires de professionnels de santé pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle médecin traitant de l'équipe.

L'ambition de ce dispositif est également de permettre aux équipes volontaires d'organiser la prise en charge de leurs patients, notamment en libérant du temps médical et en renforçant la coopération et la coordination entre les professionnels de santé.

Article 92-2 : Critères d'éligibilité

Toute équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle, avec la présence d'au moins 4 professionnels de santé libéraux (médecin généraliste ou infirmier) conventionnés, dont :

- Au moins 3 médecins généralistes volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire ;
- Au moins 1 infirmier.

Les équipes peuvent exercer en cabinet de groupe ou en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

La patientèle médecin traitant concernée par le forfait doit s'élever au minimum à 250 patients.

Article 93. Le périmètre du paiement collectif forfaitaire

Article 93-1 : Les actes

Le périmètre du paiement forfaitaire inclut les consultations et visites médicales et majorations associées hors actes techniques, indemnités kilométriques et soins réalisés dans le cadre de la PDSA (nuits, week-ends et jours fériés).

Sont conservées en dehors du forfait, les rémunérations autre que le paiement à l'acte, telles que les autres rémunérations forfaitaires conventionnelles. Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients qui sont hors du champ de l'expérimentation.

Article 93-2 : Les patients concernés par le paiement collectif forfaitaire

Seuls les patients de la patientèle médecin traitant au 31/12 de l'année N pourront être intégrés dans le paiement forfaitaire collectif. La file active en dehors de la patientèle concernée par le paiement par forfait collectif reste dans le cadre du paiement à l'acte. Le paiement forfaitaire s'applique à l'ensemble de la patientèle médecin traitant. Un cahier des charges viendra préciser la possibilité de restreindre

ce paiement à une sous-population de patients médecin traitant en fonction de critères objectifs et mesurables dans les données médico-administrative de l'Assurance maladie.

Article 93-3 : Les principes pour le calcul de la rémunération des structures

Chaque structure participante se voit verser une rémunération globale en remplacement du paiement à l'acte pour une partie des actes de médecine générale et majorations associées. Afin de définir une rémunération globale en adéquation avec les besoins des patients et la densité de l'activité des professionnels de santé, il est nécessaire de prendre en compte les profils des patients suivis et les caractéristiques territoriales.

Tout d'abord, le paiement collectif forfaitaire par patient est calculé en fonction des caractéristiques ayant une influence sur la complexité de la prise en charge permettant d'adapter le montant du forfait au besoin de chaque patient. Les quatre critères qui seront pris en compte sont l'âge, le genre, le fait de bénéficier de la complémentaire santé solidaire, et le fait d'être exonéré au titre d'une affection de longue durée. Ce forfait par patient sera ajusté en fonction des actes dans le champ du paiement forfaitaire dont a bénéficié le patient en dehors de la structure pour prendre en compte l'intensité de la prise en charge au sein même de la structure.

Ensuite, le forfait sera ajusté en fonction des caractéristiques territoriales d'implantation de la structure (niveau de consommation de soins sur le territoire, offre de soins, taux de pauvreté).

Article 93-4 : Mise en œuvre du dispositif

Le directeur général de l'UNCAM définit le cahier des charges après avoir recueilli l'avis de la CPN médecins avant la fin d'année 2024. La commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. À défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Les cabinets de groupe et les maisons de santé pluridisciplinaires souhaitant mettre en œuvre le paiement forfaitaire dans leur structure devront se signaler auprès de leur CPAM de rattachement en répondant à ce cahier des charges.

Le cahier des charges précisera les critères d'éligibilité des structures, les modalités de calcul du paiement forfaitaire, de gestion de ce paiement aux professionnels de santé ainsi que les modalités de sortie en cours d'expérimentation.

Partie 9 : Les pratiques éco-responsables et durables

Parce que les enjeux écologiques sont des enjeux de santé, la présente convention prend en compte les enjeux environnementaux dans la pratique libérale sur deux volets :

- la réduction de l'impact environnemental de la pratique du médecin et de son cabinet ;
- la prévention des risques environnementaux et la promotion de la santé environnementale par le médecin auprès de ses patients.

Les partenaires conventionnels partagent la nécessité de voir l'ensemble des acteurs du système de santé se former aux enjeux de la transformation écologique du système de santé, de la santé environnementale et de l'adaptation aux changements climatiques.

D'une part, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place des dispositifs répondant à un besoin de santé publique tout en s'inscrivant dans une démarche de sobriété environnementale et de décarbonation du système de santé. Ainsi, les partenaires conventionnels conviennent de développer l'ecoprescription, de rechercher et mettre en œuvre toutes les actions de pertinence notamment s'agissant des prescriptions de produits de santé, d'actes médicaux, des prescriptions de transports ou encore des arrêts de travail. Dans cette même optique de réduction des émissions de gaz à effet de serre, l'Assurance maladie propose également d'évaluer l'impact de la télésanté sur les déplacements des patients et des médecins afin d'identifier les situations dans lesquelles son développement pourrait être accentué.

D'autre part, les partenaires conventionnels proposent de lancer un groupe de travail pour la construction d'une démarche écoresponsable du cabinet permettant de valoriser de manière graduée l'engagement environnemental du professionnel et de son équipe. Ce dispositif permettrait au médecin de s'inscrire dans une démarche progressive d'intégration des enjeux environnementaux dans sa pratique quotidienne, qu'il s'agisse de la gestion de son cabinet comme des soins dispensés aux patients.

Par ailleurs, la présente convention souhaite affirmer le rôle incontournable des médecins en matière de prévention des risques environnementaux en intégrant la santé environnementale au contenu de leurs consultations. Pour les appuyer, l'Assurance maladie s'engage à mettre à disposition des médecins des contenus informatifs et données pratiques. En complément, les partenaires conventionnels s'engagent à la co-construction de supports d'information et de sensibilisation à destination du grand public. L'Assurance maladie s'engage également à mettre à disposition des médecins des outils leur permettant notamment de s'approprier facilement les pratiques de soins écoresponsables qui auront été recensées et validées dans le cadre des travaux menés en 2024 avec le Ministère et l'ANAP.

Les modalités de mise en œuvre de ces engagements seront définies dans le cadre de groupes techniques conventionnels et feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

Partie 10 : Dispositions sociales

Titre 1 : La participation au financement des cotisations sociales des médecins de secteur 1

Article 94. Participation au financement des cotisations sociales

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les caisses d'Assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables (secteur 1) pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et vieillesse (régime de base et prestation complémentaire vieillesse).

Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

L'assiette de cette participation est étendue également aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'Assurance maladie défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par le médecin au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures.

À titre dérogatoire, les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé privés, ainsi que les forfaits rémunérant l'activité des professionnels de santé libéraux conventionnés exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales bien qu'ils ne s'agissent pas d'honoraires perçus en application de la présente convention.

Cette participation ne concerne pas les médecins adjoints, les médecins assistants et les médecins salariés exerçant dans le cadre conventionnel ni les médecins exerçant exclusivement en secteur à honoraires différents (secteur 2 ou 1 DP).

La participation de l'Assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel.

Article 95. Définition de la participation de l'Assurance maladie et modalités de versement

Article 95-1 : Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Le montant de la participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires est assis sur le montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée multiplié par le taux d'honoraires sans dépassement défini ci-après.

Le taux d'honoraires sans dépassement est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation est ensuite calculé en appliquant à cette assiette les taux de cotisations prises en charge définis à la section suivante.

Article 95-2 : Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans les structures dont le financement inclut la rémunération des médecins correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

Le montant de la participation est ensuite calculé en appliquant à cette assiette les taux de cotisations prises en charge définis à la section suivante.

Article 96. Participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales

Article 96-1 : Participation aux cotisations maladie, maternité et décès

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés au titre du régime d'Assurance maladie, maternité, décès, des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, est fixée de sorte que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l'assiette de participation.

Article 96-2 : Participation aux cotisations familiales

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins au titre des allocations familiales est fixée de la manière suivante :

	PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE AUX COTISATIONS FAMILIALES
Revenus inférieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale	100 % de la cotisation
Revenus compris entre 140% et 250% du plafond annuel de sécurité sociale	75% de la cotisation
Revenus supérieurs à 250% du plafond annuel de sécurité sociale	60% de la cotisation

Article 96-3 : Allocation vieillesse – retraite de base

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins au titre des cotisations vieillesse du régime de base est fixée de la manière suivante :

	PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE A LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS VIEILLESSE DU REGIME DE BASE
Revenus inférieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale	2,15% du revenu
Revenus compris entre 140% et 250% du plafond annuel de sécurité sociale	1,51% du revenu
Revenus supérieurs à 250% du plafond annuel de sécurité sociale	1,12% du revenu

Article 96-4 : Régime des prestations complémentaires vieillesse (PCV)

La participation de l'Assurance maladie au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire et de la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire, respectivement prévues aux articles L. 645-2 et L. 645-3 du code de la sécurité sociale, dues par les médecins conventionnés au titre du régime des prestations complémentaires vieillesse, est fixée aux deux tiers du montant desdites cotisations, telles que fixées par décret.

Titre 2 : L'aide maternité, paternité, adoption

Article 97. Montant de l'aide et condition pour en bénéficier

Une aide financière conventionnelle à destination des médecins installés en libéral interrompant leur activité médicale, pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption est versée aux médecins afin de les aider à faire face, pendant cette période, aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical.

Cette aide conventionnelle est modulée selon le type de congé (maternité, paternité ou adoption), le type de secteur et en fonction du temps consacré par le médecin à son activité libérale selon les modalités fixées dans le tableau ci-après.

Article 97-1 : Tableau récapitulatif du montant de l'aide financière

	Médecin conventionné à honoraires opposables ou honoraires différents OPTAM-OPTAM-CO			Médecin conventionné à honoraires différents		
	8 demi-journées et plus (1)	Entre 6 et 8 demi-journées (2)	Entre 4 et 6 demi-journées (3)	8 demi-journées et plus (1)	Entre 6 et 8 demi-journées (2)	Entre 4 et 6 demi-journées (3)
Aide financière maternité ou adoption	3 100 € / mois	2 325 € / mois	1 550 € / mois	2 066 € / mois	1 550 € / mois	1 033 € / mois
Aide financière paternité	2 232 €	1 674 €	1 116 €	1 488 €	1 116 €	744 €

- (1) réalisation d'une activité libérale sur 8 demi-journées et plus par semaine
- (2) réalisation d'une activité libérale comprise entre 6 et 8 demi-journées par semaine
- (3) réalisation d'une activité libérale comprise entre 4 et 6 demi-journées par semaine

Article 97-2 : Justificatifs

Pour pouvoir bénéficier de l'aide, le médecin doit envoyer à sa caisse de rattachement (caisse de son cabinet principal) un document justifiant de son interruption d'activité :

- soit un certificat médical mentionnant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maternité ;
- soit une déclaration sur l'honneur du médecin attestant de l'interruption d'activité pour cause de paternité ou d'adoption.

Article 98. Modalités de versement de l'aide

L'aide est versée le mois suivant le début de l'arrêt de travail, selon la durée légale du congé et dans la limite de 3 mois.

Elle est versée en une seule fois pour le congé paternité au titre des 25 jours et chaque mois pour le congé maternité et adoption.

Elle vient en complément des autres prestations perçues au titre de la protection sociale comme les indemnités journalières.

Partie 11 : Vie conventionnelle et sanctions

Titre 1 : Instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle en mettant en place :

- une commission paritaire nationale et un comité technique paritaire permanent national spécifique placé auprès d'elle ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- une commission paritaire locale dans chaque circonscription de caisse.

Peut siéger dans ces instances, pour la section professionnelle, le médecin qui remplit les conditions cumulatives suivantes :

- exercer à titre libéral conventionné ;
- être membre d'une organisation syndicale représentative signataire de la présente convention ;
- n'avoir pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive.

Les modalités de composition et de fonctionnement de ces commissions sont définies dans un règlement intérieur figurant en annexe 6 à la présente convention.

Article 99. Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)

- ***La formation plénière***

En « formation plénière », la commission est composée :

- d'une section professionnelle composée de 12 représentants titulaires (6 généralistes et 6 spécialistes autres que généralistes) et, le cas échéant, de 12 suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives signataires. La répartition des sièges est opérée conformément au règlement intérieur ;
- d'une section sociale composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM et, le cas échéant, de 12 suppléants conformément au règlement intérieur.

Sous réserve de sa signature à la convention médicale, siège également au sein de la section sociale, avec voix délibérative, 1 représentant titulaire (et en cas d'absence un représentant suppléant) de l'UNOCAM. Dans cette configuration, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix afin d'assurer la parité entre les sections. Dans les cas d'examen par la commission d'un recours en appel formé auprès d'elle par un médecin dans le cadre d'une procédure de sanction conventionnelle, la CPN siège sans le représentant de l'UNOCAM.

Participe à titre consultatif, un représentant de l'Ordre des médecins.

- ***La formation médecins***

En « formation médecins », la commission est composée :

- de la section professionnelle ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

La commission se réunit en « formation médecins » lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

Article 100. Mise en place des instances paritaires

L'instance paritaire est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au moins trois fois par an et également dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire ; dans les trois mois qui suivent ce changement.

Article 101. Rôles et missions des instances paritaires

Article 101-1 : Rôle et missions de la Commission paritaire nationale (CPN)

La CPN a pour rôle le suivi, l'orientation et la coordination des actions nationales à mener afin d'assurer la réussite de la politique et de la vie conventionnelle.

Elle est notamment chargée des missions suivantes :

- suivre et évaluer les dispositifs mis en place par la présente convention et ses éventuels avenants ;
- assurer le suivi de l'évolution des indicateurs de l'observatoire conventionnel de l'accès aux soins ;
- assurer la mise en place et le suivi de l'observatoire national de la pertinence et de la qualité des soins ;
- veiller au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- assurer l'installation et le suivi du CTPPN ;
- émettre un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction conventionnelle a été décidée par les caisses ;
- être informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre ;
- proposer des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu et valider les cahiers des charges des orientations relatives aux axes de pertinence dans le cadre de l'observatoire de la pertinence et de la qualité des soins.

Pour remplir ses missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

Article 101-2 : Rôle et missions de la Commission paritaire régionale (CPR)

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

Ses missions sont les suivantes :

- organiser une concertation régulière sur le plan régional entre les caisses et les représentants des médecins concernant l'application de la convention (la CPR est notamment informée des travaux des instances locales de la région) ;

- suivre et évaluer au niveau régional l'impact des dispositifs conventionnels ;
- émettre un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction conventionnelle a été décidée par les caisses ;
- émettre un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- informer régulièrement la CPN de ses travaux et de ceux des CPL et lui transmet annuellement une synthèse.

Article 101-3 : Rôle et missions de la Commission paritaire locale (CPL)

La CPL est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau du département.

Ses missions sont les suivantes :

- veiller au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;
- assurer le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- donner un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles ;
- informer régulièrement la CPR de ses travaux et lui transmettre annuellement une synthèse.

Spécificités de la CPL

Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ou les départements constituant une région, une seule commission paritaire locale est mise en place.

Pour les départements constituant une région, la commission assure les missions des CPR et CPL.

En l'absence de CPL installée, les missions de la CPL sont exercées par la CPR.

Titre 2 : Autres instances

Article 102. Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé notamment des simplifications administratives et des aspects techniques des relations entre les caisses et les médecins est instauré auprès de la CPN.

Article 102-1 : Composition

Le CTPPN est composé :

- d'une section professionnelle composée de 6 représentants titulaires (3 généralistes et 3 spécialistes autres que généralistes) et, le cas échéant, de 6 suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives signataires ;
- d'une section sociale composée d'un nombre de représentants de l'UNCAM égal au nombre de membres de la section professionnelle.

Sous réserve de son adhésion à la convention médicale, participe également, à titre consultatif un représentant titulaire (et en cas d'absence un représentant suppléant) de l'UNOCAM.

Le CTPPN peut recourir à la compétence de conseillers techniques sur les sujets requérant leur compétence.

Article 102-2 : Mise en place

Le CTPPN est mis en place dans les deux mois qui suivent l'installation de la CPN.

Il se réunit deux fois par an.

Article 102-3 : Missions

Le CTPPN est chargé notamment :

- d'établir un bilan des mesures de simplification administrative ;
- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaires, etc.) ;
- de suivre les évolutions du système SESAM-Vitale ;
- de suivre et d'émettre un avis sur les services numériques à destination des médecins ;
- de suivre et accompagner le déploiement des usages du service Mon espace santé ;
- de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux.

Titre 3 : Le non-respect des engagements conventionnels

Article 103. Examen des cas de manquements

En cas de non-respect par le médecin des règles organisant ses rapports avec l'Assurance maladie et notamment des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles relatives aux règles de prise en charge et de facturation, une procédure d'examen des manquements conventionnels est engagée par les parties conventionnelles locales à l'initiative de la caisse primaire d'Assurance maladie de rattachement du médecin.

Le non-respect peut porter notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables dans les cas où ces derniers sont de droit au regard des dispositions réglementaires et conventionnelles ;
- l'utilisation abusive du DE et du DA ;
- les fraudes telles que définies à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent (la procédure spécifique de sanction applicable dans un tel cas est prévue dans la présente convention) ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus dans la facturation du médecin, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect, de façon répétée, des conditions de prescription des médicaments soumis à prescription restreinte mentionnés à l'article R. 5121-77 du code de la santé publique ;

- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémédecine.

Article 104. Sanctions encourues

Article 104-1 : Les sanctions

En fonction de la gravité et de la répétition des faits reprochés, les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre du médecin, pour une période ne pouvant excéder 3 ans, sont les suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires libres ;
- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DA) ;
- suspension de la participation des caisses à la prise en charge des dispositions sociales prévues à l'Article 94 et suivants de la convention. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent, une sanction financière d'un montant équivalent est applicable ;
- suspension du bénéfice d'une ou plusieurs rémunérations prévues par la convention ;
- déconventionnement, avec sursis ou ferme.

Article 104-2 : La sanction de déconventionnement ferme

La sanction de déconventionnement ferme a pour effet de :

- suspendre le bénéfice de l'ensemble des rémunérations prévues par la convention au titre de(s) l'année(s) au cours de(s) laquelle(s) le déconventionnement est exécuté ;
- rendre impossible le remplacement du médecin sanctionné ou son exercice en tant que remplaçant ;
- suspendre la participation des caisses à la prise en charge des dispositions sociales prévues à l'Article 94 et suivants de la convention - uniquement en cas de déconventionnement de trois mois ou plus.

Article 104-3 : La sanction de déconventionnement avec sursis

En cas de sursis, la sanction de déconventionnement peut être rendue exécutoire pendant une période de 2 ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du médecin. Elle peut le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Titre 4 : Procédure de sanction conventionnelle

L'ensemble de la procédure est réalisé par la caisse de rattachement du médecin pour son compte et celui de l'ensemble des caisses des régimes membres de l'Uncam.

Article 105. Procédure préalable d'échanges contradictoires

Article 105-1 : Avertissement préalable

Lorsque la CPAM de rattachement du médecin constate un non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles, elle lui adresse un avertissement par tout moyen donnant date certaine à sa réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Lorsque l'avertissement concerne le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, ce délai est porté à trois mois.

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la caisse primaire :

- d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- de faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles.

Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique du médecin, dans le délai d'un mois, tel qu'il lui a été notifié dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique du médecin fera toutefois l'objet d'un suivi rapproché.

Article 105-2 : Relevé de constatations

Un relevé de constatations est adressé au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception, par le directeur de la caisse, s'il est constaté :

- l'absence de modification de la pratique dans le délai mentionné au précédent article tel qu'il lui a été notifié dans le courrier d'avertissement ;
- un ou plusieurs faits mentionnés au dernier alinéa de l'article précédent, rendant inapplicable la procédure d'avertissement.

Ce relevé de constatations précise :

- les manquements imputés au médecin ;
- les sanctions encourues ;
- le délai maximal d'un mois laissé au médecin pour adresser ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatation pour transmettre ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu.

En cas d'observations écrites du médecin, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit alors se tenir dans le délai de 15 jours suivant la réception des observations écrites.

Si le médecin souhaite formuler des observations orales, la caisse a 15 jours pour organiser l'entretien à compter de la réception de la demande faite par le médecin.

Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. La caisse dresse un compte rendu d'entretien qu'elle adresse au médecin par tout moyen permettant de

rapporter la preuve de sa date de réception dans un délai de 8 jours suivant l'entretien, pour contreseing. L'absence de signature par le médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations ou à l'issue du délai de 8 jours suivant l'entretien susmentionné si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure ou de sa poursuite dans les conditions décrites ci-après.

Article 106. Avis de la commission paritaire locale

À l'issue des échanges contradictoires, lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPL de réunir cette dernière. La CPL doit se tenir dans un délai maximal de deux mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPL est réputé rendu.

L'avertissement préalable le cas échéant, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien et tout document utile sont joints à l'ordre du jour de la CPL.

Lorsque la CPL juge nécessaire de recueillir auprès du médecin des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés, elle se réunit en « formation médecins ».

Le médecin est convoqué, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission, dans la formation retenue (plénière ou « médecins ») délibère et émet un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du médecin, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

En cas de partage des voix des membres de la CPL, l'avis est réputé rendu. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs de caisses membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

L'avis de la CPL, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai d'un mois suivant la réunion au directeur de la caisse et au médecin.

Notification de la décision du directeur de la caisse.

Dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis de la CPL, le directeur de la caisse arrête sa décision et la notifie au médecin par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- la nature de la sanction et sa date d'entrée en vigueur ;
- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- les voies et délais de recours dont le médecin dispose pour contester cette décision devant la juridiction compétente.

Sauf exercice par le médecin d'un recours en appel devant la CPR ou la CPN qui a caractère suspensif, l'application de cette décision ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date

de sa notification. Ce délai est porté à 1 mois en cas de fraude telle que définie à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale.

La CPL est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 107. Recours en appel du médecin devant la CPR et la CPN

Article 107-1 : Recours en appel devant la CPR

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif en appel auprès de la CPR contre les décisions de sanction conventionnelle suivantes :

- déconventionnement d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois ou sanction financière équivalente.

Article 107-2 : Recours en appel devant la CPN

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif en appel auprès de la CPN contre les décisions de sanction conventionnelle suivantes :

- déconventionnement d'une durée supérieure à 1 mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois ;
- suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives.

Article 108. Dispositions communes

Article 108-1 : Appel suspensif

Les recours conventionnels suspendent la décision des caisses et, de fait, l'application de la sanction.

Article 108-2 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel

La saisine par le médecin de la commission en appel doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction ou de 1 mois en cas de fraude telle que définie à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale. Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la CPR ou la CPN doit être saisie dans ces mêmes conditions.

La saisine est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au secrétariat de l'instance conventionnelle concernée.

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

Article 108-3 : Avis de la commission en appel

La commission en appel doit se réunir dans un délai de deux mois à compter de la date de sa saisine. Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la CPR ou la CPN doit se réunir dans ces mêmes conditions.

Le médecin est informé de la date de réunion de la commission.

La commission en appel se prononce sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission en appel émet un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

L'avis de la commission en appel, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans les 15 jours suivant la date de la réunion de l'instance, au directeur de la caisse et au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

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

Cette dernière ne peut intervenir qu'après 15 jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.

Titre 5 : Procédures conventionnelles spéciales

Article 109. Procédure du déconventionnement exceptionnel d'urgence

En cas d'urgence et de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles par le médecin, notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'Assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse primaire de rattachement du médecin, alerté le cas échéant par le directeur de tout autre organisme local d'Assurance maladie concerné, peut décider de suspendre les effets de la convention à son égard, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet, pour une durée qui ne peut excéder 3 mois, selon la procédure prévue à l'article R. 162-54-10 du Code de la sécurité sociale.

Article 110. Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire et procédure de sanction applicable

Article 110-1 : Propos liminaire

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives après avoir recueilli

l'avis de la CPN médecins. La commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. À défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Article 110-2 : Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement) ;
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus ;
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués.

Cette appréciation tient compte par ailleurs de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité médecin ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

Article 110-3 : Avertissement préalable

Conformément aux principes de sélection définis par le Directeur général de l'Uncam, lorsque que la CPAM de rattachement du médecin constate une pratique tarifaire excessive, elle lui adresse un avertissement, par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Cet avertissement doit comporter l'ensemble des éléments relevés par la caisse susceptible de caractériser la pratique tarifaire excessive selon les critères d'appréciation précisés supra et les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national/régional/départemental.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Passé ce délai, le directeur de la caisse peut :

- soit, en cas de modification de la pratique tarifaire du médecin, décider d'abandonner la procédure ;
- soit, en l'absence de modification de la pratique tarifaire du médecin, décider de poursuivre la procédure.

Article 110-4 : Relevé de constatations

À l'issue du délai de 2 mois laissé au médecin pour modifier sa pratique, s'il est constaté que ce dernier n'a pas modifié ladite pratique tarifaire, un relevé de constatations lui est adressé, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

Si, dans un délai de 3 ans suivant la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés, la caisse procède à l'envoi du relevé de constatations et la procédure d'avertissement est réputée effectuée.

Le relevé de constatations détaille les éléments susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis plus haut. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou départemental. Le relevé expose également les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations pour transmettre ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu.

En cas d'observations écrites du médecin, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit alors se tenir dans le délai de 15 jours suivant la réception des observations écrites.

Si le médecin souhaite formuler des observations orales, la caisse a 15 jours pour organiser l'entretien à compter de la demande faite par le médecin.

Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. La caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur qu'elle adresse au médecin dans un délai de 8 jours suivant l'entretien, pour contreseing. L'absence de signature par le médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations ou à l'issue du délai de 8 jours suivant l'entretien si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure ou de sa poursuite dans les conditions décrites ci-après.

Article 110-5 : Avis de la commission paritaire régionale

Lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPR de réunir cette dernière par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de la saisine. La CPR doit se tenir dans un délai maximal de 2 mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPR est réputé rendu.

Le cas échéant, le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. Lorsque la CPR juge nécessaire de recueillir, auprès du médecin, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés, elle se réunit en « formation médecins ».

Le médecin est convoqué, par tout moyen donnant date certaine à la réception, dans un délai minimal d'un mois précédant la réunion. À cette occasion, il peut se faire assister, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites (mémoire en défense) au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission délibère et émet un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du médecin non motivée par la force majeure, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

En cas de partage des voix des membres de la CPR, l'avis est réputé rendu et le directeur de la caisse peut arrêter librement la sanction qu'il décide.

L'avis de la CPR, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai d'un mois suivant la réunion au directeur de la caisse et au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

Sans préjudice du déroulement de la procédure, si la CPR estime que le dossier met en évidence une suspicion de manquement à la déontologie médicale, elle élabore un argumentaire afin de demander au directeur de la caisse de porter plainte à l'encontre du médecin auprès du conseil départemental de l'Ordre.

Article 110-6 : Notification de la décision du directeur de la caisse

Dans un délai de 15 jours suivant la transmission de l'avis de la CPR, le directeur de la caisse primaire arrête sa décision qui ne peut excéder, le cas échéant, les sanctions envisagées par la CPR et la notifie au médecin par tous moyens donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- la nature de la sanction et sa date d'entrée en application ;
- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- les voies et délais de recours dont le médecin dispose pour contester cette sanction.

Sauf exercice par le médecin ou par le directeur de la caisse primaire, d'un recours en appel devant la CPN, cette décision prend effet au plus tôt dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification par le médecin.

Le recours en appel exercé par le médecin ou par le directeur de la caisse primaire devant la CPN a un caractère suspensif.

La CPR est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 110-7 : Recours en appel devant la CPN

Le médecin peut présenter un recours en appel auprès de la CPN contre toute sanction conventionnelle notifiée dans le cadre d'une procédure de sanction pour pratiques tarifaires excessives.

Le directeur de la caisse primaire peut également exercer un recours auprès de la CPN en cas de désaccord avec l'avis de la CPR.

Article 110-8 : Effet suspensif

Le recours en appel auprès de la CPN suspend la décision des caisses.

Article 110-9 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel

La saisine, par le médecin ou le directeur de la caisse, de la commission en appel doit intervenir dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée, par tout moyen donnant date certaine à la réception, au secrétariat de la CPN.

Le secrétariat de la CPN informe du recours, réalisé par le médecin, la CPAM ayant prononcé la sanction.

Article 110-10 : Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins

À réception de la saisine, le Président de la CPN saisit, dans un délai maximum de 15 jours, le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour avis sur le caractère excessif de la pratique tarifaire en cause.

Le Président du CNOM transmet son avis au Président de la CPN dans un délai d'un mois à compter de la réception du courrier de saisine du Président de la CPN.

À défaut d'avis rendu dans ce délai, l'avis du CNOM est réputé rendu.

Article 110-11 : Avis de la CPN

La CPN se réunit en formation « restreinte », c'est-à-dire sans le représentant UNOCAM, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis du président du CNOM ou lorsque cet avis est réputé rendu. Le médecin est informé de la date de réunion de la commission.

La CPN se prononce sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance. À cette occasion, il peut se faire assister, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Le médecin peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La CPN émet un avis sur la décision à prendre. Cet avis, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans un délai d'un mois suivant la réunion de l'instance, au directeur général de l'UNOCAM, au directeur de la caisse et au médecin.

À l'issue de ce délai, ou en l'absence d'accord constaté, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Article 110-12 : Notification de la décision du directeur de la caisse suivant le recours en appel

Le directeur de la caisse prend une décision, qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPN si celle-ci s'est prononcée.

Cette décision définitive, à laquelle est joint, le cas échéant, l'avis de la CPN, est notifiée au médecin, dans un délai de 15 jours, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision définitive précise les voies et délais de recours de droit commun dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci. Celle-ci ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la décision par le médecin. La décision est alors exécutoire.

La CPN est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 111. Conséquences des sanctions ordinales ou des décisions juridictionnelles

Lorsque l'Ordre des médecins ou une juridiction pénale a prononcé, à l'encontre du médecin, une sanction devenue définitive, sans sursis, consistant en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux, en une interdiction d'exercice, ou en un emprisonnement avec incarcération, le professionnel est, de fait, placé hors du champ d'application de la convention, à la date d'entrée en vigueur de la sanction et pour la durée de celle-ci, et ne peut plus percevoir de rémunération (actes et rémunérations conventionnelles) au titre des soins ou de sa patientèle sur cette période.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du médecin l'enclenchement d'une procédure de sanction conventionnelle, sans le préalable de l'avertissement.

Article 112. La publicité des sanctions

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux, par affichage dans leurs locaux et sur l'annuaire des professionnels de santé sur le site de l'Assurance maladie, la sanction conventionnelle décidée à l'encontre du médecin pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 113. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'application de la convention se poursuivent et sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme sans changement.

Partie 12 : Modalités des échanges entre l'Assurance maladie et les médecins

La facturation à l'Assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 114. Le système de facturation SESAM-Vitale

Article 114-1 : Principe

La facturation des actes et prestations s'effectue par une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut exceptionnellement s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'Article 115 ou de la feuille de soins sur support papier définie Article 116. On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte du professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM "dégradé", la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle cerfa.

Article 114-2 : Utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention.

Article 114-3 : Utilisation de la carte Vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier et authentifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'Assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'Assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Le médecin vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'Assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. L'assuré peut mettre à jour sa carte Vitale physique en pharmacie.

Afin de sécuriser la facturation et éviter certains rejets liés aux droits aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit, le médecin a recours autant que possible au service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet

au médecin d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance maladie. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'Assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Les organismes d'Assurance maladie s'engagent, lorsque le médecin pratique la dispense d'avance des frais sur la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile) à la date de la réalisation de l'acte.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), les organismes d'Assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale (physique ou application mobile) à la date de réalisation de l'acte.

Article 114-4 : La qualité de service des caisses d'Assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 114-5 : L'équipement informatique du médecin

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour disposer d'un équipement informatique lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conforme aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

Article 114-6 : Liberté de choix de l'équipement et du réseau

Le médecin a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'Assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale. Le médecin a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatibles avec la configuration de son équipement.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE. Cet organisme tiers, dont le médecin a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du médecin avec lequel il conclut un contrat à cet effet. Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part couverte par les régimes obligatoires.

Article 114-7 : Le respect des règles applicables aux informations électroniques

Le médecin doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le médecin à des organismes complémentaires (Demande de Remboursement Electronique, DRE).

Un « éclatement » de la FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le médecin.

Principes généraux d'élaboration d'une feuille de soins électronique.

Article 114-8 : Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles édictées dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 114-9 : Délai de transmission des FSE

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article 114-10 : Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et par l'assuré.

À défaut, si l'assuré n'est pas en mesure de signer la feuille de soins, le médecin l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

Article 115. Les autres procédures de facturation

Article 115-1 : La feuille de soins SESAM « dégradée »

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile, le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradée ».

Les parties s'engagent à limiter l'utilisation du mode « dégradé » au profit de la seule transmission de FSE et à suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires locales.

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradée », y compris hors département, le médecin réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier) s'il n'utilise pas le dispositif dématérialisé prévu ci-après. Les feuilles de soins SESAM « dégradée » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission.

Article 115-2 : Dématérialisation de la transmission de la feuille de soins – Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier, dispositif SCOR

La pièce numérique est la feuille de soins établie sur le modèle cerfatisé en vigueur et signée par le patient. La signature du patient pourra être manuscrite sur la feuille de soins papier puis le document sera numérisé par le médecin. L'Assurance maladie s'engage à proposer une évolution du cahier des charges SESAM Vitale permettant au patient d'apposer sa signature sur un terminal de signatures doté d'un écran tactile.

L'Assurance maladie met à disposition un service de transmission électronique de la feuille de soins papier numérisée (SCOR).

Article 115-3 : Nature de la pièce numérique

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur. Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies dans la présente convention, le médecin se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de la feuille de soins sur support papier.

Le médecin est responsable de l'établissement de la pièce numérique et de sa fidélité à la feuille de soins papier.

Article 115-4 : Principe de la numérisation de la feuille de soins

Le médecin s'engage à numériser la feuille de soins par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la feuille de soins papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Le médecin s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la feuille de soins au moment où il établit la facturation correspondante.

Article 115-5 : Qualité de la pièce numérique

Le médecin s'engage à s'assurer de la lisibilité de la pièce numérique en amont de sa transmission aux organismes de prise en charge.

Article 115-6 : Valeur probante des pièces justificatives numériques

La pièce justificative numérique transmise par le médecin dans les conditions mentionnées ci-après s'agissant du principe de la télétransmission a la même valeur juridique et comptable que la feuille de soins support papier.

Article 115-7 : Transmission

La transmission de la pièce numérique s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé « point d'accueil inter-régimes », dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Un accusé de réception logique (ARL) « PJ » est envoyé au médecin à la suite de la transmission sur le point d'accueil inter-régimes des lots de pièces numériques. Un ARL « PJ » positif atteste de l'acquisition du lot et de sa conformité à la norme d'échange.

La télétransmission du lot de PJ numériques intervient après l'envoi du lot de facturation en mode dégradé.

Article 115-8 : Cas d'échec de la transmission des pièces jointes numériques

En cas d'impossibilité technique de télétransmettre la PJ numérique, le médecin met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de la première tentative. En cas de persistance de l'impossibilité de télétransmettre à l'issue de ce délai, le médecin en informe la caisse et transmet les pièces sous format papier (duplicata).

Article 115-9 : Non réception de la PJ numérique

En cas de non réception par l'organisme de prise en charge malgré un ARL PJ positif de télétransmission, ce dernier prend contact avec le point d'accueil inter régimes qui lui transmet à nouveau le lot. À défaut de réception d'un ARL positif, le médecin transmet à nouveau la pièce numérique qu'il a conservée dans les conditions définies par les dispositions du présent article en cas d'échec de la transmission de la PJ dû à un dysfonctionnement.

Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par le médecin prévu par le présent article sur la conservation des preuves et de la protection des données, il est fait application des dispositions ci-après portant sur les modalités d'acheminement des PJ sur support papier.

Article 115-10 : La conservation des preuves et de la protection des données

Le médecin conserve les PJ numériques sur le support de son choix et dans les conditions de pérennité nécessaire, et ce, pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de télétransmission ou de l'envoi postal à la caisse primaire.

Article 116. La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré. Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation. En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'Assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Les engagements de l'Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes.

L'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'Assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de traitement de la facture sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE sécurisé Vitale. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'Assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'Assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant ;
- La garantie de paiement (article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale) se fait sur la base de l'utilisation de la carte Vitale du patient (carte physique ou sous forme d'application mobile). L'utilisation du seul service ADRi sans lecture de carte Vitale sous forme physique ou application mobile ne donne pas droit à la garantie de paiement.

L'Assurance maladie s'engage à renforcer l'accompagnement des médecins rencontrant des rejets de facturation. À cette fin, les médecins concernés recevront systématiquement un mail d'information et pourront bénéficier le cas échéant d'un contact sortant, réalisé par un agent de la caisse de rattachement du patient, lorsque l'anomalie s'avère récurrente ou significative (en nombre ou en montant). Cette action pourra venir en complément ou en substitut d'autres actions plus spécifiques du type : guide d'aide à la facturation, visites de délégués du numérique en santé (DNS).

L'Assurance maladie s'engage par ailleurs à développer un nouveau service progressivement généralisé à tous sur tout le territoire : l'application carte Vitale. Porteur d'enrichissement du service et de la relation tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, l'application carte Vitale induit une optimisation des processus de facturation. L'application carte Vitale permet de limiter les oublis et les pertes de carte Vitale physique, elle apportera aussi de nouvelles fonctionnalités pour les assurés (télésanté, fiabilisation des données d'identification des patients lors de la pré-admission/admission à l'hôpital, accès facilité à Mon Espace Santé, prêt temporaire de l'usage de l'application à un tiers de confiance par exemple). Par ailleurs, dans le processus de paiement, l'appli carte Vitale permet de réduire le volume de feuilles de soins papier et de garantir que les droits des assurés sont bien à jour, ce qui limite les rejets de facturations.

Le médecin soutient le développement de l'appli carte Vitale en s'équipant de matériel compatible et accompagne ses patients dans son utilisation.

Article 117. Facturation des honoraires et rédaction des ordonnances

Article 117-1 : Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'Assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support.

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires ou pratiqué le tiers payant.

Article 117-2 : Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical salarié ou par un médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle (collaborateurs salariés, adjointes et assistants) d'un médecin libéral, adhérent à la présente convention, la facturation s'effectue selon les modalités décrites ci-après.

Les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin responsable, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ou du médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle. Le médecin responsable est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'auxiliaire salarié ou le médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle sont identifiés comme exécutant de l'acte.

L'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral atteste la prestation de l'acte et le médecin responsable le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature du médecin responsable sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle, des cotations de la NGAP ou de la CCAM et des tarifs en vigueur.

Article 117-3 : Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et, en conséquence, mentionner les informations suivantes :

- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro RPPS) ;
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance, c'est à dire :
 - soit le numéro Assurance maladie personnel (numéro AM) pour les médecins exerçant en structures disposant d'un tel numéro comme les cabinets médicaux (y compris les activités libérales exercées en milieu hospitalier) ;
 - soit le n°FINESS pour les structures comme les établissements de santé.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'actes réalisés par des auxiliaires médicaux ;
- d'examens des laboratoires d'analyse médicale.

Le médecin ne peut utiliser que des ordonnances pré imprimées, sauf dans le cas où il précise les modalités pratiques de préparation à un examen ou une intervention. Toutefois, il peut s'appuyer, s'il l'estime utile, pour établir sa prescription, sur des modèles type de prescription ou des aides à la prescription élaborés dans le champ de la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il se les procure en ligne, sur le site de l'Assurance maladie, ou auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce.

Les modalités du déploiement du dispositif ordonnance numérique (e-prescription) dont la généralisation est prévue au plus tard le 31 décembre 2024 sont définies à l'annexe 20.

Table des annexes

Table des annexes	1
Annexe 1 - Tarif	2
Annexe 2 – COMMISSION DE HIERARCHISATION ET TARIFS DES ACTES DE LA CCAM.....	3
Annexe 3 - formulaire d'adhésion à la convention nationale des médecins libéraux	5
Annexe 4 - Forfait patientèle médecin traitant – dispositions transitoires	6
Annexe 5 – Majoration prévention	8
Annexe 6 - Règlement intérieur type des instances.....	24
Annexe 7 - Dispositions transitoires rémunération sur objectifs de sante publique.....	28
Annexe 8 – DONUM	71
Annexe 9 – Dispositions transitoires du Forfait structure (FS)	75
Annexe 10 – Calcul des objectifs Assistants médicaux.....	83
Annexe 11 - CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE À L'EMPLOI D'UN ASSISTANT MEDICAL ..	89
Annexe 12 - OPTAM – Taux moyen appliqués aux honoraires réalisés à tarifs opposables pour le paiement de la prime Optam, par spécialité.....	99
Annexe 13 - Actes cliniques et techniques inclus dans le calcul du dispositif Optam/Optam-ACO.	101
Annexe 14 - CONTRATS OPTAM - OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE ACO (OPTAM-ACO)	108
Annexe 15 – Dispositions transitoire pour les Options tarifaires OPTAM et OPTAM-ACO.....	118
Annexe 16 – Transposition convention dentaire	148
Annexe 17 - Objectifs collectifs associés aux engagements d'accès aux soins	180
Annexe 18 - Intéressement	182
Annexe 19 – Listes d'actes éligibles selon les modificateurs	191
Annexe 20 - Ordonnance numérique	232
Annexe 21 – Dispositions transitoires concernant les contrats démographiques.....	237
Annexe 22 – Actes CCAM autorisant le cumul avec les honoraires d'une consultation de référence ou coordonnée.....	264
Annexe 23 – Actes CCAM pour l'expérimentation d'une nouvelle règle dérogatoire d'association relative à la réalisation d'un traitement chirurgical de l'endométriose	265
Annexe 24 – Tarifs des actes CCAM	268

Annexe 1 - Tarif

Annexe 2 – COMMISSION DE HIERARCHISATION ET TARIFS DES ACTES DE LA CCAM

Article 1 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.

Article 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 tous deux adhérents à la convention.

- Le collège de l'UNCAM :

Il comprend des membres issus des 2 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membres 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 de la commission.

Assistent également aux travaux de la commission :

- Un représentant de l'Etat ou son suppléant ;
- Un représentant de l'ATIH ;
- Un représentant de la Haute autorité de santé.

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

Article 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 d'émettre un avis sur 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 1.3 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 13C par séance et une indemnité de déplacement.

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

Article 2 Tarifs de la CCAM technique

Les partenaires conventionnels actent les tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique définis dans les conventions nationales des médecins généralistes et spécialistes applicables antérieurement à la précédente convention et dans la présente convention. Ces tarifs figurent en annexe 2 qui comprend les tarifs des actes définis consécutivement aux décisions UNCAM portant création ou modification d'actes à la CCAM en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le facteur de conversion monétaire (FC) est actuellement fixé à 0.44 €. Il sera fixé à 0.455€ le 1^{er} janvier 2025 puis à 0.47€ le 1^{er} juillet 2025

Annexe 3 - formulaire d'adhésion à la convention nationale des médecins libéraux

Pour exercer dans le cadre de la convention, le médecin doit, à l'occasion de ses démarches d'enregistrement auprès de sa caisse de rattachement, formuler son choix d'exercer ou non sous le régime de la convention.

Ce formulaire d'adhésion est à remplir par le médecin qui le remet à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal.

Identification du médecin :

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

N° d'inscription à l'Ordre :

Déclare adhérer à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs signataire des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Fait à

Le

Signature du médecin

Adhésion enregistrée par la caisse primaire le :

Fait à

Le

Cachet de la caisse primaire

Annexe 4 - Forfait patientèle médecin traitant – dispositions transitoires

Conformément aux dispositions de l'article 21, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) définit dans la convention médicale de 2016 reconduite par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023 est maintenu, de manière transitoire, jusqu'au 31 décembre 2025 dans les conditions définies dans la présente annexe.

Article 1 - Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients

Ce forfait valorise les missions spécifiques du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle. Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères suivants :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 46 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 46 euros
- Patient de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 70 euros
- Autres patients : 5 euros

Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin. Pour les patients bénéficiaires de la CMUC, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7%, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du médecin en pourcentage est applicable au montant de la rémunération au titre du forfait patientèle médecin traitant. La majoration appliquée est au maximum de 25 %. Le taux national de patients bénéficiaires de la CMUC est calculé sur la patientèle médecin traitant au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée pour le calcul de la rémunération liée à ce forfait patientèle médecin traitant correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (pour les moins et les plus de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Ce forfait calculé annuellement (année civile) bénéficie aux médecins traitants. Le forfait patientèle médecin traitant (MTF) est réservé aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'article 41 et suivants.

Ce forfait est mis en place à compter de l'année 2018 et fera l'objet d'un premier versement partiel au cours du 1er semestre de chaque année de référence. La régularisation du paiement dû au titre de ce forfait est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Pour valoriser le rôle du médecin traitant dans le suivi au long cours des patients, ce forfait est co-financé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait patientèle médecin traitant est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de l'observatoire des mesures conventionnelles et à la Commission Paritaire Nationale définis dans la présente convention pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

Annexe 5 – Majoration prévention

1 Principe général

L'intérêt de ce nouveau dispositif est de pouvoir restituer au médecin de façon régulière des « photographies » sur l'éligibilité et le cas échéant sur le statut de ses patients vis-à-vis de différents indicateurs.

Ces indicateurs « par patient » suivent donc une double logique :

- 1) Restituer au médecin le statut (vaccinal, de dépistage ou de suivi) des patients dont il est le médecin traitant tout au long de la période où ceux-ci doivent être vaccinés, être dépistés, ou bénéficier d'un suivi particulier.
- 2) Rémunérer le médecin traitant du patient lorsque ce statut est validé, c'est-à-dire lorsque le patient est correctement vacciné, dépisté, ou suivi, au 31/12/N.

Les indicateurs sont calculés exclusivement à partir des données dont dispose l'Assurance Maladie.

Pour les indicateurs qui portent sur des actes devant être réalisés à des âges précis chez l'enfant (vaccin contre le méningocoque C, vaccin ROR, vaccin HPV, ainsi que les consultations obligatoires de l'enfant) la période d'éligibilité à l'indicateur couvre non seulement la période à laquelle l'acte doit être réalisé (11 à 14 ans pour la vaccination HPV par exemple), mais aussi une période de 11 mois supplémentaires afin de s'assurer que tous les enfants qui auront bénéficié de l'acte dans la tranche d'âge indiquée conduisent effectivement à une rémunération du médecin au moins une fois.

2 Indicateurs de vaccination

2.1 Vaccination contre la grippe

2.1.1 Description générale

Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.

Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.

2.1.2 Description

Patients éligibles :

- 65 ans et plus [au 31/12 de l'année N]
OU
- 6 mois et plus [au 31/12 de l'année N] ET
 - o ALD active [au 31/12 de l'année N] : 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28, et 30
OUAu moins 4 délivrances de bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins une administration d'un vaccin antigrippal : NGAP 3331 ou 3334 ou 3335 ou 3360 ou 9211
OU
- Au moins une délivrance d'un vaccin antigrippal : classe ATC J07BB02 ou J07BB03

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis le 01/04 dernier [et jusqu'au 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la montée en charge de la vaccination antigrippale tout au long de la campagne, parmi ses patients éligibles à cette vaccination.

Les critères de ciblage sont conformes aux [recommandations de la HAS en vigueur](#) (dans la limite des données dont dispose l'Assurance Maladie).

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 65 ans et plus au 31/12 de l'année N, et pour chaque patient « médecin traitant » de 6 mois et plus à risque de grippe sévère au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins une dose de vaccin antigrippal entre le 01/04 et le 31/12 de l'année N

2.2 Vaccination contre le covid

2.2.1 Description générale

Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.

Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.

2.2.2 Description

Patients éligibles :

- 65 ans et plus [au 31/12 de l'année N]
OU
- 6 mois et plus [au 31/12 de l'année N] ET
 - o ALD active [au 31/12 de l'année N] : 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 25, 27, 28, et 30
OU
 - o Au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins une administration d'un vaccin covid : NGAP 1929 ou 1930

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis le 01/04 dernier [et jusqu'au 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la montée en charge de la vaccination contre le covid tout au long de la campagne, parmi ses patients éligibles à cette vaccination.

Les critères de ciblage sont conformes aux [recommandations de la HAS en vigueur](#) (dans la limite des données dont dispose l'Assurance Maladie).

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 65 ans et plus au 31/12 de l'année N, et pour chaque patient « médecin traitant » de 6 mois et plus à risque de covid sévère au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins une dose de vaccin contre le covid entre le 01/04 et le 31/12 de l'année N.

2.3 Vaccination contre le pneumocoque

2.3.1 Description générale

Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (07/03/2024).

Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.

2.3.2 Description

Patients éligibles :

- 18 ans et plus [au 31/12 de l'année N] ET
 - o ALD active [au 31/12 de l'année N] : 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30
OU
 - o Au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins une délivrance d'un vaccin pneumocoque conjugué 20-valent (VPC20) : code cip13 3400930247853

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis le 07/03/2024 [et jusqu'au 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la montée en charge de la vaccination contre le pneumocoque avec le nouveau vaccin conjugué 20-valent (VPC20) depuis son [inscription au remboursement le 7 mars 2024](#), parmi ses patients adultes éligibles à cette vaccination.

Pour rappel, la [HAS recommande](#) désormais chez l'adulte une dose unique de vaccin conjugué 20-valent (VPC20), en remplacement du schéma vaccinal antérieur.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque entre le 07/03/2024 et le 31/12 de l'année N. Pour cet indicateur, le médecin ne peut être rémunéré qu'une seule fois (c'est-à-dire qu'une seule année) pour un même patient.

2.4 Vaccination contre la rougeole, les oreillons, et la rubéole (ROR)

2.4.1 Description générale

Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24^{ème} mois de l'enfant, inclus.

2.4.2 Description

Patients éligibles :

- Entre 16 mois et 35 mois inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins deux administrations d'un vaccin ROR : 2x NGAP 3332
OU
- Au moins deux délivrances d'un vaccin ROR : 2x classe ATC J07BD52

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Entre la naissance et le 24^{ème} mois de l'enfant, inclus

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la vaccination contre la rougeole, les oreillons, et la rubéole (ROR) chez les enfants en âge de recevoir ce vaccin.

Pour rappel, le [calendrier vaccinal en vigueur](#) prévoit une première dose à 12 mois suivi d'une seconde dose entre 16 et 18 mois.

La temporalité de réalisation des actes retenue pour cet indicateur va jusqu'à 24 mois inclus. Toutefois, la période d'éligibilité de l'indicateur est étendue de 11 mois par rapport cette temporalité de réalisation des actes, pour couvrir une période allant des 16 aux 35 mois de l'enfant, inclus.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins deux doses de vaccin ROR entre sa naissance et son 24^{ème} mois inclus.

2.5 Vaccination contre le méningocoque C

2.5.1 Description générale

Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et le 12^{ème} mois de l'enfant, inclus.

2.5.2 Description technique

Patients éligibles :

- Entre 5 mois et 23 mois inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins une délivrance de vaccin contre le méningocoque C (monovalent ou tétravalent) :
classe ATC J07AH07 ou J07AH08

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Entre la naissance et le 12^{ème} mois de l'enfant, inclus

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la vaccination contre le méningocoque C chez les enfants en âge de recevoir ce vaccin.

Pour rappel, le [calendrier vaccinal en vigueur](#) prévoit une première dose à 5 mois suivi d'une seconde dose à 12 mois. Il est par ailleurs stipulé qu'à partir d'un an, tout enfant doit avoir reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C.

La temporalité de réalisation des actes retenue pour cet indicateur va jusqu'à 12 mois inclus. Toutefois, la période d'éligibilité de l'indicateur est étendue de 11 mois par rapport cette temporalité de réalisation des actes, pour couvrir une période allant des 5 aux 23 mois de l'enfant, inclus.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre sa naissance et son 12^{ème} mois inclus.

2.6 Vaccination contre le papillomavirus (HPV)

2.6.1 Description générale

Parmi les personnes de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans de l'enfant, inclus (avant 15 ans).

2.6.2 Description

Patients éligibles :

- Entre 11 ans et 15 ans inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins deux délivrances de vaccin HPV : 2x classe ATC *J07BM01* ou *J07BM02* ou *J07BM03*

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Entre le mois du 10^{ème} anniversaire et le mois du 15^{ème} anniversaire, inclus

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la vaccination contre le papillomavirus (HPV) chez les enfants et adolescents en âge de recevoir ce vaccin.

Pour rappel, le [calendrier vaccinal en vigueur](#) prévoit un schéma en 2 doses à réaliser entre 11 et 14 ans inclus. Autrement dit, à partir de 14 ans, les enfants doivent avoir reçus 2 doses de vaccin HPV administrées entre 11 et 14 ans inclus.

La temporalité de réalisation des actes retenue pour cet indicateur va jusqu'à 14 ans inclus. Toutefois, la période d'éligibilité de l'indicateur est étendue d'un an par rapport cette temporalité de réalisation des actes, pour couvrir une période allant des 11 aux 15 de l'enfant, inclus.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre ses 10 et ses 14 ans inclus (avant ses 15 ans).

3 Indicateurs de dépistage

3.1 Dépistage organisé du cancer du sein

3.1.1 Description générale

Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par

mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins.

Sont exclues des femmes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui :

- N'ont plus l'organe en question : antécédent de mastectomie totale bilatérale ;
- Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe : cancer du sein, carcinome canalaire in situ ;
- Ont un autre motif d'exclusion : Mutation BRCA 1 ou 2 ; Hyperplasie atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois ;
- Ont rapporté à l'Assurance Maladie un autre motif de non-éligibilité.

3.1.2 Description

Patients éligibles :

- Femmes de 50 à 74 ans inclus [au 31/12 de l'année N]
SAUF SI (critères d'exclusion)
 - o Antécédent de mastectomie totale bilatérale : 2x CCAM *QEFA003* ou *QEFA005* ou *QEFA010* ou *QEFA012* ou *QEFA013* ou *QEFA015* ou *QEFA019* ou *QEFA020*
 - o Antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire *in situ* :
 - ALD active ou non associée à un code CIM10 *C50* ou *D051*
 - Hospitalisation associée à un code CIM10 *C50* ou *D051*
 - o Antécédent de tumorectomie mammaire ou de mastectomie avec curage : CCAM *QEFA001* ou *QEFA003* ou *QEFA005* ou *QEFA008* ou *QEFA010* ou *QEFA020*
 - o Antécédent de mutation BRCA : code EXO associé à un code CIM10 *Z803* ou *Z804*
 - o Antécédent de carcinome lobulaire in situ ou d'hyperplasie canalaire ou lobulaire :
 - Code EXO associé à un code CIM10 *D05*
 - Hospitalisation associée à un code CIM10 *D050*
 - o Signalement à l'Assurance Maladie d'un autre motif de non-éligibilité au programme

Actes traceurs :

- Au moins un acte de mammographie de dépistage : CCAM *QEQQ004*
OU
- Au moins un acte de mammographie bilatérale : CCAM *QEQQ001*
OU
- Au moins un acte de mammographie unilatérale : CCAM *QEQQ001*
SI ET SEULEMENT SI
 - o Un antécédent de mastectomie unilatérale : CCAM *QEFA012* ou *QEFA013* ou *QEFA015* ou *QEFA019*

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Pour une mammographie de dépistage *QEQQ004* : Depuis 2 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N]
- Pour une mammographie « classique » bilatérale *QEQQ001* ou unilatérale *QEQQ005* sur sein restant : Depuis 1 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre l'adhésion au programme de dépistage organisé du cancer du sein parmi ses patients éligibles à ce dépistage organisé, c'est-à-dire parmi ses patients à risque moyen de développer un cancer sein.

Le ciblage de la population à risque moyen de développer un cancer du sein est conforme aux [recommandations de la HAS](#). La validation de l'indicateur, également conforme aux recommandations et à l'[arrêté en vigueur régissant le programme de dépistage organisé du cancer du sein](#), consiste en

la réalisation d'une mammographie de dépistage (examen clinique par le radiologue assortie d'une mammographie bilatérale avec double lecture) depuis 2 ans ou moins. L'arrêté précise qu'« *il est recommandé de ne pas exclure systématiquement les personnes qui auraient eu un examen précédent effectué en dehors du cadre du programme de dépistage organisé entre 12 et 24 mois auparavant* ». Ainsi, une femme ayant bénéficiée d'une mammographie bilatérale « classique » (ou unilatérale « classique » sur sein restant) peut être considérée comme « dépistée » pendant 1 an.

Il peut exister d'autres motifs d'exclusion dont l'Assurance Maladie n'a pas forcément connaissance. Lorsqu'une femme déclare à l'Assurance Maladie sa non-éligibilité, elle est alors considérée comme « exclue » du dépistage organisé du cancer du sein, et n'est donc pas éligible à l'indicateur.

Ainsi, pour chaque patiente « médecin traitant » de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer du sein au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si la patiente a bénéficié d'une mammographie de dépistage entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N, ou d'une mammographie bilatérale entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N, ou d'une mammographie unilatérale sur sein restant entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N.

3.2 Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

3.2.1 Description générale

Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus :

- De 25 à 29 ans : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins).
- De 30 à 65 ans : par test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin (un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins, ou deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins).

Sont exclues des femmes à risque de développer un cancer du col de l'utérus celles qui :

- N'ont plus l'organe en question : antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie ;
- Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe : cancer du col de l'utérus, cancer du corps de l'utérus ;
- Ont rapporté à l'Assurance Maladie un autre motif de non-éligibilité.

*Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus (< 30 ans).

** Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPV-HR réalisés entre 30 et 65 ans inclus (< 66 ans).

3.2.2 Description technique

Patients éligibles :

- Femmes de 25 à 65 ans inclus [au 31/12 de l'année N]
SAUF SI (critères d'exclusion)

- Antécédent de (colpo)trachélectomie ou de (colpo)hystérectomie totale : CCAM JKFA002 ou JKFA004 ou JKFA005 ou JKFA006 ou JKFA007 ou JKFA008 ou JKFA009 ou JKFA011 ou JKFA013 ou JKFA015 ou JKFA018 ou JKFA019 ou JKFA020 ou JKFA021 ou JKFA023 ou JKFA025 ou JKFA026 ou JKFA027 ou JKFA028 ou JKFA030 ou JKFC003 ou JKFC005 ou JKQX006
- Antécédent de cancer du col ou du corps de l'utérus :
 - ALD active ou non associée à un code CIM10 C53 ou C54 ou C55
 - Hospitalisation associée à un code CIM10 C53 ou C54 ou C55
- Signalement à l'Assurance Maladie d'un autre motif de non-éligibilité au programme

Actes traceurs et temporalité de réalisation :

- Pour les femmes de 25 à 29 ans inclus [au 31/12 de l'année N] :
 - Au moins deux analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus, dont la dernière date de moins de 3 ans [entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N] : 2x
 - CCAM JKQX147 ou JKQX261 ou JKQX347 ou JKQX426 ou JKQX015
OU
 - NABM 0013 ou 0026 ou 0027 ou 0028
OU
 - Une analyse cytologique réalisée entre 25 et 29 ans inclus et datant de moins de 1 an [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N] :
 - CCAM JKQX147 ou JKQX261 ou JKQX347 ou JKQX426 ou JKQX015
OU
 - NABM 0013 ou 0026 ou 0027 ou 0028
- Pour les femmes de 30 à 65 ans inclus [au 31/12 de l'année N] :
 - Un test HPV réalisé entre 30 et 65 ans inclus et datant de moins de 5 ans [entre le 01/01 de l'année N-4 et le 31/12 de l'année N] :
 - CCAM ZZQX173 ou ZZQX603 ou ZZQX628
OU
 - NABM 4127 ou 4509 ou 0024 ou 0031
OU
 - Au moins deux analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus, dont la dernière date de moins de 3 ans [entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N] : 2x
 - CCAM JKQX147 ou JKQX261 ou JKQX347 ou JKQX426 ou JKQX015
OU
 - NABM 0013 ou 0026 ou 0027 ou 0028
OU
 - Une analyse cytologique réalisée entre 25 et 29 ans inclus et datant de moins de 1 an [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N] :
 - CCAM JKQX147 ou JKQX261 ou JKQX347 ou JKQX426 ou JKQX015
OU
 - NABM 0013 ou 0026 ou 0027 ou 0028

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre l'adhésion au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus parmi ses patients éligibles à ce dépistage organisé, c'est-à-dire parmi ses patients à risque de développer un cancer du col de l'utérus.

Le ciblage de la population à risque de développer un cancer du sein est conforme aux [recommandations de la HAS](#). La validation de l'indicateur, également conforme aux recommandations

et à l'[arrêté en vigueur régissant le programme de dépistage organisé du cancer du sein](#), dépend de l'âge de la patiente :

- Entre 25 et 29 ans, le dépistage repose sur l'analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin : il consiste à réaliser deux analyses cytologiques à un an d'écart, puis une nouvelle tous les trois ans ensuite si les deux premières étaient normales ;
- Entre 30 et 65 ans, le dépistage repose sur le test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin : il consiste à réaliser un premier test HPV-HR trois ans après la dernière analyse cytologique (réalisée entre 25 et 29 ans donc), puis à refaire le test HPV tous les 5 ans ensuite.

Il peut exister d'autres motifs d'exclusion dont l'Assurance Maladie n'a pas forcément connaissance. Lorsqu'une femme déclare à l'Assurance Maladie sa non-éligibilité, elle est alors considérée comme « exclue » du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, et n'est donc pas éligible à l'indicateur.

Ainsi, pour chaque patiente « médecin traitant » de 25 à 29 ans à risque de développer un cancer du col de l'utérus au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si la patiente a bénéficié d'une analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N, ou de deux analyses cytologiques des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin dont la dernière a été réalisée entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N.

De plus, pour chaque patiente « médecin traitant » de 30 à 65 ans à risque de développer un cancer du col de l'utérus au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si la patiente a bénéficié d'un test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin entre le 01/01 de l'année N-4 et le 31/12 de l'année N, ou d'une analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N, ou de deux analyses cytologiques des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin dont la dernière a été réalisée entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N.

Conformément aux recommandations, seules les analyses cytologiques des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin réalisées entre 25 et 29 ans inclus, et seuls les tests HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin réalisés à partir de 30 ans, sont pris en compte dans la description ci-dessus.

3.3 Dépistage organisé du cancer colorectal

3.3.1 Description générale

Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.

Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui :

- N'ont plus l'organe en question : antécédent de coloproctectomie totale ;
- Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe : cancer du côlon, cancer du rectum, cancer de la jonction recto-sigmoïdienne ;
- Ont un autre motif d'exclusion : MICI (antécédent d'ALD ou antécédent de séjour hospitalier) ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois ;
- Ont rapporté à l'Assurance Maladie un autre motif de non-éligibilité.

3.3.2 Description

Patients éligibles :

- 50 à 74 ans inclus [au 31/12 de l'année N]
SAUF SI (critères d'exclusion)
 - Antécédent de coloproctectomie totale : CCAM *HHFA028* ou *HHFA029* ou *HHFA030* ou *HHFA031*
 - Antécédent de cancer colorectal :
 - ALD active ou non associée à un code CIM10 *C18* ou *C19* ou *C20*
 - Hospitalisation associée à un code CIM10 *C18* ou *C19* ou *C20*
 - Antécédent de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) :
 - ALD active ou non associée à un code CIM10 *K50* ou *K51*
 - Hospitalisation associée à un code CIM10 *K50* ou *K51*
 - Antécédent de scannographie du colon depuis 2 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N] : CCAM *HHQK484* ou *HHQH365*
 - Antécédent de coloscopie ou d'endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-4 et le 31/12 de l'année N] : CCAM *HHQE002* ou *HHQE003* ou *HHQE005*
 - Antécédent de destruction ou d'exérèse ou d'hémostase de lésion(s) ou de polype(s) ou mucoséctomie depuis 5 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-4 et le 31/12 de l'année N] : CCAM *HHNE001* ou *HHNE002* ou *HHSE002* ou *HHSE003* ou *HHFE002* ou *HHFE006*
 - Antécédent d'exérèse de polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-7 et le 31/12 de l'année N] : CCAM *HHFE004*
 - Signalement à l'Assurance Maladie d'un autre motif de non-éligibilité au programme

Actes traceurs :

- Au moins un acte de dépistage du cancer colorectal : NGAP *9434*

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis 2 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre l'adhésion au programme de dépistage organisé du cancer colorectal parmi ses patients éligibles à ce dépistage organisé.

Le ciblage de la population à risque moyen de développer un cancer colorectal est conforme aux [recommandations de la HAS](#) et au [référentiel élaboré par l'INCa](#). La validation de l'indicateur, également conforme aux recommandations et à [l'arrêté en vigueur régissant le programme de dépistage organisé du cancer colorectal](#), consiste en la réalisation d'un acte unique (la réalisation du kit de dépistage par recherche immunologique de sang sur un échantillon de selles) depuis 2 ans ou moins.

Il peut exister d'autres motifs d'exclusion dont l'Assurance Maladie n'a pas forcément connaissance.

Lorsqu'une personne déclare à l'Assurance Maladie sa non-éligibilité, elle est alors considérée comme « exclue » du dépistage organisé du cancer colorectal, et n'est donc pas éligible à l'indicateur.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N.

3.4 Dépistage du diabète par mesure de la glycémie à jeun

3.4.1 Description générale

Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.

Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 3, 5, 13 et 19.

Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8).

3.4.2 Description

Patients éligibles :

- 45 ans et plus [au 31/12 de l'année N]
ET
- ALD active [au 31/12 de l'année N] : 3, 5, 13 et 19

Actes traceurs :

- Au moins un dosage biologique de la glycémie à jeun : NABM 0552

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis 3 ans ou moins [entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre le dépistage du diabète parmi ses patients éligibles à ce dépistage.

Conformément aux [recommandations de la HAS](#) et des [sociétés savantes](#), le dépistage du diabète par glycémie à jeun doit être réalisé tous les 3 ans chez les personnes de 45 ans et plus à risque de développer un diabète.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 45 ans et plus atteint de maladie cardiovasculaire ou associée (hors diabète) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun entre le 01/01 de l'année N-2 et le 31/12 de l'année N.

3.5 Dépistage de la maladie rénale chronique (MRC)

3.5.1 Description générale

Parmi les personnes de 18 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire de l'albumine et de la créatinine depuis 1 an ou moins.

Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27.

Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).

3.5.2 Description

Patients éligibles :

- 18 ans et plus [au 31/12 de l'année N]
ET
- ALD active [au 31/12 de l'année N] : 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27

Actes traceurs :

- Au moins un dosage sanguin de la créatinine : NABM 0592 ou 0593
ET
- Au moins un dosage urinaire de l'albumine : NABM 1133
ET
- Au moins un dosage urinaire de la créatinine : NABM 0627

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis 1 an ou moins [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre le dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) parmi ses patients éligibles à ce dépistage.

Conformément aux [recommandations de la HAS](#), le dépistage de la MRC par un dosage conjoint de la créatininémie, de l'albuminurie (ou « microalbuminurie »), et de la créatininurie doit être réalisé tous les ans chez les adultes les plus à risque de développer une MRC. Cette notion de « risque de développer une MRC » repose sur liste de maladies :

- Soit en lien avec un groupe de pathologies chroniques désignées sous le terme de maladies cardiovasculaires ou associées (MCVA) incluant, outre la MRC, le diabète, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme, les cardiopathies vasculaires et congénitales graves, et la maladie coronaire.
- Soit appartenant au groupe des maladies de système ou auto-immunes incluant le lupus, les vascularites, la polyarthrite, etc.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 18 ans et plus atteint de maladie cardiovasculaire ou associée (hors maladie rénale chronique) ou de maladie de système ou auto-immunes au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire de l'albumine et de la créatinine entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N.

4 Indicateurs de suivi

4.1 Suivi du diabète par dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)

4.1.1 Description générale

Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins.

Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicaments antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois.

4.1.2 Description

Patients éligibles :

- ALD active [au 31/12 de l'année N] : 8
OU
- Au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois [entre le 01/01 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins un dosage biologique de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) : NABM 1577

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis 6 mois ou moins [entre le 01/07 de l'année N et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de s'assurer du suivi biologique régulier de ses patients diabétiques, par dosage biologique sanguin de l'hémoglobine glyquée.

Pour rappel, la [HAS recommande](#) la réalisation d'un dosage biologique de l'HbA1c chez toute personne diabétique tous les 6 mois si l'objectif est atteint et si le traitement n'est pas modifié, et tous les 3 mois autrement. Le rythme d'un dosage biologique de l'HbA1c tous les 6 mois est retenu pour cet indicateur.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » diabétique au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) entre le 01/07 et le 31/12 de l'année N.

4.2 Suivi de l'enfant – examen obligatoire du 9^{ème} mois

4.2.1 Description générale

Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8^{ème} et le 10^{ème} mois de l'enfant, inclus.

4.2.2 Description

Patients éligibles :

- Entre 8 mois et 21 mois inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Une consultation obligatoire de l'enfant (COE) donnant lieu à certificat : NGAP 1104

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Entre le 8^{ème} et le 10^{ème} mois de l'enfant, inclus

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la réalisation de la consultation obligatoire du 9^{ème} mois donnant lieu à un certificat médical chez les enfants en âge de bénéficier de cette consultation.

Pour rappel, le [code de santé publique](#) prévoit une consultation obligatoire de l'enfant au 9^{ème} mois de vie, c'est-à-dire lorsque l'enfant a 8 mois.

La temporalité de réalisation des actes retenue pour indicateur va jusqu'à 10 mois inclus. Toutefois, la période d'éligibilité de l'indicateur est étendue de 11 mois, pour couvrir une période allant des 8 aux 21 mois de l'enfant, inclus.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre son 8^{ème} et son 10^{ème} mois inclus.

4.3 Suivi de l'enfant – examen obligatoire du 24^{ème} mois ou du 25^{ème} mois

4.3.1 Description générale

Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22^{ème} et le 26^{ème} mois de l'enfant, inclus.

4.3.2 Description

Patients éligibles :

- Entre 22 mois et 37 mois inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Une consultation obligatoire de l'enfant (COE) donnant lieu à certificat : NGAP 1104

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Entre le 22^{ème} et le 26^{ème} mois de l'enfant, inclus

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de suivre la réalisation de la consultation obligatoire du 24^{ème} mois ou du 25^{ème} mois donnant lieu à un certificat médical chez les enfants en âge de bénéficier de cette consultation.

L'éligibilité et la temporalité des actes traceurs se calculent donc en fonction de l'âge des enfants, en mois.

Pour rappel, le [code de santé publique](#) prévoit une consultation obligatoire de l'enfant au 24^{ème} ou au 25^{ème} mois de vie, c'est-à-dire lorsque l'enfant a 23 ou 24 mois.

La temporalité de réalisation des actes retenue pour cet indicateur va jusqu'à 26 mois inclus. Toutefois, la période d'éligibilité de l'indicateur est étendue de 11 mois, pour couvrir une période allant des 22 aux 37 mois de l'enfant, inclus.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre son 22^{ème} et son 26^{ème} mois inclus.

4.4 Suivi bucco-dentaire annuel de 3 à 24 ans

4.4.1 Description générale

Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (< 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

4.4.2 Description

Patients éligibles :

- Entre 3 ans et 24 ans inclus [au 31/12 de l'année N]

Actes traceurs :

- Au moins un *contact* avec un professionnel parmi les spécialités suivantes :
 - o 18 - Stomatologie
 - o 19 - Chirurgie dentaire
 - o 36 - Chirurgie dentaire (spécialiste ODF)
 - o 44 - Chirurgie maxillo-faciale
 - o 45 - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 - o 53 - Chirurgie dentaire (CO)
 - o 54 - Chirurgie dentaire (MBD)
 - o 69 - Chirurgie orale

Temporalité de réalisation des actes traceurs :

- Depuis 1 an ou moins [entre le 01/01 de l'année N-1 et le 31/12 de l'année N]

L'objectif de cet indicateur est de permettre au médecin traitant de s'assurer du suivi bucco-dentaire régulier de ses patients parmi ceux éligibles à ce suivi.

Pour rappel, le [programme M'T Dents](#) mis en place par l'Assurance Maladie dans le cadre de son objectif « [Génération Sans Carie](#) » prévoit la réalisation d'un examen buccodentaire (EBD) annuel chez toute personne de 3 à 24 ans. L'indicateur prend en compte, pour être considéré comme « validé », tout contact avec un professionnel de santé spécialiste du bucco-dentaire, à savoir les chirurgiens-dentistes, les chirurgiens maxillo-facial, les stomatologues, et les chirurgiens oraux.

Ainsi, pour chaque patient « médecin traitant » de 3 à 24 ans inclus (< 25 ans) au 31/12 de l'année N, le médecin est rémunéré si le patient a bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral entre le 01/01 et le 31/12 de l'année N.

5 Tableau des ALD pour les indicateurs concernés

#	Libellé de l'ALD	<i>Vaccination contre la grippe</i>	<i>Vaccination contre le covid</i>	<i>Vaccination contre le pneumocoque</i>	<i>Dépistage du diabète par glycémie</i>	<i>Dépistage de la maladie rénale</i>
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	X	X			
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	X	X	X		
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	X	X	X	X	X
4	Bilharziose compliquée					

5	Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	X	X	X	X	X
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	X	X	X		
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	X	X	X		
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	X	X	X		X
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	X	X	X		
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	X	X			
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					
12	Hypertension artérielle sévère (n'est plus dans la liste ALD30)	X	X			
13	Maladie coronaire	X	X		X	X
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	X*	X*	X*		
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	X	X			
16	Maladie de Parkinson	X	X			
17	Maladies métaboliques héréditaires					
18	Mucoviscidose	X	X			
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	X	X	X	X	
20	Paraplégie	X	X			
21	Panartérite noueuse, lupus, sclérodermie généralisée	X	X	X		X
22	Polyarthrite rhumatoïde	X	X	X		X
23	Affections psychiatriques de longue durée		X			
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	X	X	X		X
25	Sclérose en plaques	X	X	X		
26	Scoliose structurale évolutive					
27	Spondylarthrite ankylosante grave	X	X	X		X
28	Suites de transplantation d'organe	X	X	X		
29	Tuberculose active, lèpre					
30	Tumeur maligne	X	X	X		

*ALD14 ou au moins 4 délivrances de bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois

Annexe 6 - Règlement intérieur type des instances

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables aux CPN, CPR, CPL et au CTPPN.

Article 1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat de la CPN et du CTPPN est assuré par l'UNCAM.

Le secrétariat de la CPR est assuré par l'organisme désigné par le directeur de la coordination de la gestion du risque du régime général.

Le secrétariat de la CPL est assuré par l'une des caisses membres de la commission.

Toutes les tâches administratives des commissions incombent à ces secrétariats.

Article 2. Composition des sections

- *en formation plénière*

La section professionnelle est composée de 12 représentants titulaires (6 généralistes et 6 spécialistes autres que généralistes) et de 12 suppléants.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections par les médecins libéraux, des Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en rapportant le nombre de voix obtenues par chaque syndicat signataire au quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des sièges s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes autre que spécialiste en médecine générale doit être respectée.

A titre exceptionnel, dans les départements/régions où il existe une carence de désignation par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives signataires, les représentants peuvent être installés dans des départements/régions autres que ceux où sont implantés les CPL/CPR au sein desquels ils sont amenés à siéger. Si malgré les dispositions précédentes, une carence de désignation demeure, la totalité des sièges vacants peut alors être attribuée, par accord entre syndicats, aux représentants des autres organisations syndicales représentatives signataires, en respectant autant que faire se peut la répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Le cas échéant et en dernier recours, la composition des instances pourra être assouplie, le nombre de sièges et leur répartition notamment entre médecins généralistes et médecins spécialistes étant alors laissés à discrétion des partenaires conventionnels locaux, sous réserve du respect des règles de quorum et de parité.

Si le syndicat pour lequel la carence a été constatée vient à être représenté dans le département ou la région, la répartition des sièges doit être revue.

La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM et de 12 suppléants. S'y ajoute, sous réserve de l'adhésion à la convention, d'un représentant de l'UNOCAM (titulaire et en cas d'absence suppléant)

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'Assurance maladie.

Les directeurs des caisses ou leurs représentants, si ces derniers ne sont pas membres délibératifs, sont membres consultatifs de plein droit des instances départementales.

Dispositions complémentaires communes aux deux sections

Pour qu'une commission soit valablement installée les 12 sièges des membres titulaires de la section professionnelle et de la section sociale doivent être pourvus.

En outre :

- Participe à titre consultatif dans chaque instance, réunie en « formation plénière », un représentant de l'Ordre des médecins ;
- Lorsqu'une commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier ;

- **en formation médecins**

Chaque commission peut se réunir en « formation médecins », c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical pour la section sociale, y compris en cours d'instance lorsque celle-ci est réunie en formation plénière, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

- **Recours aux conseillers techniques**

Chaque caisse ou organisation signataire peut convier en séance des conseillers techniques au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins trois jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des points de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise.

En séance, ces conseillers techniques n'interviennent que sur ces points.

Article 3. Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission. Pour ce faire, au 1^{er} janvier de chaque année, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

Lorsque la section professionnelle ne parvient pas à élire un président, la section sociale conserve la présidence une année de plus.

Article 4. Organisation des réunions des commissions

La convocation et l'ordre du jour sont adressés, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins 15 jours avant la date de la réunion.

Les réunions ont lieu au siège de l'UNCAM pour les instances nationales et au siège de la caisse pour la CPR et la CPL ou peuvent être tenues par visioconférence.

Article 5. Délibérations

• Vérification des règles de quorum et de parité

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

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

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

Ainsi, afin d'assurer la parité entre les sections:

- lorsque la commission est réunie en « formation médecins », les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle ;
- lorsque la CPN est réunie en « formation plénière » avec 1 représentant de l'UNOCAM, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section dans la limite de deux délégations par membre présent.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité entre les deux sections n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

• Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

Le vote peut être électronique.

Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

A la demande de l'une ou l'autre des sections, le vote peut être réalisé à bulletin secret.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. En cas de nouveau partage des voix, lors de ce deuxième vote, l'absence d'accord, vaut avis réputé rendu de la commission.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, dans le délai de deux mois suivant la date de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de 15 jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles de sanction.

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

- **Situation de carence de la commission**

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

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai de trois mois imparti ;
- défaut de parité entre les deux sections au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives ;
- refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission jusqu'à ce que la section en carence soit constituée.

Dans les autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 6. Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent 13C par séance, en présentiel ou en distanciel, et une indemnité de déplacement sauf s'ils ont assisté à la séance en distanciel.

L'indemnité de déplacement est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Aucune indemnité de déplacement n'est due lorsque la séance est organisée en visioconférence.

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

Les indemnités des médecins pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

Annexe 7 - Dispositions transitoires rémunération sur objectifs de sante publique

Conformément aux dispositions de l'article 23, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) définit dans la convention médicale de 2016 reconduite par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023 est maintenue, de manière transitoire, jusqu'au 31/12/2025 dans les conditions définies dans la présente annexe.

Article 1 Définition des indicateurs

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize et plus, 10 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans, 9 indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 8 indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les indicateurs de qualité des pratiques cliniques ont été élaborés par les partenaires conventionnels de manière à répondre à un certain nombre d'enjeux, à savoir être :

- utiles : importance du problème sanitaire couvert ;
- pertinents : basés sur des recommandations, des référentiels et/ou un consensus ;
- mesurables et valides : accessibilité en routine de l'information nécessaire, mesurant bien ce qu'ils sont censés mesurer ;
- robustes statistiquement : seuil d'activité ou nombre de boîtes ou nombre de patients suffisant ;
- visant des objectifs cibles issus d'un compromis entre « l'idéal » fixé par les recommandations et les pratiques observées
- sans exclusion de patients : les objectifs fixés doivent prendre en compte les situations particulières.

Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Les données sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données de ses différents cabinets sont additionnées.

Pour chaque indicateur sont définis :

- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de la convention ; ce taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
 - o des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;

- à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 3ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 7ème décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 8ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 2ème décile (pour un indicateur décroissant)

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'examen cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du médecin à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les médecins s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Article 2 Méthodologie de construction des indicateurs

Les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➤ **Suivi du diabète :**

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.

Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année***

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle

Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »)

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

Définitions : Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :

- les actes cliniques faits par un ophtalmologiste : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15

- les actes CCAM suivants : BGQP002 (Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BGQP007 (Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection), BZQK001 (Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique) et BGQP140 (Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient)

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de micro albuminurie sur échantillon d'urines, le code 1133 (« UR : micro albuminurie : dosage »)
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes suivants: 0592 (« SANG : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **HTA**

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs

Numérateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

- ✓ sont pris en compte les codes ATC des médicaments des classes C02,C03,C07,C08 et C09 ayant l'indication HTA, ainsi que le code ATC C10BX03 (atorvastatine +amlopidine)
- ✓ sont pris en compte les codes NABM suivants :
 - pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
 - pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

➤ **Risque cardio-vasculaire**

- **Indicateur : Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scorage)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par statine

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définitions : indicateur déclaratif

- **Indicateur : Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par statines et AAP¹ + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1er trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)

Définitions :

Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravadual®) et de la classe ATC C10BA02 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe). L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).

AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acetylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acetylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)

IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)

Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAM, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.

N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Repérage séjours MCO : filtres sur les diagnostics (PMSI)					Médicaments remboursés (DCIR)
Repérage ALD*					

Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),

[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]

Codes CIM10 utilisés

PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).

Codes CIM10 utilisés

PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).

ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- **Indicateur : Part des patients MT traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK

Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les codes NABM retenus pour le dosage de l'INR sont les codes 0126 (Temps de Quick ou taux de prothrombine, en l'absence de traitement par un antivitamine K) et 0127 (« INR : temps de quick en cas de traitement par AVK »).

AVK : médicaments de la classe ATC B01AA (coumadine, pindione, apegmone, previscan, sintrom, minisintrom)

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant, y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur les psychotropes et l'antibiothérapie.

➤ **Grippe**

Le calcul se fait sur la période de la campagne de vaccination, séparément pour l'Hémisphère Sud et l'Hémisphère Nord.

- **Indicateur : Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière**

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères

Seuil minimum : 5 patients MT de 65 ans et plus

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- **Indicateur : *Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ayant eu 1 remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur) durant la campagne de vaccination

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères

Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Patients présentant une maladie respiratoire chronique : au moins 4 délivrances à des dates distinctes de médicaments ciblés dans la classe ATC R03 « Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires »

Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS.

➤ **Dépistage des cancers**

- **Indicateur : *Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patientes MT âgées de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

- **Indicateur : *Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un frottis (quel que soit le prescripteur) sur 3 ans

Période de calcul : 36 mois glissants

Seuil minimum : 5 patientes MT âgées de 25 à 65 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes pris en compte pour le frottis sont :

- actes CCAM : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015
- actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins
- acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis)

- **Indicateur : *Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe)

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT âgés de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

➤ **Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse**

- **Indicateur : *Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ²***

Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23

Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT > 75 ans hors ALD 23

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

- Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluoperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol), N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01 (sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), ³, N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),

- Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :

N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxétine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxétine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone),

N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxétine), N06AX22 (agomélatine)

- Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimémazine).

- **Indicateur : Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions :

Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1^{ère} délivrance

BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazépate dipotassique + acepromazine)

- **Indicateur : Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec ≥ 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1^{ère} délivrance

BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

➤ Antibiothérapie

- **Indicateur : Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD**

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD

Numérateur : nombre de prescriptions ⁴ d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3^e et 4^e génération; fluoroquinolones)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le MT

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3^e et 4^e génération OU fluoroquinolones par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT avec prescription d'antibiotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

Pour le numérateur :

- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)

- céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefopodoxime), J01DE01 (cefepime)

- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14⁵

➤ **Conduites addictives**

- **Indicateur : *Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT tabagiques

Numérateur : nombre de patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT tabagiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

- **Indicateur : *Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool

Numérateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT consommateurs excessifs d'alcool

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le MT à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine et le dosage de TSH (qui prennent en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur)

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées.

Il est tenu compte des grands conditionnements: une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

➤ **Prescription dans le répertoire des génériques**

Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

- **Indicateur : *Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes de statines prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10 hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3...)

- **Indicateur : *Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bêtabloquant n'ayant pas l'indication HTA), C08 (sauf inhibiteurs calciques n'ayant pas l'indication HTA), C09 (sauf Enalapril® 2,5 mg n'ayant pas l'indication HTA). L'Esidrex® (hydrochlorothiazide) est inclus au numérateur de l'indicateur.

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes d'antiasthmiques prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 sauf ATC R03AC18 et R03AC19 (ayant juste l'indication BPCO).

- **Indicateur : *Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Cet indicateur concerne toutes les classes thérapeutiques (hors paracétamol : N02BE01, NB02BE51, N02BE71) et en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP. Seuil minimum : 10 boîtes

➤ **Prescription de biosimilaires**

- **Indicateur : *Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine***

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : parmi les médicaments de la classe ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA_ATC_L07 = « insuline glargine »

➤ **Effcience des prescriptions**

- **Indicateur : *Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires***

Dénominateur : nombre de patients MT patients traités par antiagrégants plaquettaires (au moins un remboursement pour une prescription du MT)

Numérateur : nombre de patients MT patients traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 5 patients MT traités par antiagrégants plaquettaires

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- **Indicateur : *Part des patients MT diabétiques traités par metformine***

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2

Numérateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 5 patients MT diabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephmra A10C9,A10H,A10J1,A10J2,A10K1,A10K3,A10L,A10M1,A10N1,A10N3,A10S.

- **Indicateur : *Part des patients MT ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L (prescripteur MT)⁷

Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (prescripteur MT)

Période de calcul : 15 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Codes NABM 1206 (triiodothyronine libre (T3 L OU FT3)), 1207 (THYROXINE LIBRE (T4 L OU FT4)) , 1208 (T.S.H.) , 1209 (T3 LIBRE + T4 LIBRE), 1210 (T.S.H. + T3 LIBRE) , 1211 (T.S.H. + T4 LIBRE), 1212 (T.S.H. + T3 LIBRE + T4 LIBRE)

❖ indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥92%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	60.5%	≥ 75.6%	5 patients	30
		Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20.8%	≥ 58.6%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année – indicateur déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9.9%	≥ 27.6%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines-indicateur déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif	60%	≥ 75%	5 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier indicateur déclaratif	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques				0 (*)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques				0 (*)
		Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS parmi les patients sous AINS	38%	≤ 16.7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe+statine prescrites par le MT à ses patients	13.2%	≤ 3.8%	10 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥ 40%	10 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	45
Total						330

*indicateurs supprimés à compter de 2019

Article 2.1.2 Les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution de la convention. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la

même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➤ **Suivi de l'asthme :**

- **Indicateur : *Part des patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes***

Dénominateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant (défini par la délivrance d'au moins 5 boîtes de la classe ATC R03)

Numérateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins 5 boîtes délivrées de corticoïdes inhalés (seuls ou associés) et/ou d'antileucotriènes

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03 (≥ 5 boîtes)
- Corticoïdes inhalés : médicaments des classes Ephmra R03D1 et R03F1
- Anti leucotriènes : médicaments de la classe Ephmra R03J2

- **Indicateur : *Part des patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle***

Dénominateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Numérateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins une EFR

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03
- Codes CCAM EFR :
- GLQP002 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP003 : mesure de l'expiration forcée (courbe débit-volume) avec enregistrement
- GLQP008 (mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec gazométrie sanguine artérielle (Spirométrie standard avec gaz du sang))
- GLQP011 : mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP012 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec enregistrement (Spirométrie standard)
- GLQP014 : mesure du débit expiratoire maximal par technique de compression
- GLQP016 : mesure des résistances des voies aériennes ou de l'appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur l'antibiothérapie.

➤ **Obésité**

- **Indicateur : *Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 16 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Vaccination**

- **Indicateur : *Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR***

Dénominateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins deux délivrances de ROR et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Vaccin ROR : médicaments de la classe ATC J07BD52
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

- **Indicateur : *Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C***

Dénominateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de vaccin anti méningocoque C et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Indicateur calculé hors données des PMI

- Vaccin anti méningocoque C : médicaments de la classe ATC J07AH07
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

➤ **Antibiothérapie**

- **Indicateur : *Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

- **Indicateur : *Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01
- **Dépistage des troubles sensoriels**

- **Indicateur: *Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs***

Dénominateur: nombre de patients MT de moins d'un an

Numérateur: nombre de patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Période de calcul: 12 mois glissants

Seuil minimum: 5 patients MT de moins d'un an

Fréquence de mise à jour des données: déclaration annuelle

Définition: indicateur déclaratif

- **Dépistage des troubles des apprentissages**

- **Indicateur: *Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre)***

Dénominateur: nombre de patients MT de 3 à 5 ans

Numérateur: nombre de patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Période de calcul: 12 mois glissants

Seuil minimum: 5 patients MT de 3 ans à 5 ans

Fréquence de mise à jour des données: déclaration annuelle

Définition: indicateur déclaratif

➤ **Suivi bucco-dentaire**

- **Indicateur : Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire**

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Toutes prestations réalisées par les chirurgiens-dentistes suivants :

Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

Spécialité 54 : chirurgien dentaire MBD (médecine bucco-dentaire)

Spécialité 69 : chirurgie orale

- ❖ indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	≥ 70%	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR .	75%	100%	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	75%	100%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^è ou 4 ^è génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^è ou 4 ^è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69%	≥ 83%	5 patients	35
Total						305

Article 2.1 Indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ».

Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes⁸ ont été réalisés et facturés par le spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte : les actes de chirurgie ou les actes techniques d'intervention par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines ; les actes de surveillance sur 24 heures ; les forfaits de cardiologie ou de réanimation ; la réalisation de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire ; les actes de réadaptation.

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

⁸ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- **Indicateur : *Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans***

Numérateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, AAP et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions :

Bêtabloquants : tous les médicaments inclus dans le code ATC2 C07.

Statines : tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadual®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

IEC : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09A et C09B.

Sartans : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09C et C09D, y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.

Antiagrégants plaquettaires : tous les médicaments inclus dans le code ATC4 B01AC + le code ATC C10BX02 (Pravadual®).

Codes CIM 10 pris en compte: I21, I22, I23, I252, Z034.

- **Indicateur : *Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans***

Numérateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par IEC ou sartans.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour cet indicateur portant sur l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (prescription d'un bêtabloquant), sont définis comme bêtabloquants uniquement les médicaments inclus dans les codes ATC C07AB02, C07AB07, C07AB12, C07AG02 (respectivement metoprolol, bisoprolol, nebivolol et carvedilol).

Les patients pris en compte sont ceux bénéficiant d'une ALD n°5 avec code CIM 10 I50 au 31/12 de l'année N-1, et/ou avec antécédent d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- **Indicateur : *Part des patients traités par trithérapie anti hypertensive dont un diurétique***

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive comprenant un diurétique

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour cet indicateur, sont exclus de la patientèle correspondante les patients en ALD n°5 au 31/12 de l'année N-1, avec le code CIM 10 = I50 et/ou avec antécédents d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

Sont définis comme diurétiques les molécules avec codes ATC commençant par C03 ainsi que les codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01 et C09XA52.

- **Indicateur : Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et de la kaliémie dans l'année**

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définition : Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

- **Indicateur : Part des patients hypertendus ayant bénéficié d'au moins une MAPA ou auto mesure de la PA dans l'année (déclaratif)**

Numérateur : nombre de patients avec au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle.

Dénominateur : nombre de patients hypertendus suivis par le cardiologue.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle.

Définition : indicateur déclaratif.

- **Indicateur : Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2**

Numérateur : nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2.

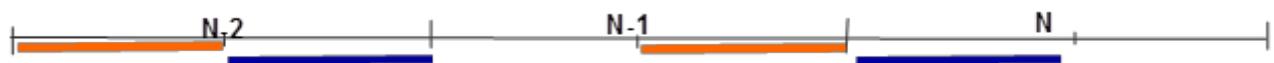
Dénominateur : nombre de patient traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2

Période de calcul : 30 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

L'indicateur est calculé en analysant séparément 2 semestres et en leur appariant respectivement le semestre S-3



- **Indicateur : Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l (déclaratif)**

Numérateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM dont le résultat de LDL cholestérol est < 1g/l.

Dénominateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM

Période de calcul : année civile.

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Seuil minimum : 5 5 patients

Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné et non celles d'autres médecins.

Il est tenu compte des grands conditionnements : une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

- **Indicateur : Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques**

Numérateur : nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définition : Médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03« diurétiques », C07 « bêtabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine.

- **Indicateur : Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques**

Numérateur : nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites

Période de calcul : 12 mois

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des statines

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définition : Sont définis comme statines tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravastatin®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

- **Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires**

DAQM003 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde

DBQM001 Échographie-doppler transthoracique continue du cœur avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de valvulopathie [valvulopathie]

DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission

DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification

DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations

DEQP005 Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures

DEQP006 Vectocardiographie

DGQM001 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs

DGQM002 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques

DKRP004 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue

DZQJ001 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppler transoesophagienne]

DZQJ006 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade

DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ011 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique

DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade

DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

EBQM001 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média

EBQM002 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs

EBQM003 Échographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens avec échographie-doppler transcânienne des vaisseaux intracrâniens

ECQM001 Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles

ECQM002 Échographie-doppler des artères des membres supérieurs

EDQM001 Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs

EQQP008 Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]

EQRP002 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]

EQRP008 Épreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque

EBQM900 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média.

- ❖ indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardiovasculaires

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post IDM	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	26%	≥ 44%	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans	57%	≥ 74%	5 patients	35
Prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	64%	≥ 77%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	88%	≥ 94%	5 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA – indicateur déclaratif	60%	≥ 75%	5 patients	30
	Limiter les traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	73%	≤ 57%	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à	65%	≥ 80%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
		1g/l – indicateur déclaratif				
Efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 93%	10 boîtes	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 98%	10 boîtes	60
Total						340

Article 2.2 Indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes⁹ ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins. La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs de prévention suivants :

- pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur
- pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

⁹ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

- **Indicateur : *Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour cancer colorectal (CCR)***

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI). Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20.

Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Les actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR sont les suivants : ZCQK004 ; ZCQH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco-abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ; ZCQM008 ; ZCQM004 ; ZCQM005 ; ZCQM010 ; ZCQM001 ; ZCQM002 ; ZCQM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP).

- **Indicateur : *Part des patients ayant bénéficié, au moins une fois tous les 3 mois, d'un dosage de l'antigène carcino embryonnaire (ACE) la première année suivant une chirurgie pour CCR***

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les 3 mois un dosage de l'ACE, la 1ère année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).

Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20. Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Le code biologie (NABM) pris en compte pour le dosage ACE est le 7327.

- **Indicateur : *Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie***

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par acide 5-aminosalicylique (5-ASA) au long cours. Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances de 5-ASA à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme 5-ASA tous les médicaments inclus dans les codes ATC A07EC01 (sulfasalazine), A07EC02 (mesalazine), A07EC03 (olsalazine).

Le code biologie pris en compte pour la protéinurie est le 2004.

- **Indicateur : Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes**

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes.

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours.

Période de calcul : 12 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par azathioprine au long cours.

Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances d'azathioprine à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme azathioprine tous les médicaments inclus dans le code ATC L04AX01 (azathioprine).

Le code biologie pris en compte pour l'hémogramme, y compris les plaquettes, est le 1104.

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- **Indicateur : Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N**

Numérateur : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2

Dénominateur : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N

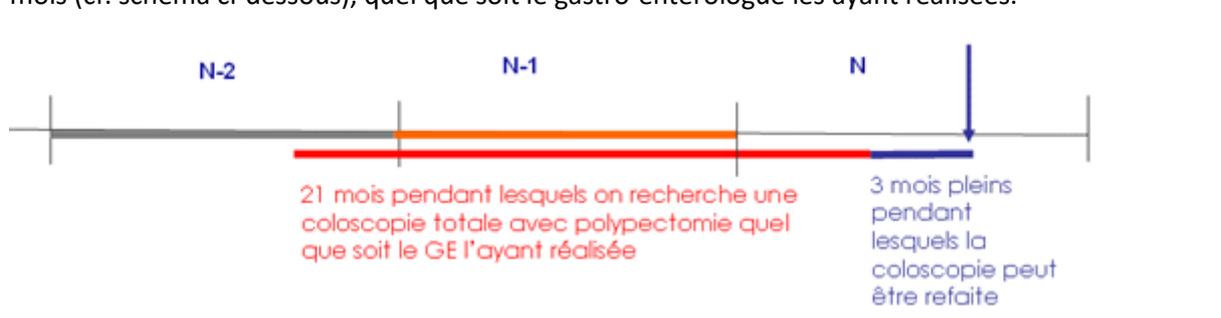
Période de calcul : 24 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul de cet indicateur.

Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le professionnel a réalisé une coloscopie totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique, l'année de calcul de l'indicateur (année N). Le calcul s'effectue en recherchant, pour ces patients, les coloscopies totales avec polypectomie ou mucosectomie dont ils ont bénéficié antérieurement, sur une période de 21 mois (cf. schéma ci-dessous), quel que soit le gastro-entérologue les ayant réalisées.



Les actes CCAM retenus pour la détermination du numérateur sont les suivants : HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE006

Les actes CCAM retenus pour la détermination du dénominateur sont les suivants : HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE005 ; HHFE006 ; HHQE002 ; HHQE004 ; HHQE005 ; HJQE001.

- **Indicateur : *Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'Helicobacter Pylori (HP)***

Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) par Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU)

Dénominateur : nombre de patients traités pour éradication d'une infection à HP

Période de calcul : 12 mois pour le traitement d'éradication d'HP

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer Helicobacter Pylori et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Les patients traités pour éradication d'HP sont identifiés par :

- soit la trithérapie séquentielle, à savoir un traitement associant 1 IPP et 2 antibiotiques parmi les 4 classes d'antibiotiques suivantes : amoxicilline, metronidazole, clarithromycine, tinidazole.

- soit la quadrithérapie bismuthée associant Pylera® et Omeprazole

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants :

J01CA04 (amoxicilline) hors voie injectable ; P01AB01 (metronidazole) et code cip7=2180420 (Pylera®) ; J01FA09 (clarithromycine) ; P01AB02 (tinidazole)*Le code CCAM de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale diagnostique est HEQE002.

Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : A02BC01 (omeprazole) ; A02BC02 (pantoprazole) ; A02BC03 (lansoprazole) ; A02BC04 (rabéprazole) ; A02BC05 (esomeprazole).

Le calcul se fait en recherchant pour ces patients la réalisation d'un Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU) dans les 4 mois suivant la fin du traitement (quel que soit le prescripteur du traitement et du test). Le code biologique retenu est le 5234 (analyse des 2 échantillons d'air expiré).

- **Indicateur : *Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles.

Dénominateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une coloscopie totale pour un test de recherche de sang occulte positif.

Période de calcul : année civile

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

- **Indicateur : *Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie.

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie.

Période de calcul : année civile

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Endoscopies OGD diagnostiques :

HEQE002	Endoscopie œso-gastro-duodénale
HGQE002	Duodénoscopie par appareil à vision latérale
HEQE005	Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans
HEQE003	Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans
HEQE004	Endoscopie œso-gastro-duodénale peropératoire

Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :

HEFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE002	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HEAE003	Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodénoscopie
HEFE001	Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE002	Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE002	Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HELE002	Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HEFE003	Séance de mucosectomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE001	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HGLE001	Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE004	Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH003	Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HMKE001	Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNLE001	Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE003	Ablation d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HZHE002	Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique
HMLE003	Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HMAE002	Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNQH003	Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HFKE001	Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par œso-gastro-duodénoscopie
HMNE001	Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE001	Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HFAE001	Dilatation du pylore, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE002	Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
EHNE002	Sclérose et/ou ligature de varices œsogastriques en période hémorragique, par endoscopie
HFLE001	Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH005	Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie

HGNE001 Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie
 HEKE001 Changement d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
 HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
 HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
 HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
 HNPE002 Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]
 HGGE001 Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie
 HGFE005 Exérèse de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodéoscopie
 HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
 HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie
 HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
 HGKE001 Changement d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie
 HNPE003 Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodéoscopie
 HMQH002 Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par œso-gastro-duodéoscopie
 HNQH001 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodéoscopie
 HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
 HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
 HENE001 Séance de destruction photodynamique de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodéoscopie

Coloscopies diagnostiques :

HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
 HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique
 HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
 HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde
 HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
 HHQE001 Coloscopie peropératoire

Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :

HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
 HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
 HHFE006 Séance de mucosectomie recto colique, par endoscopie
 HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHSE002 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale
 HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHNE001 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale
 HHAE001 Dilatation d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie

HHNE002 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale
 HHSE004 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHJE001 Exsufflation du côlon, par endoscopie
 HHLE005 Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie
 HHNE003 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHNE004 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHSE003 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale
 HHSE001 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
 HHEE001 Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie
 HHGE002 Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
 HHGE010 Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie

Echographie de l'appareil digestif :

ZCQM006 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen
 ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen
 ZCQM004 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
 ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
 ZCQM010 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]
 ZCQM001 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
 HLQM001 Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires
 ZCQM002 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs
 HZQM001 Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine
 HJQJ003 Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
 ZCQM011 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
 YYYY172 Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra pelviens, ou de vaisseaux périphériques
 ELQM001 Échographie-doppler des vaisseaux digestifs

Echoendoscopie :

HMQJ001 Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie
 HJQJ002 Échoendoscopie anorectale sans biopsie
 HMQJ002 Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée
 HEQJ001 Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie
 HHQJ002 Échoendoscopie colique sans biopsie
 HEQJ002 Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
 HJQJ001 Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée
 HGQJ002 Échoendoscopie duodénale sans biopsie
 HGQJ001 Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée

Actes de traitement des hémorroïdes :

EGNP001 Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique
 EGFA007 Excision d'une thrombose hémorroïdaire
 EGJA001 Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
 EGSP001 Séance de ligature élastique des hémorroïdes

EGFA002 Hémostectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne

EGFA005 Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

EGLF002 Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes

EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices œsogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie

EGED001 Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale

EGFA001 Hémostectomie pédiculaire semifermée ou fermée

EGFA003 Hémostectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

HKFA006 Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

HJFD005 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec hémostectomie pédiculaire

HKPA002 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

HKPA001 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémostectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

Actes de traitement de lésions anales et périnéales :

HKFA008 Destruction et/ou excision de lésion superficielle non tumorale de l'anus

HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus

HKFA001 Destruction et/ou excision de tumeur bénigne du canal anal

HKFA005 Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse

HJAD001 Dilatation ou incision de sténose anorectale

HKPA004 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie

HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple

QBFA007 Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier

HKFA004 Excision d'une fissure anale [Fissulectomie anale]

HKPA005 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus

HKPA006 Incision d'abcès de la région anale

HKLB002 Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus

HJGD001 Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale

HKPA003 Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus

HKFA002 Résection d'une fissure anale infectée

HTRD001 Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation

HKPA008 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement

HKFA007 Excision de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus

HKHA001 Biopsie de lésion de la région périanales et/ou du canal anal

QBFA004 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm²

QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²

JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm²

HKFA009 Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal

JZNP001 Destruction de 10 à 50 lésions périnéales

JZNP002 Destruction de moins de 10 lésions périnéales

HKMA001 Plastie cutanée de la marge de l'anus

HKQE001 Anuscopie

HKCA004 Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
HJCD002 Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

Autres actes dont la fréquence annuelle est \geq 50 actes/an :

FEJF003 Saignée thérapeutique
HGQD002 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée
HTQD002 Manométrie anorectale
HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée
HEQD003 Manométrie œsophagienne
HGQE003 Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie]
HEQD002 pH-métrie œsophagienne et/ou gastrique sur 24 heures
HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique
HEQH002 Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]
HHQH001 Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste
HPHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée
HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]
HGQH002 Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]
HQQP001 Analyse informatisée de la déglutition
HLHJ003 Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique
HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore
HTQH002 Défécographie [Rectographie dynamique]
HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale
HFKD001 Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage
HLHJ006 Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique
HJFD001 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure
HLHB001 Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage
HJFD004 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature, par voie anale
HEQH001 Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]
HJFD002 Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
HLHJ004 Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique
HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie
HEAH001 Dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique
HGAE001 Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie
HKSD001 Hémostase secondaire à un acte sur l'anus
HJHD002 Biopsie de la musculature du rectum, par voie anale
HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie
HJSD001 Hémostase secondaire à un acte sur le rectum
HJFA008 Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, par abord périnéal
HGSE001 Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie
QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté
HGQE001 Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale

indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	63%	≥ 86%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	15%	≥ 40%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	24%	≥ 60%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de MICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	63%	≥ 86%	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	3,0%	≤ 1,2 %	5 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicabacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	49%	≥ 71%	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour	20%	≥ 25%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	cadre du dépistage organisé)	un test de recherche de sang positif				
Efficienc	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	≥ 95%	5 patients	30
Total						300

Article 2.4 Indicateurs pour les médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes ont été réalisés et facturés par le spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition au cours des deux années civiles précédentes.

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques :

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- **Indicateur : Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »**

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, traités par insuline seule

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, ayant :

- soit au moins 1 délivrance d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide pendant au moins 2 trimestres et avec au moins une ordonnance (même prescripteur, même patient, même date de prescription) dans l'année avec prescription d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide,
- soit une délivrance d'une pompe à insuline

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante < 70 ans traités par insuline seule

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- insuline lente/intermédiaire : médicaments des classes EPHMRA A10C2 ou A10C5

- insuline rapide : médicaments de la classe EPHMRA A10C1
- pompe à insuline : codes LPP 1121332, 1120663, 1130058 avant le 01/08/15, 1131170, 1120663 entre le 01/08/15 et 02/16 et 1117201, 1131170, 1120663 à partir de 02/16

- **Indicateur : Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou intensification des traitements avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications**

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu un compte-rendu annuel réalisé pour le médecin traitant précisant la gradation des risques, les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définitions : indicateur déclaratif

- **Indicateur : Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année**

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline l'année N

Période de calcul : 12 mois glissants (et 9 ans de séjours PMSI)

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients opérés d'un cancer de la thyroïde : patients ayant eu un séjour en MCO avec

DP/DR/DA : D093, D440 ou C73

et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001

- dosage de la thyroglobuline : code NABM 0821

- dosage des anticorps anti-thyroglobuline : code NABM 1483 ou 1484

- **Indicateur : Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien**

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante opérés d'un nodule thyroïdien (bénin ou malin) l'année N-1

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu une cytoponction dans les 6 mois avant chirurgie thyroïdienne [6 mois entre cytoponction et début du 1er séjour MCO en N-1]

Période de calcul : 1 an de séjour MCO avec thyroïdectomie [N-1] et 1 an 1/2 de liquidation des cytoponctions réalisées en ville, en consultation externe ou lors de séjours hospitaliers [N-1 à N-2]

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un nodule thyroïdien

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients opérés d'un nodule thyroïdien : patients ayant eu un séjour en MCO avec

DP/DR/DA : E041, D34, D357, D358, D359, D093, D440 ou C73

et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001

- Cytoponction : actes CCAM KCHB001, KCHJ001, KCHJ002, KCHJ003 ou KCHJ004

- **Indicateur : *Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH)***

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante diagnostiqués maladie de Basedow

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante n'ayant pas eu une scintigraphie thyroïdienne pour poser le diagnostic

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante présentant une maladie de Basedow

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définitions : indicateur déclaratif

Indicateurs de prévention :

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur

- **Indicateur : *Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois***

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins trois POD dans les 12 mois précédents le dernier POD (quatre au total)

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- POD : prestation de soins de podologie

Indicateurs d'efficience :

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné par la ROSP et non celles d'autres médecins.

- **Indicateur : *Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection***

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance)

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, autonomes dès l'initiation de traitement (0 jour avec [(AM11+IFD) ou (AIS3+IFD)])

Période de calcul : 19 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10

- insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- actes infirmiers pour cibler l'autonomie : prestations AMI1, AIS3, IFD

- **Indicateur : Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)**

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1 (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance)

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans pour lesquels le délai entre la fin du séjour MCO (avec DP/DR/DA de diabète) et le 1er remboursement d'insuline est entre +1 mois et -1 mois

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- séjours MCO pour diabète : DP/DR/DA E10, E11, E12, E13 ou E14

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire à partir de 2018	Objectif cible à partir de 2018	Seuil minimal à partir de 2018	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	74%	≥ 89%	5 patients	30
		Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications. Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des	56%	≥ 82%	5 patients	50

		anticorps anti-thyroglobuline dans l'année				
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	38%	≥ 67%	5 patients	50
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH) Déclaratif	20%	≤ 5%	5 patients	20
Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	42%	≥ 57%	5 patients	30
Efficience des prescriptions	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	64%	≥ 85%	5 patients	70
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	28%	9%	5 patients	70
Total						340

Article 3 Méthodologie de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

Pour chaque indicateur le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.

Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant des patients de seize ans et plus , 600 patients pour un médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans ou 800 patients pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires ; pour une patientèle moyenne de 1 100 patients pour un médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie et pour une patientèle moyenne de 1 000 patients pour un médecin spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.

Pour les médecins traitants, la patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant dans l'année de référence

quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante – PMTIR).

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, en gastro-entérologie et hépatologie et en endocrinologie, diabétologie et nutrition, la pondération s'effectue au regard de la patientèle correspondante calculée.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.

Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins, qui correspond à un taux de réalisation de 30% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint.

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire :

le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 30%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 30% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :

le taux de réalisation est au moins égal à 30% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% + 70\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 30% (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté.

➤ Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante de l'année. Pour les médecins traitants elle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.

La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants des patients de seize ans et plus, 600 patients pour les médecins traitants des patients âgés de moins de 16 ans ou 800 patients pour les médecins spécialistes en cardiologie et pathologies vasculaires et 1 100 patients pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€.».

Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€.».

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et gastro-entérologie et endocrinologie :

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800 ou 1 100 ou 1000] x 7€

➤ Pour les médecins nouveaux installés :

Les médecins éligibles à la méthode spécifique nouveaux installés sont :

- les médecins installés pour la première fois en libéral depuis moins de trois ans,
- les médecins installés en libéral depuis moins de trois ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins deux ans,
- les médecins collaborateurs qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice libéral en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de trois ans,
- les médecins ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent).

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans et à appliquer une

majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

Pour les médecins traitants, une méthode spécifique peut leur être appliquée :

- prise en compte de la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique,
- les taux de départ correspondent à la moyenne nationale calculée sur l'ensemble des médecins traitants de l'année précédant l'année de calcul de la rémunération
- application de la majoration précitée.

Chaque année, les médecins traitants nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes. La plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

Pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€ × majoration du point selon l'année d'installation
--

Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€ × majoration du point selon l'année d'installation.».

Annexe 8 – DONUM

1) Les indicateurs socles

- Disposer d'un logiciel référencé Ségur (dernière version référencée) avec LAP certifié HAS et d'une version du cahier des Charges Sesam-Vitale la plus à jour

L'exigence est de disposer d'un logiciel référencé Ségur intégrant les dernières évolutions et d'un LAP certifié par la HAS pour l'ensemble des spécialités médicales et d'un logiciel équipé d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence.

- Taux d'utilisation des principaux téléservices sécurisés

Cet indicateur composite comprend la valorisation de l'usage des 4 téléservices suivants :

- Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée

Cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses déclarations médecin traitant de manière dématérialisée.

- Taux de télétransmission FSE

Cet indicateur valorise le médecin qui utilise la télétransmission en feuilles de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale).

Le calcul du taux de FSE est effectué à partir du SNIIRAM et repose sur le nombre de FSE correspondant au nombre d'actes transmis en mode sécurisé Vitale et SESAM sans Vitale par le médecin au cours de l'année de référence, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice du médecin rapporté au nombre total de factures réalisées.

Pour le calcul du taux de télétransmission sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État et l'ensemble des bénéficiaires avec un NIR provisoire pour immatriculation temporaire,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les bénéficiaires résidant en EHPAD lors de l'exécution de l'acte (lorsque ce dernier est transmis hors mode sécurisé SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- les actes de téléconsultation et téléexpertise, transmis hors mode SESAM sans Vitale (dégradé, papier)
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

- Taux de protocole de soins électroniques (PSE)

Cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses demandes (protocole de soins électroniques) de prise en charge pour affection de longue durée aux professionnels de santé de manière dématérialisée.

- Taux d'avis d'arrêt de travail dématérialisés

Cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses déclarations d'arrêt de travail de manière dématérialisée.

Le taux d'usage des 4 services est calculé de façon indépendante.

Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 4 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Les cibles et les points relatifs à la rémunération des indicateurs socles sont définis comme suit :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges Sesam Vitale à jour des avenants N-1	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT); Taux de protocoles de soins électronique (PSE); Taux de télétransmission FSE; Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT)	60%	80%	

2) Les indicateurs optionnels

- Taux d'utilisation des autres téléservices sécurisés

Cet indicateur composite comprend la valorisation de l'usage des 3 téléservices suivants :

- Taux de certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle (CM AT-MP)

Cet indicateur valorise le médecin qui a recours à la dématérialisation du CM AT-MP.

- Taux de dématérialisation prescription électronique de transport (SPE)

Cet indicateur valorise le médecin qui utilise le Service de Prescription Electronique de transport pour ses prescriptions de transport.

- Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG)

Cet indicateur valorise l'utilisation par le médecin de la déclaration simplifiée de grossesse en ligne.

Le taux d'usage des 3 services est calculé de façon indépendante.

Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 3 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

- Taux d'usage du numérique en santé :

Cet indicateur composite comprend la valorisation de l'usage des 2 services suivants :

- Taux d'alimentation du Dossier Médical Partagé (Mon espace santé)

Cet indicateur valorise l'alimentation du DMP par les médecins, afin que les patients puissent récupérer et conserver dans leur profil Mon espace santé une copie numérique de leurs documents médicaux et les partager avec les professionnels habilités qui les prennent en charge. Le calcul est effectué comme suit :

Numérateur : Nombre de fois où les DMP sont alimentés par le médecin durant la période d'observation (couple DMP/date d'alimentation, un DMP alimenté une ou plusieurs fois sur la période est comptabilisé autant de fois que d'actions d'alimentation à des dates distinctes)

Dénominateur : Nombre de contacts avec patients = nombre de fois où les patients sont vus (facturation d'un acte) par le médecin sur la période d'observation (nombre distinct de dates de soins / patients).

○ Taux d'ordonnances numériques

Cet indicateur permet de valoriser l'usage de l'ordonnance numérique (définie selon les modalités de l'annexe 20) pour toutes les prescriptions de produits de santé.

Le calcul est effectué comme suit :

Numérateur : Nombre de prescriptions de produits de santé faites via le téléservice sur la période d'observation

Dénominateur : Nombre total de prescriptions de produits de santé (prescriptions de médicaments et de produits de la LPP sur papier et dématérialisées) sur la période d'observation (nombre distinct de dates de prescriptions/ patients)

Le taux d'usage des 2 services est calculé de façon indépendante.

Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 2 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

- Usage de l'application carte Vitale (appCV) et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé

Cet indicateur permet de valoriser l'achat de l'équipement nécessaire à l'utilisation de l'application carte vitale et l'usage de l'application carte Vitale et l'usage de la messagerie sécurisée de Mon espace santé pour l'envoi de messages à ses patients.

Les cibles et les points relatif à la rémunération des indicateurs optionnels sont définis comme suit :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés de l'assurance maladie : Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP) ; déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG) ; prescription électronique de transport (SPE)	30%	60%	60
	Moyenne du taux d'usage du numérique en santé: alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30%	60%	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace Santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la		20

	messagerie de Mon espace santé par an	
--	---	--

3) Règles de calcul des indicateurs

Le calcul des taux d'usage des différents téléservices (AAT, DMT, CM AT-MP, DSG, PSE, SPE) s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées de façon dématérialisée (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Les autres taux d'usage sont calculés sur la base des données interrégimes.

Les taux d'usage des services et téléservices (AAT, DMT, CM AT-MP, DSG, PSE, SPE, DMP, Ordonnance numérique et MSSanté), ne seront calculés que si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10.

4) Suivi des indicateurs

Les taux d'usage des services et téléservices sont calculés et mis à disposition des médecins sur amelipro chaque trimestre.

5) La rémunération

La rémunération est versée en N+1 au titre de l'année N sur la base des indicateurs validés au 31/12 de l'année N.

Annexe 9 – Dispositions transitoires du Forfait structure (FS)

Le forfait structure est maintenu jusqu'au 31/12/2025, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle rémunération « dotation numérique ».

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi et les échanges avec les patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.
- Le deuxième volet, constitué de sept indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Les indicateurs sont calculés au 31/12/N pour un versement au 1^{er} semestre N+1.

Article 1 : Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 280 points.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

Article 1.1 Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels. Des travaux vont être conduits avec les éditeurs spécialisés de sorte à faire bénéficier l'ensemble des médecins de logiciels ergonomiques et adaptés à leurs pratiques.

Article 1.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise. Cet indicateur est fusionné avec l'indicateur défini à l'article 1.1.

Article 1.3 La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur est requise.

La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie.

Article 1.4 Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161- 43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État et l'ensemble des bénéficiaires avec un NIR provisoire pour immatriculation temporaire,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les bénéficiaires résidant en EHPAD lors de l'exécution de l'acte (lorsque ce dernier est transmis hors mode sécurisé SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- les actes de téléconsultation et téléexpertise, lorsque ce dernier est transmis hors mode SESAM sans Vitale (dégradé, papier)
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- ⇒ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

$$\text{Calcul du ratio : } \frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Article 1.5 Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- - renseigner à partir d'amelipro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- - cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur amelipro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- - demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6 Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel Ségur avec LAP, certifié (Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé incluse dans le logiciel ségur)	280		Déclaratif	Annuelle
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app Carte vitale et des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
TOTAL		280	1960 €		

Article 2 : Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1^{er} de la présente annexe).

Article 1.7 Taux de dématérialisation sur un bouquet de services

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des télé-services suivants :

- **la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),**
- **le protocole de soins électronique (PSE),**
- **la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),**
- **la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisée (CMATMP),**
- **le service de prescription électronique de transport (SPE),**
- **le service de déclaration simplifiée de grossesse (DSG).**

Le taux de dématérialisation d'un télé-service est calculé comme suit :

- **Taux de DCMT dématérialisées :**

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

- **Taux de PSE :**

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

- **Taux d'AAT dématérialisés :**

Taux = Nombre d'AAT dématérialisés / total des AAT (papier et dématérialisés)

- **Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :**

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

- **Taux de déclarations de grossesse dématérialisées :**

Taux = Nombre de déclarations de grossesse dématérialisées/nombre total de déclarations de grossesse (papier+dématérialisées)

- **Taux de prescriptions de transport dématérialisées :**

Taux = Nombre de prescriptions électroniques de transport dématérialisées/nombre total de prescriptions de transport (papier+dématérialisées). »

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs 2024 et années suivantes	Nb de points
AAT	90%	22,5
CM AT-MP	50%	22,5
PSE	90%	22,5
DMT	90%	22,5
DSG	50%	10
SPE	30%	10
		110

- **Indicateur d'usage et remplissage du DMP**

Cet indicateur valorise l'usage du DMP à travers l'alimentation du DMP par les médecins.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie chaque année est valorisé à hauteur de 40 points.

- **Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients**

Cet indicateur valorise l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé par le médecin comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- **Indicateur d'usage de l'ordonnance numérique**

Cet indicateur valorise l'usage du service d'ordonnance numérique.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- **Indicateur d'usage de l'application Carte Vitale**

Cet indicateur valorise l'usage de l'application carte Vitale.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points dès la première FSE transmise à l'aide de l'application carte vitale.

Article 1.8 Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients

souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 120 Points.

Article 1.9 Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 50 points

Article 1.10 Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d'appui,...).

Cet indicateur est affecté de 70 points

Article 1.11 Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 50 points

Article 1.12 Valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémedecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points.

Article 1.13 Valoriser le recours à la télémédecine – aide aux équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place pour l'aide aux équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année.

Cet indicateur est affecté de 25 points.

Article 1.14 Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS

Pour bénéficier de l'indicateur 8, deux possibilités sont prises en compte :

- Le médecin doit être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ;
- Le médecin participe à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui, courant 2023, sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles (les services du ministère de la santé et de la prévention tiennent à jour la liste des logiciels). Parmi ceux qui passent par un logiciel de leur CPTS, le président de la CPTS devra attester de la liste des médecins qui ont renseigné des disponibilités de soins non programmés en 2023 et ont répondu aux demandes du SAS.

L'indicateur est valorisé à hauteur de 200 points.

Article 2.9 Récapitulatif des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Le volet 2 du forfait structure est affecté des points suivants :

Volets	Indicateurs	Statut	Cible 2024 et années suivantes	Points
VOLET 2	Taux d'usage DMP	Calculé	30%	40
	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients	Calculé	10%	40
	Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	Calculé	90%	22,5
	Taux de CM AT-MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	Calculé	50%	22,5
	Taux de PSE (protocole de soins électronique)	Calculé	90%	22,5
	Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	Calculé	90%	22,5
	Taux de SPE (prescription électronique de transport)	Calculé	30%	10

Implication dans une démarche d'exercice coordonné	Déclaratif		120
Capacité à coder	Déclaratif		50
Amélioration du service offert aux patients	Déclaratif		70
Valorisation de la fonction de maitre de stage	Déclaratif		50
Aide pour équipement vidéo-transmission	Déclaratif		50
Aide pour équipements médicaux connectés	Déclaratif		25
Participation au SAS	Calculé		200
Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	Calculé	50%	10
Usage de l'appli carte vitale	Calculé	Au moins une	40
Ordonnances numériques sur produits de santé	Calculé	40%	40

Annexe 10 – Calcul des objectifs Assistants médicaux

CALCUL DU NOMBRE DE PATIENTS SUPPLÉMENTAIRES À PRENDRE EN CHARGE OU À MAINTENIR

L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir dans le cadre du contrat d'aide à l'emploi est fonction de la patientèle (adultes et enfants) médecin traitant (PMT) de départ ou de la patientèle file active (PFA) de départ du médecin.

Il est calculé de la manière suivante :

1. Médecins généralistes (MG) et pédiatres : objectifs de patients supplémentaires à prendre en charge dans le cadre de la patientèle médecin traitant (PMT)

- Patientèle MT de départ comprise entre P30 et P50 : l'objectif est fixe et identique.

Patientèle MT de départ médecins généralistes	Nombre de patients supplémentaires (2 ETP) MEP ¹⁰ Exclus	Nombre de patients supplémentaires (1,5 ETP) MEP Exclus	Nombre de patients supplémentaires (1 ETP) MEP inclus	Nombre de patients supplémentaires (0,5 ETP) MEP inclus
[P30 à p50[	458	397	305	195

Patientèle MT de départ pédiatres			Nombre de patients supplémentaires (1 ETP)	Nombre de patients supplémentaires (0,5 ETP)
[P30 à p50[			21	14

- Patientèle de départ MT comprise entre P50 et P95 : l'objectif est dégressif.

Il est calculé avec l'équation suivante :

Pour 0,5 ETP : $((0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))))) / (P95 - P50) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P95 - P30))))$

Pour 1 ETP : $((0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P99 - P30)))))) / (P99 - P50) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P99 - P30))))$

- Pour les seuls MG (MEP exclus)

¹⁰ Médecins à exercice particulier (MEP)

- **Pour 1,5 ETP** :
$$\left[\frac{0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P99 - P30))))}{(P99 - P50)} \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P99 - P30)))) \right] \times 1,5$$
- **Pour 2 ETP** :
$$\left[\frac{0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P99 - P30))))}{(P99 - P50)} \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P99 - P30)))) \right] \times 1,5$$

Les coefficients sont indiqués ci-dessous (cf. point 3) et les objectifs pour chaque patientèle de départ sont disponibles sur Ameli Pro.

- **Patientèle MT de départ supérieure ou égale à P95 :**

- Pour un médecin ayant choisi l'option 0,5 ETP ou 1 ETP, l'objectif est le maintien de la patientèle MT à son niveau départ (*cet objectif de maintien intègre la tolérance d'une baisse comprise entre 0% et - 5%. Au-delà, l'aide est proratisée*) ;
- Pour un médecin ayant choisi l'option 1,5 ETP ou l'option 2 ETP accessibles pour seuls médecins généralistes à l'exclusion des MEP, l'objectif est fixe

Patientèle MT de départ médecins généralistes	Nombre de patients supplémentaires (2 ETP)	Nombre de patients supplémentaires (1,5 ETP)
≥ P95	125	80

2. Médecins de toutes les spécialités éligibles : objectifs de patients supplémentaires à prendre en charge dans le cadre de la patientèle file active (PFA)

- **File active comprise entre P30 et P50** : par spécialité, l'objectif est fixe et identique.

Spécialité médicale	File active initiale	Nombre de patients supplémentaires (2 ETP) MEP exclus	Nombre de patients supplémentaires (1,5 ETP) MEP exclus	Nombre de patients supplémentaires (1 ETP)	Nombre de patients supplémentaires (1/2 ETP)
Médecins généralistes	[P30 à p50[	707	604	467	311

- **Patientèle file active comprise entre P50 et P95** : l'objectif est dégressif, par spécialité.

Il est calculé avec l'équation suivante :

Pour 0,5 ETP et 1 ETP :
$$0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))) / (P95 - P50) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30))))$$

- **Patientèle file active supérieure ou égale à P95** : pour ces options 0,5 ETP et 1 ETP, l'objectif est de maintenir le nombre de patients file active. Cet objectif de maintien

intègre la tolérance d'une baisse comprise entre 0% et - 5%. Au-delà, l'aide est proratisée).

- **Pour les seuls MG (MEP exclus)**

- **Pour 1,5 ETP :** $[0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))) / (P95 - P50)] \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))) \times 1,25 + 20$
- **Pour 2 ETP :** $[0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))) / (P95 - P50)] \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))) \times 1,45 + 30$

MG hors MEP	File active	
	Option 1,5 ETP	Option 2 ETP
[P30 ; P95[	(Obj 1 ETP x 1,25) + 20	(Obj 1 ETP x 1,45) + 30
[P95 ; P100]	+ 20 patients	+ 30 patients

Les coefficients sont indiqués ci-dessous (cf. point 3) et les objectifs pour chaque file active et chaque spécialité sont disponibles sur Ameli Pro.

3. Coefficients

Pour définir les nombres de patients supplémentaires à prendre à charge pour les **patientèles MT et File active de départ comprise entre P50 et P95**, les coefficients à appliquer sont :

Coefficients	
Pour la patientèle MT généralistes et pédiatres :	Pour la patientèle file active (généralistes et spécialistes)
Pour l'option ½ ETP : coef = 0,311	Pour l'option ½ ETP : coef = 0,3
Pour l'option 1 ETP : coef = 0,447	Pour l'option 1 ETP : coef = 0,45

APPRÉCIATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS POUR LES CAS PARTICULIERS

- **Médecins ayant les patientèles les plus importantes avec objectifs de maintien du niveau de la patientèle et les médecins au-delà de 65 ans**

Il existe une tolérance dans l'appréciation de l'objectif de maintien.

- Si l'une ou l'autre de la PMT ou de la PFA a diminué dans des proportions comprises entre -0,1 point et 5 points (10 points pour les médecins de plus de 65 ans) par rapport au taux d'atteinte de 100 % (correspondant à un taux d'atteinte entre 95 % inclus et 99,9 %), le montant de l'aide est versé intégralement.

- Si l'une ou l'autre de la PMT ou de la PFA a diminué dans des proportions supérieures à 5 points (10 points pour les médecins de plus de 65 ans) par rapport au taux d'atteinte de 100 % (correspondant à un taux d'atteinte inférieur à 95%), le montant de l'aide est proratisé par rapport au taux d'atteinte.
- Si l'une ou l'autre de la PMT ou de la PFA (ou les deux) augmentent (malgré un objectif de maintien), le montant de l'aide n'est pas augmenté.

Médecins généralistes (MEP inclus) et pédiatres

PMT	PFA	Part de l'aide versée
Atteint (y/c si ↓* entre 0 et 5 points)	Atteint (y/c si ↓* entre 0 et 5 points)	100 %
Non atteint (↓* plus de 5 points)	Atteint (y/c si ↓* entre 0 et 5 points)	100 %.
Atteint (y/c si ↓* entre 0 et 5 points)	Non atteint (↓* plus de 5 points)	100 %
Non atteint (↓* plus de 5 points)	Non atteint (↓* plus de 5 points)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)

* Diminution par rapport à la patientèle de départ

NB : entre 0 et plus de 10 points pour les médecins de plus de 65 ans

Médecins généralistes (MEP inclus) et pédiatres avec objectif de maintien et d'augmentation différent selon la patientèle.

Objectif de maintien (PMT ou PFA)	Objectif d'augmentation (PMT ou PFA)	Part de l'aide versée
Atteint (↓* entre 0 et 5 points)	Atteint	100 %
Non atteint (↓* plus de 5 points)	Atteint	0 %– Pas d'aide
Atteint (↓* entre 0 et 5 points)	Non atteint sans diminution	100 %
Non atteint (↓* plus de 5 points)	Non atteint sans diminution	0% - Pas d'aide
Atteint (↓* entre 0 et 5 points) ou non atteint (↓* plus de 5 points)	Non atteint avec diminution	0 % - Pas d'aide

* Diminution par rapport à la patientèle de départ

NB : entre 0 et plus de 10 points pour les médecins de plus de 65 ans

Médecins des autres spécialités éligibles

PFA	Part de l'aide versée
Atteint (y/c si ↓* entre 0 et 5 points)	100 %
Non atteint (↓* plus de 5 points)	Proratisation (taux d'atteinte)

* Diminution par rapport à la patientèle de départ

NB : entre 0 et plus de 10 points pour les médecins de plus de 65 ans

- **Pour les médecins nouvellement installés (NI) à compter de la date du 3e anniversaire du contrat ou avant cette date, dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale de la PMT ou de la PFA de la spécialité.**

- **Médecins généralistes (MEP inclus) et pédiatres**

Niveau atteint PMT	Niveau atteint PFA	Part de l'aide versée
≥ P50	≥ P50	100 %
$P30 \leq P < 50$	≥ P50	100 %
≥ P50	$P30 \leq P < 50$	100 %
$P30 \leq P < 50$	$P30 \leq P < 50$	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)
≥ P50	< P30	
$P30 \leq P < 50$	≥ P50	
< P30	$P30 \leq P < 50$	
< P30	< P30	

- **Médecins des autres spécialités éligibles**

Niveau atteint PFA	Part de l'aide versée
≥ P50	100%
$P30 \leq P < 50$	Proratisation sur le résultat (taux d'atteinte)
< P30	Proratisation sur le résultat (taux d'atteinte)

**MODALITÉS DE VERSEMENT DE L'AIDE À L'EMPLOI
PENDANT LA DURÉE DE VIE DU CONTRAT**

Pour les médecins généralistes (MEP inclus) ou pédiatres :

→ Ces objectifs s'appliquent à la fois pour leur :

✓ Patientèle médecin-traitant adultes et enfants (PMT) ;

✓ Patientèle file active (PFA, soit le nombre total de patients adultes et enfants ayant consulté le médecin au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois).

Pour les médecins spécialistes (hors pédiatres) :

→ Ces objectifs s'appliquent à la seule patientèle file active (PFA).

Pour les 2 premières années, l'atteinte des objectifs ne conditionne pas le versement de l'aide.

Pour la 3^e année et les années suivantes, y compris pour les médecins primo-installés, l'aide est versée en 2 fois :

- un acompte versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat en début de troisième année ou suivante ;
- et un solde versé dans les deux mois suivant la date d'anniversaire du contrat en début de quatrième année ou suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au niveau d'atteinte de l'objectif.

	1 ^{ère} année	2 ^e année	3 ^e année et suivantes
Acompte			50 % de l'aide prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde	100%*	100%*	Montant restant à verser au titre de l'année considérée : <ul style="list-style-type: none"> - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde n'est pas versé

* Aide totale versée-dans le 1^{er}-mois suivant la date de signature (1^{ère} année) ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

DISTRIBUTION NATIONALE DU NOMBRE DE PATIENTS MÉDECINS TRAITANTS (PMT) ET FILE ACTIVE (PFA) EN FONCTION DE LA SPECIALITÉ MÉDICALE AU 31 DÉCEMBRE 2021*

* Valable pour la durée de la convention médicale

Distribution du nombre de patients vus FILE ACTIVE / MT en fonction de la spécialité du PS - Année 2021

Nombre de patients vus au moins une fois par PS dans l'année (File active)

Spécialité	P30
01-Généralistes	1 219
02-MEP	1 025
04-Cardiologues	1 457
06-Dermatologues	1 916
10-1 Gynécologues médicaux	1 519
11-Gastro-entérologues	1 270
12-Internistes	694
13-1 ORL médicaux	2 060
14-Pédiatres	949
15-Pneumologues	1 385
16-Rhumatologues	1 215
17-Ophtalmologues	3 151
19-MPR	612
20-Neurologues	1 076
21-Psychiatres-neuro-psychiatres	173
22-Néphrologues	477
24-Endocrinologues	1 033
25-Gériatres	393
84-Médecine Vasculaire	1 608
85-Allergologie	1 345

Nombre de patients médecin traitant adultes et enfants (vus ou non dans l'année) - PMT

Spécialité	P30
01-Généralistes	775
14-Pédiatres	51

Annexe 11 - CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE À L'EMPLOI D'UN ASSISTANT MEDICAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-14-2, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Vu la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le **XX/XX/XXXX**, approuvée par l'arrêté du **[JJ/MM/AAAA]** paru au *Journal officiel* du **[JJ/MM/AAAA]**,

Il est conclu un contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département : **[DPT]**

Adresse : **[ADRESSE]**

Représentée par: **[NOM]P[RENOM][FONCTION][COORDONNEES]**

- Et, d'autre part, le médecin : **[NOM, PRENOM, COORDONNEES]**

Inscrit au tableau de l'Ordre du conseil départemental de **[DPT]** sous le numéro :

[NUMERO RPPS]

[NUMERO AM]

Spécialité médicale exercée : **[SPECIALITÉ] [NUMERO SPECIALITÉ]**

Adresse professionnelle du cabinet principal : **[ADRESSE]**

Adresse professionnelle du cabinet secondaire : **[ADRESSE]**

Article 1^{er} - Objet du contrat.

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les médecins libéraux conventionnés à employer un assistant médical salarié pour leur permettre de libérer du temps médical en les assistant dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie à l'emploi d'assistants médicaux par les médecins libéraux ainsi que les contreparties attendues par les médecins souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2 - Engagements des parties.

2.1. Engagements du médecin signataire.

Le médecin signataire du présent contrat s'engage :

- À recruter, dès la signature du présent contrat, un assistant médical salarié sur la base d'une durée horaire correspondant à l'option choisie par le médecin signataire du présent contrat (0,5 ETP ou 1 ETP).

Le médecin signataire du présent contrat a le choix de recruter directement l'assistant médical ou par l'intermédiaire d'une structure organisée en groupement d'employeurs.

Le contrat de travail de l'assistant médical ou le contrat liant le médecin à un groupement d'employeurs doit être fourni par le médecin lors de la signature du présent contrat avec la caisse d'assurance maladie.

- À ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical :
 - Soit titulaire :
 - du certificat de qualification professionnelle (CQP) ;
 - ou d'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs :
 - d'un diplôme d'État infirmier (IDE),
 - d'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS),
 - d'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP).
 - À défaut, la personne recrutée doit être inscrite à une formation dédiée et obtenir le CPQ ou l'attestation FAE dans un délai de deux ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du CQP ou de FAE par l'assistant médical devra être adressé par le médecin signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de deux ans précité.
- À exercer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou dans le secteur à honoraires différents dès lors qu'il a adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM, OPTAM-ACO) ;
- À répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour l'emploi d'un assistant médical.

Le choix du médecin signataire du présent contrat porte sur l'option 1 ou l'option 2 :

- 0,5 ETP
- 1 ETP

2.2 Objectifs individuels contractuels.

Fixation des objectifs.

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir par rapport au nombre de patients figurant dans la patientèle de départ est défini selon l'option choisie, la spécialité et la taille de la patientèle du médecin signataire du présent contrat :

- de la patientèle médecin traitant et de la file active pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (médecin à exercice particulier [MEP] inclus) et pour les pédiatres ;
- de la patientèle file active pour les autres spécialités médicales éligibles.

Pour la fixation des objectifs, la patientèle de départ prise en compte est celle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant la signature du contrat ou au 30 juin de l'année en cours, selon la date de signature du contrat avec la caisse.

Les objectifs :

- Augmenter la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents pris en charge par le médecin signataire du présent contrat au cours des 12 derniers mois, tous âges confondus ;
- Augmenter le nombre de patients médecin traitant, tous âges confondus, pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres.

Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres, ces deux objectifs sont pris en compte.

La patientèle du médecin signataire du présent contrat arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à :

- [NOMBRE] patients médecin traitant ;
- [NOMBRE] patients file active.

Son objectif à atteindre est :

- [NOMBRE] patients médecin traitant ;
- [NOMBRE] patients file active.

La vérification de l'atteinte des objectifs est appréciée sur la patientèle au 31 décembre ou au 30 juin de l'année, selon la date retenue pour fixer la patientèle de départ.

À compter de la 3^e année du contrat initial signé par la CPAM/CGSS avec le médecin signataire du présent contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle(s), à hauteur de l'objectif fixé par le contrat. L'objectif est maintenu en cas de renouvellement du contrat sans changement d'option de temps de travail.

2.3 Cas particuliers.

Médecins primo-installés.

Lorsque le médecin est éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, car nouvellement installé (au sens de primo-installés dans la zone d'exercice dans les 12 mois qui suivent son installation), compte tenu de la nécessité de prendre en compte la montée en charge progressive de sa patientèle, l'objectif du médecin signataire du présent contrat est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, au-niveau du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin. Dès l'atteinte de ce percentile ou à l'issue du délai de 3 ans, un nouvel objectif est fixé au médecin signataire du présent contrat, par avenant au présent contrat, avec comme base de départ la patientèle nouvellement acquise.

À cocher si médecin primo-installé :

Médecin avec activité médicale mixte.

Pour le médecin ayant une activité médicale mixte les médecins, libérale conventionnée et non libérale, notamment salariée, le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge dans le cadre de leur objectif est recalculé au prorata de leur activité médicale intégrale.

Pour ce faire, le médecin doit produire tout document attestant de cette activité médicale ou assimilée, complémentaires à l'exercice médicale libéral conventionné.

À cocher si le médecin signataire du présent contrat est concerné par ce cas de figure

Description du type d'activité mixte exercée par le médecin signataire du présent contrat :

- [ACTIVITE DE SOINS SALARIEE EN ETABLISSEMENT DE SANTE]
- [ACTIVITE DE SOINS SALARIEE EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL]
- [ACTIVITE DE SOINS SALARIEE EN PETITE MOYENNE ENFANCE (PMI)]
- [ACTIVITE SALARIEE DE MEDECINE DU TRAVAIL]
- [ACTIVITE SALARIEE DE MEDECINE SCOLAIRE]
- [FONCTIONS EXECUTIVES DANS UNE MSP OU UNE CPTS]
- [ACTIVITE D'EXPERTISE MEDICALE]
- [ACTIVITE DANS UNE ONG MEDICALE]
- [MANDAT ORDINALE OU SYNDICAL OU AU SEIN D'UNE URPS]
- [ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR];
- [ACTIVITE SALARIEE OU FONCTIONS EXECUTIVES DANS UNE ASSOCIATION DE PERMANENCE DES SOINS OU SAS] ;
- [ACTIVITE TRANSVERSALE AU SEIN DE LA CONFERENCE MEDICALE D'ETABLISSEMENT OU DU COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES]

Objectif fixé au médecin signataire du présent contrat : [NOMBRE] patients à maintenir

Médecin âgé de 65 ans et plus.

Les médecins âgés de 65 ans et plus, lorsqu'ils signent pour la première fois un contrat d'aide conventionnelle, n'ont pas de patients supplémentaires à prendre en charge par rapport à leur patientèle de départ. L'objectif est de maintenir un nombre de patients pris en charge équivalent à leur patientèle de départ, tout au long de la durée du présent contrat.

À cocher si le médecin signataire du présent contrat est concerné par ce cas de figure.

Objectif fixé au médecin signataire du présent contrat : Objectif de maintien de sa patientèle

L'objectif de maintien de la patientèle intègre la tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et - 10% par rapport à la patientèle de départ.

Au-delà d'une telle baisse, l'aide est proratisée.

Médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé.

Par dérogation, le médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie a un impact sur son activité peut être considéré comme éligible au dispositif par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite CPAM/CGSS, dans le respect du secret médical. L'appréciation du montant de l'aide à l'emploi nécessaire et les objectifs fixés au médecin signataire du présent contrat, relatifs à l'augmentation ou au maintien de la taille de sa ou de ses patientèles sont définis conjointement par le médecin et le directeur la CPAM/CGSS, au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire où ce dernier exerce en termes d'accès aux soins.

À cocher si le médecin signataire du présent contrat est concerné par ce cas de figure.

*À l'issue de la concertation avec la CPAM/CGSS, objectifs fixés au médecin signataire du présent contrat : **[NOMBRE]** patients supplémentaires.*

Cette appréciation du montant de l'aide à l'emploi et des objectifs fixés au médecin signataire du présent contrat peut faire l'objet d'une révision, par avenant à contrat, chaque année si nécessaire.

2.4. Modalités de vérification du respect des engagements contractuels.

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le médecin signataire du présent contrat s'engage à transmettre annuellement à la CPAM/CGSS l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis supra.

Il transmet chaque année un justificatif attestant qu'il exerce toujours au sein du ou des cabinets déclaré(s) supra. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans le mois précédant la date anniversaire du contrat.

Le médecin s'engage à informer et justifier à la CPAM/CGSS de toute modification le concernant ou concernant l'emploi de l'assistant médical dans le mois qui suit cette modification.

La CPAM/CGSS procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée l'aide à l'emploi d'un assistant médical.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par l'un ou plusieurs des médecins (par exemple car il occupe déjà un poste de secrétaire médical au sein du cabinet du médecin signataire du présent contrat), le versement de l'aide à l'emploi d'un assistant médical sera conditionné au remplacement du poste antérieurement occupé par l'assistant médical, dans un délai de 6 mois ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical et pour une durée équivalente a minima au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer.

Le médecin signataire du présent contrat s'engage à fournir le justificatif du remplacement ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical téléphonique. Ce justificatif doit être fourni lors de la signature du contrat.

2.5. Engagements de l'assurance maladie.

2.5.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du médecin signataire du présent contrat.

Quelle que soit l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin, la CPAM/CGSS vérifie le respect des engagements de la manière suivante :

Jusqu'à la fin de la 2^e année du contrat, est mise en place une période d'observation portant sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au médecin signataire du présent contrat et un accompagnement par la CPAM/CGSS. Pour ce faire, La CPAM/CGSS organise tous 6 mois un point d'échange avec le médecin signataire du présent contrat.

Pendant cette période de 2 ans, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le médecin, l'aide prévue selon l'option choisie par le médecin est intégralement versée.

À partir de la 3^e année du contrat, l'atteinte des objectifs par le médecin signataire du présent contrat est vérifiée par la CPAM/CGSS dans les conditions suivantes :

Pour les médecins qualifiés et spécialistes en médecine générale (MG) et les pédiatres

PFA	PMT	Part de l'aide versée
Atteint	Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Atteint	100 %.
Atteint	Non atteint (sans ↓*)	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Non atteint (sans ↓*)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)
Non atteint (avec ↓*)	Non atteint (avec ↓)*	0 % - Pas d'aide
Non atteint (avec ↓*)	Atteint	0 % - Pas d'aide

Atteint	Non atteint (avec ↓*)	0 % - Pas d'aide
---------	-----------------------	------------------

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

Pour les autres spécialistes (hors MG et pédiatres)

PFA	Part de l'aide versée
Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Proratisation (taux d'atteinte)
Non atteint (avec ↓*)	0 % - Pas d'aide

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

2.5.2 Montants de l'aide financière selon l'année et l'option choisie

Cas général

En contrepartie du respect de ses engagements par le médecin signataire du présent contrat, la CPAM/CGSS s'engage à verser au médecin l'aide correspondante à l'option de temps de travail de l'assistant médical, choisie [1 ou 2 dans le tableau ci-dessous]

	Montants maximaux de l'aide		Versements de l'aide
	Option 0,5 ETP	Option 1 ETP	
1^{ère} année	19 000 €	38 000 €	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2^e année	14 000 €	28 000 €	
3^e année et suivantes	11 000 €	22 000 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]	13 000 €	26 000 €	
Montant fixe pour les Médecins ayant une patientèle ≥ P95 :	19 000 €	38 000 €	

Cas particuliers

Médecin primo-installé

À la fin 3^e année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide à l'emploi est versée de la manière suivante :

1. Si le médecin se situe au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin signataire du présent contrat, l'aide est versée dans sa totalité ;
2. Si le médecin se situe entre le 30^e percentile et 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin

signataire du présent contrat, l'aide est versée au prorata du taux d'atteinte de l'objectif fixé ;

3. Si le médecin se situe en dessous de 30^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin signataire du présent contrat, l'aide n'est pas versée.

Pour les deux premiers cas de figure, un nouvel objectif est fixé au médecin, par avenant au présent contrat, avec comme base de départ la patientèle nouvellement acquise.

Dans le 3^e cas de figure, le contrat doit être résilié à l'initiative de la caisse, dans le respect de la procédure figurant à l'article 5.2 du présent contrat. Le montant indument versé lors du versement de l'acompte de la 3^e année du contrat sera récupéré par la CPAM/CGSS.

À cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Médecin reconnu comme travailleur handicapé

L'appréciation du montant de l'aide nécessaire à l'augmentation ou au maintien du niveau de patientèle du médecin sont définis conjointement par le médecin et la CPAM/CGSS au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins. Cette appréciation du montant de l'aide à l'emploi peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

À cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Après concertation avec la CPAM/CGSS, le montant de l'aide à l'emploi défini conjointement est le suivant : [SOMME] euros.

2.5.3. Modalités de versement de l'aide à l'emploi.

Le versement de l'aide est conditionné au niveau d'atteinte de l'objectif.

	1 ^{ere} année	2 ^e année	3 ^e année et suivantes
Acompte	100%*	100%*	50 % de l'aide prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde			Montant restant à verser au titre de l'année considérée : <ul style="list-style-type: none">- calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ;- déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde n'est pas versé

* Aide totale versée-dans le 1^{er} mois suivant la date de signature (1^{ere} année) ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

Article 3 - Durée du contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de sa signature, et sera renouvelé par tacite reconduction.

Lors du renouvellement, le montant de l'aide correspondra au montant de l'aide de la troisième année du contrat durant toute la durée du contrat. Les modalités de versement de l'aide et les objectifs resteront les mêmes.

Article 4 - Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange est organisé tous les six mois entre le médecin signataire du contrat et sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du médecin.

Le médecin signataire s'engage à participer à cet échange pour examiner conjointement avec la CPAM/CGSS, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés.

Il pourra présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le médecin signataire.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5 - Résiliation du contrat

5.1. Résiliation à l'initiative du médecin

Le médecin peut choisir de résilier son contrat à la date anniversaire de son contrat.

Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, la résiliation du contrat prend effet dans les deux mois suivants la date de réception par la CPAM/CGSS de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

5.2. Résiliation à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat :

- Du non-respect manifeste des objectifs du médecin signataire du présent contrat ;
- De perte d'éligibilité à l'aide, en raison d'un changement dans l'activité du médecin signataire, pendant l'exécution du contrat ;
- D'absence d'embauche dans le cadre d'un nouveau contrat de travail d'une secrétaire médicale dans un délai de 6 mois après la résiliation du contrat de travail d'une secrétaire médicale devenue assistante médicale.

La CPAM/CGSS informe le médecin signataire, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

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. À l'issue de ce délai, la CPAM/CGSS peut notifier au médecin la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la CPAM/CGSS procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation de ce dernier.

Article 6 – Utilisation des données personnelles

- Le médecin signataire du présent contrat autorise la caisse, à communiquer leurs coordonnées, aux organismes locaux de formation (agrés par la CPNEFP de la branche professionnelle des cabinets médicaux pour la délivrance du Certificat de qualification professionnelle Assistant médicale ou de l'attestation d'adaptation à l'emploi) en vue de faciliter l'inscription en formation de leur assistant médical.

Fait à [LIEU] en [NOMBRE] exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le médecin

[SIGNATURE]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

Annexe 12 - OPTAM – Taux moyen appliqués aux honoraires réalisés à tarifs opposables pour le paiement de la prime Optam, par spécialité

Le taux moyen mentionné à l'article 41-4 de la convention est le suivant :

Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables
ACP	4,7%
Anesthésistes	7,0%
Cardiologues	7,0%
Chirurgiens*	7,2%
Dermatologues	8,3%
Endocrinologues	8,8%
Gastro-entérologues	7,1%
Généralistes	8,6%
MEP	8,4%
Gynécologues-médicaux	7,5%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	7,1%
Internistes	7,6%
MPR	7,9%
Médecins nucléaires	3,3%
Néphrologues	4,6%
Neurologues	7,8%
ORL	7,4%
Ophtalmologues	5,7%
Pneumologues	7,4%
Psychiatres-neuro-psychiatres	8,6%
Pédiatres	8,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	4,6%
Radiothérapeutes	2,8%
Rhumatologues	7,5%
Stomatologues	8,0%

*Chirurgiens : Chirurgie générale, Neurochirurgie, Chirurgie urologique, Chirurgie orthopédique et traumatologie, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive

Annexe 13 - Actes cliniques et techniques inclus dans le calcul du dispositif Optam/Optam-ACO

Actes cliniques

Actes cliniques 2023	LIBELLE
1111	CONSULTATION COTEE C
1112	CONSULTATION COTEE CS
1113	CONSULTATION COTEE CNP
1114	CONSULTATION SPECIFIQUE CARDIOLOGIE
1115	CONSULTATION BILAN
1116	MAJORATION FORFAITAIRE TRANSITOIRE
1117	CONSULTATION DES SPECIALISTES COTEE C2
1118	CONSULTATION DES PSYCHIATRES COTEE C2,5
1119	MAJORATION TRANSITOIRE SPECIFIQUE
1122	EXAMEN SPECIAL (PROTOCOLE)
1123	SUITE D'EXAMEN DE SANTE
1125	MAJORATION DE COORDINATION DES GENERALISTES
1126	MAJORATION DE COORDINATION SPECIALISTES
1127	MAJORATION DE COORDINATION CARDIOLOGUES
1129	MAJORATION FORFAITAIRE TRANSITOIRE (POUR LES MOINS DE 16 ANS)
1131	MAJORATION CONSULTATION APPAREILLAGE
1132	MAJORATION CONSULTATION ENDOCRINO
1133	MAJORATION GENERALISTE ENFANT
1134	MAJORATION PREMIERE CONSULTATION FAMILLE
1135	MAJORATION CONSULTATION ANNUELLE FAMILLE
1136	MAJORATION ANNUELLE DE SYNTHESE
1137	MAJORATION NOURRISSON
1140	CONSULTATION SPECIFIQUE DE DEPISTAGE
1141	MAJORATION PEDIATRE ENFANT
1211	VISITE COTEE V
1212	VISITE COTEE VS
1213	VISITE COTEE VNP
1214	VISITE LONGUE ET COMPLEXE
1221	VISITE D'URGENCE
1222	VISITE URGENCE VU/MU
1224	MD (CRITERES MEDICAUX)
1225	MDE (CRITERES ENVIRONNEMENTAUX)
1226	MD DE NUIT
1227	MD DE MILIEU NUIT
1228	MD DE DIMANCHE ET JOUR FERIES
1913	MAJORATION MILIEU DE NUIT
1914	FORFAIT PEDIATRIQUE
1922	CONSULTATION

1923	EXAMEN DE SUIVI POST NATAL
1931	MAJORATION NOURRISSON PEDIATRE
1932	MAJORATION NOURRISSON GENERALISTE
1933	MAJORATION CONSULTATION REGULEE DE NUIT
1934	MAJORATION CONSULTATION REGULEE MILIEU DE NUIT
1935	MAJORATION CONSULTATION REGULEE DIMANCHE, JOURS FERIES ET ASSIMILES
1936	MAJORATION VISITE REGULEE DE NUIT
1937	MAJORATION VISITE REGULEE MILIEU DE NUIT
1938	MAJORATION VISITE REGULEE DE DIMANCHE, JOURS FERIES ET ASSIMILES
1941	MAJORATION CONSULTATION REGULEE SAMEDI APRES MIDI
1942	MAJORATION VISITE REGULEE SAMEDI APRES MIDI
1981	FORFAIT IVG HONORAIRES DE VILLE
2414	CONSULTATION IVG
4111	FORFAIT DE SURVEILLANCE MEDICALE 1ER HANDICAP
4114	COMPLEMENT SURVEILLANCE THERMALE
1152	MAJORATION SUIVI DES ENFANTS GRANDS PREMATURES OU ATTEINTS DE PATHOLOGIE CONGENITALE GRAVE
1153	MAJORATION CONSULTATION POUR INSUFFISANT CARDIAQUE APRES HOSPITALISATION
1154	MAJORATION CONSULTATION SUIVI APRES HOSPITALISATION PATIENTS A FORTE COMORBIDITE
1110	CONSULTATION MEDECINE GENERALE
1109	CONSULTATION SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1210	VISITE MEDECINE GENERALE
1209	VISITE SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1104	CONSULTATION OBLIGATOIRE ENFANT
1101	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PUPH
1216	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE (VISITE)
1102	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
1215	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT MEDECIN (VISITE)
1103	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT DU MEDECIN
1168	CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET PREVENTION
1105	CONSULTATION COMPLEXE
1107	CONSULTATION TRES COMPLEXE ENFANT
1106	MAJORATION CONSULTATION COMPLEXE
1108	MAJORATION CONSULTATION TRES COMPLEXE
1943	MAJORATION URGENCE MT
1944	MAJORATION CORRESPONDANT URGENCE
1945	MAJORATION MEDECIN TRAITANT REGULATION
1098	CONSULTATION CCMU 3
1099	CONSULTATION CCMU 4 ET 5
1157	Acte de téléconsultation
1158	Acte de télé expertise
1164	TÉLÉ CONSULTATION - ALD ET / OU EHPAD
1165	TÉLÉ EXPERTISE - ALD ET/OU EHPAD
1172	TELESURVEILLANCE : PS EFFECTUANT L'ACCOMPAGNEMENT
1174	TELESURVEILLANCE : MEDECIN TELESURVEILLANT
1096	TELECONSULTATION MEDECIN TRAITANT AVEC EHPAD
1097	TELE EXPERTISE DOSSIER TRAITANT

1121	HONORAIRE DE SURVEILLANCE
1191	TELECONSULTATION TOUTES SPECIALITES
1192	TELECONSULTATION GENERALISTE
2426	CONSULTATION IVG SPECIALISTE
1094	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COA
1929	ACTE DE VACCINATION COVID 19
1930	ACTE D INJECTION DU VACCIN COVID19
1081	FORFAIT CONSULTATION URGENCE 1
1082	FORFAIT CONSULTATION URGENCE 2
1083	FORFAIT CONSULTATION URGENCE 3
1084	FORFAIT CONSULTATION URGENCE 4
1068	SUPP. AVIS DE SPECIALISTE
1069	SUPP. IMAGERIE EN COUPE
1079	SUPPLEMENT URGENCE IMAGERIE
1075	SUP DIMANCHE/FERIE SPE/BIO/IMAGE
1074	SUPP NUIT SPE/BIO/IMAGERIE
1077	SUPPLEMENT URGENCE CCMU 2
1067	SUPPLEMENT URGENCE CCMU 3
1073	SUPP DIMANCHE/FERIE -URGENTISTE
1080	SUPPLEMENT URGENCE MODE ARRIVEE
1072	SUPP. NUIT MEDECIN URGENTISTE
1058	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COJ
1059	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COK
1060	MAJORATION GYNECO MEDICALE
1061	MAJORATION PSY ENFANT
1057	TELECONSULTATION SPECIALISTE IVG
1076	CODE TRACEUR SAS
1056	TELECONSULTATION GENERALISTE IVG
1903	MAJORATION ENFANT GENERALISTE
1906	NOUVEAU FORFAIT PEDIATRIQUE
1905	NOUVEAU FORFAIT ENFANT
1904	MAJORATION ENFANT PEDIATRE
1089	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COM
1090	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COH
1091	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COD
1092	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COG
1093	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COB
1193	TELE EXPERTISE DE NIVEAU 1

Actes techniques

Nature prestation	Codage	Libellés
1311	KC	ACTES EN K CHIRURGICAL
1312	K	ACTES DE SPECIALITE EN K

1313	KA	ACTES EN K D'URGENCE
1316	KE	ACTES DE DIAGNOSTIC COTES KE
1317	KCC	ACTES EN KCC: ACTES SPECIFIQUES DES CHIRURGIENS
1318	KMO	ACTE DE PHONIAITRIE PAR MEDECIN
1321	ADC	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
1322	ACO	ACTE D'OBSTETRIQUE CCAM
1323	ADA	ACTE D'ANESTHESIE CCAM
1324	ADE	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
1331	Z	ACTES DE RADIOLOGIE
1335	ZM/ADI	ACTE DE RADIOLOGIE MAMMOGRAPHIE
1335	ZM/ADI	ACTE DE RADIOLOGIE MAMMOGRAPHIE
1336	ZM DEPISTAGE/ADI	ACTE DE RADIOLOGIE MAMMOGRAPHIE DEPISTAGE
1341	P	ACTES D ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE/MEDECINS
1342	MAP	MAJORATION ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE
1351	ADI	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
1352	ATM	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (hors IMAGERIE) CCAM
1411	SCM/SPA	ACTES EN SCM (ET SPA POUR LA CRPCEN)
1451	SDE	SOINS DENTAIRE
1453	AXI	PROPHYLAXIE BUCCO DENTAIRE CCAM
1465	IMP	IMPLANTOLOGIE - CCAM
1470	END	ENDODONTIE
1472	TDS	PARODONTOLOGIE
1911	SF	ACTES DES SAGES-FEMMES
1918	MU	MAJORATION D'URGENCE
2411	IG	INTERVENTION IVG
2412	IGA	ANESTHESIE GENERALE
2418	IVE	VERIFICATION ECHOGRAPHIQUE
4113	KTH	PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES COTEES EN K

Actes techniques non pris en compte pour l'Optam avec base de remboursement à 0€	
AAQN00210	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique localisée
AAQN90210	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique [Chemical shift imaging] [CSI]
ABJC90010	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale non traumatique, par vidéochirurgie
AHQP00110	Électromyographie par électrode de surface, sans enregistrement vidéo
AHQP00210	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo
AHQP00510	Électromyographie du diaphragme par électrodes de surface, sans épreuve de stimulation du nerf phrénique
AHQP00710	Électromyographie du diaphragme par électrodes de surface, avec épreuve de stimulation du nerf phrénique
ALQP00110	Enregistrement des potentiels évoqués cognitifs événementiels
ANLB00310	Séance de mésothérapie à visée antalgique

ANQP00510	Enregistrement des potentiels évoqués nociceptifs avec mesure des amplitudes et des latences des réponses corticales, par stimulation au laser
ANRP00110	Séance d'hypnose à visée antalgique
AZQP00110	Actimétrie de longue durée
BAFA00310	Résection cutanée suprasourcilière bilatérale
BAFA01610	Résection graisseuse unilatérale des paupières, par abord conjonctival
BAFA01810	Résection cutanée suprasourcilière unilatérale
BBQE90010	Endoscopie des voies lacrymales
BDEA00210	Épikératophakie
BDFP00110	Photokératectomie réfractive [de confort] avec laser excimère
BDLA00510	Pose d'anneaux intra cornéens à but thérapeutique
BDPA00110	Kératotomie relaxante pour correction de l'astigmatisme cornéen induit
BEQP00210	Photographies diagnostiques du segment antérieur de l'œil après instillation de colorants vitaux
BEQP00710	Photographies diagnostiques du segment antérieur de l'œil
BEQP90010	Tyndallométrie oculaire [Laser cell flare meter]
BGFA90010	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, avec viscocanaliculoplastie
BGQP00110	Transillumination transsclérale de lésion du segment postérieur de l'œil, sans désinsertion conjonctivale
BGQP00510	Transillumination transsclérale de lésion du segment postérieur de l'œil, avec désinsertion conjonctivale
BGQP00610	Rétinographie par stéréophotographie, clichés composés de la périphérie rétinienne ou cliché grand champ supérieur à 60°
BJQP00110	Photographies diagnostiques du regard dans ses différentes positions et au cours d'épreuves de duction
BJQP00410	Nystagmographie optocinétique sans étude des poursuites et des saccades
BJQP00610	Nystagmographie optocinétique avec étude des poursuites et des saccades
BLQP00310	Mesure de l'acuité visuelle, par étude de la sensibilité au contraste
BLQP01110	Mesure de l'acuité visuelle potentielle par interférométrie au laser
BLQP01510	Mesure de la fonction visuelle centrale et scotométrie par ophtalmoscope à balayage laser
CBQE90010	Fibroendoscopie de l'oreille moyenne, par voie tubaire
CDQD00110	Tubomanométrie auditive [Sonotubomanométrie]
CDQD00210	Sonomanométrie
CDQP00410	Enregistrement des produits de distorsion des otoémissions
CDQP00910	Enregistrement des otoémissions
CDRP00110	Électrostimulation des acouphènes
CEQP00210	Statokinésimétrie avec stabilométrie
CEQP00510	Analyse de la posture verticale statique et/ou dynamique sur plateforme de force [Posturographie]
DZFA00410	Exérèse d'un greffon de transplantation du cœur avec pose d'une assistance circulatoire mécanique biventriculaire interne, par thoracotomie avec CEC
DZQJ90010	Restitution tridimensionnelle informatisée des structures cardiaques et des flux, au cours d'une échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
EBQM90010	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média
EDQJ90010	Echographie et/ou échographie-doppler intraartérielle aortique ou rénale, au cours d'un acte par voie vasculaire transcutanée
EJSF90010	Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée

EPLF00110	Administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté chez le nouveau-né à la naissance
EPNF00110	Séance de sclérose de varicosités et télangiectasies des veines, par injection intraveineuse transcutanée
EQQM00410	Mesure de la distance de marche sur tapis roulant ou par enregistrement électromagnétique, avec mesures de la pression systolique résiduelle de cheville et du temps de récupération [test de Strandness] par doppler continu transcutané ou pléthysmographie
EQQP00110	Mesure de la distance de marche sur tapis roulant ou par enregistrement électromagnétique
EQQP00710	Mesure de la pression intraartérielle digitale à la main et/ou au pied
EQQP00810	Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]
EQQP00910	Mesure de la pulsatilité artérielle par débitmétrie électromagnétique ou par impédance [irrigraphie]
EQQP01010	Mesure de la compliance artérielle
EQRM00110	Épreuve d'effort sur tapis roulant, avec électrocardiographie discontinue, examen doppler continu des artères des membres inférieurs et mesure de l'index de pression systolique
GAGD00110	Ablation unilatérale ou bilatérale de prothèse de calibrage de la cavité nasale
GALD00110	Pose unilatérale ou bilatérale de prothèse de calibrage de la cavité nasale
GJQP00110	Olfactométrie
GLQP00610	Mesure de la réponse au dioxyde de carbone [CO ₂] par établissement d'une courbe réponse ventilatoire/concentration de CO ₂
GLRP00110	Séance de réentraînement à l'exercice d'un enfant asthmatique, sur machine
HDMA00210	Uvulopharyngoplastie avec laser
HDMA00510	Uvulopharyngoplastie sans laser
HELE90010	Séance d'injection de toxine botulique au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage, par endoscopie
HERD00110	Test de provocation douloureuse pour recherche d'une affection de l'œsophage
HFQD00110	Manométrie gastro-duodéno-jéjunale avec enregistrement de l'activité antro-pyloro-duodénale
HGQD00110	Manométrie duodéno-jéjunale
HKKA00110	Changement d'un électrostimulateur du muscle sphincter externe de l'anus ou d'un lambeau de plastique de ce muscle
JAF001310	Prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct
JGNJ90010	Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale
JHEP00110	Réduction manuelle d'un paraphimosie
JHLA00110	Armature d'un néopénis
JHLB00110	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique vasoactif dans les corps caverneux du pénis, par voie transcutanée
JHPA00310	Libération d'adhérences du prépuce du pénis
JHQP00110	Mesure nocturne de la tumescence et de la rigidité du pénis
JHQP00210	Péniscopie
JKGD00410	Ablation d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale
JKHD00310	Prélèvement et examen de la glaire cervicale, avec examen de la mobilité des spermatozoïdes [Test postcoïtal de Huhner]
JLGD00110	Ablation ou changement de dispositif intravaginal
JLLD00110	Pose de dispositif intravaginal
JLQE00110	Vaginoscopie

JMCA00210	Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée [périnée simple]
JMQP00110	Vulvoscopie
JNED00110	Réduction manuelle d'inversion utérine
JNGD00210	Ablation de cerclage du col de l'utérus
JPQE00110	Amnioscopie
JQQP00110	Enregistrement du rythme cardiaque du foetus d'une durée de plus de 20 minutes, en dehors du travail
JRQP00110	Débitmétrie mictionnelle

Annexe 14 - CONTRATS OPTAM - OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE ACO (OPTAM-ACO)

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-1 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

- département :
- adresse :
- représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le praticien :

- nom, prénom
- spécialité :
- inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
- numéro RPPS :
- numéro AM :
- adresse professionnelle :

Une option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) - *ou*

Une option pratique tarifaire maîtrisée anesthésiste-chirurgien-obstétrique (OPTAM-ACO)

Article 1 Champ de l'OPTAM et de l'OPTAM-ACO

Article 1.1. Objet des options

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique (OPTAM-ACO) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'Assurance maladie. Dans cet objectif, l'Assurance maladie s'engage à faire bénéficier les médecins souscrivant à ces options, outre des incitations financières, à des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1). L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options.

L'Assurance maladie s'engage à accompagner les médecins adhérents ou éligibles à l'une des deux options tout au long de la présente convention notamment concernant les modalités techniques de mise en œuvre de ce dispositif.

Article 1.2. Médecins éligibles aux options

Peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée, quelle que soit leur spécialité d'exercice, les médecins :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) ;
- titulaires du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP).

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables (secteur 1) peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, une seule option peut être choisie. Ainsi, une adhésion à l'OPTAM ne peut être cumulée avec une adhésion à l'OPTAM-ACO.

Modalités particulières d'adhésion à l'OPTAM-ACO :

L'option anesthésie-chirurgie-obstétrique est ouverte aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie-réanimation, une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte d'anesthésie », « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

En l'absence d'activité antérieure, les médecins nouvellement installés dans les spécialités concernées choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-ACO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM.

Article 2 Engagements des parties dans l'OPTAM

Article 2.1. Engagements du praticien

Le médecin adhérent à une option s'engage à faire bénéficier ses patients d'un tarif maîtrisé et d'un meilleur remboursement de ses soins.

- ***Engagements du médecin à une option***

Le bénéfice des options pratiques tarifaires maîtrisées repose sur le respect de deux indicateurs définis ci-après.

Les rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires pris en compte pour le calcul de ces indicateurs.

1. Le taux de dépassement

L'engagement sur le taux de dépassement repose sur le **taux de dépassement constaté recalculé** sur la période de référence.

Le taux de dépassement constaté est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence (cf. infra).

$$\text{Tx de dépassement constaté} = \frac{\sum (\text{dépassements de la période de référence})}{\sum (\text{honoraires remboursables sur la période de référence})}$$

Le **taux de dépassement constaté recalculé** est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de

référence sur la base des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 appliqués à l'activité du médecin.

Tx de dépassement constaté recalculé = Σ (dépassements recalculés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables recalculés sur la période de référence)

- Avec honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence
- Avec dépassements recalculés = (honoraires totaux constatés – honoraires remboursables recalculés)

Les médecins dont **le taux de dépassement recalculé est supérieur à 100 %** ne peuvent pas bénéficier des options. L'Assurance maladie s'engage à proposer l'option à tous les professionnels de santé qui sont, ou deviendraient, éligibles tout au long de la convention.

Ainsi, les médecins ayant des taux de dépassements constatés proches de 100% pourraient devenir éligibles aux options, puisque l'intégration des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à leur activité va mécaniquement réduire leur taux de dépassement **recalculé**, pour atterrir à un taux de dépassement recalculé inférieur à 100%. L'assurance maladie engagera une action d'information destinée à ces médecins pour les inviter à adhérer à l'OPTAM ou à l'OPTAM ACO

2. Le taux d'activité à tarif opposable

L'engagement sur le taux d'activité à tarif opposable repose sur le taux d'activité à tarif opposable constaté recalculé sur la période de référence.

Le taux d'activité à tarif opposable constaté est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence.

Taux d'activité à tarif opposable constaté = Σ (honoraires à tarifs opposable constatés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables sur la période de référence)

Le taux d'activité à tarif opposable constaté et recalculé est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence et inclut les situations où le médecin est réglementairement tenu de pratiquer son activité à tarif opposable (notamment pour les patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire).

Taux d'activité à tarif opposable recalculé = Σ (honoraires à tarifs opposable recalculés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables recalculés sur la période de référence)

- Avec Honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence
- Avec honoraires à tarifs opposable recalculés = Σ (honoraires à tarifs opposables après application des tarifs de remboursement des médecins de secteur 1)

Les médecins qui ne respectent pas les obligations réglementaires de facturation à tarifs opposables ne sont donc pas éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Période de référence :

Les années civiles 2022 et 2023 constituent la période de référence.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure ayant la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander, pour leur adhésion individuelle à l'option, à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours de la période de référence ou, pour les médecins n'ayant pas de pratique tarifaire sur la période de référence, du taux moyen national ou régional ajusté, mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cas particulier des médecins nouvellement installés :

Dans le cas d'une adhésion d'un médecin nouvellement installé n'ayant pas eu d'activité sur la période de référence, le taux de dépassement applicable est le suivant :

- application du taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement recalculés pour les médecins éligibles¹¹ à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;
- application du taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention et dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%) des taux de dépassement recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Ce taux régional est minoré de 5 points pour la région ayant le taux le plus élevé et réduit à ce taux minoré, dit « taux plafond », pour les régions dont le taux se situe au-delà de ce taux plafond. Il est majoré de 10 points pour la région ayant le taux le plus bas et porté à ce taux majoré, dit « taux plancher », pour les régions dont le taux se situe sous ce taux plancher. Dans le cas où pour une spécialité, l'écart entre la région ayant le taux de dépassement le plus élevé et la région ayant le taux de dépassement le plus faible est de moins de quinze points, alors aucun ajustement à la moyenne régionale n'est réalisé.

Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant :

- au taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs des taux d'actes à tarifs opposables recalculés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de

¹¹ Les médecins dits éligibles sont les médecins dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%

radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;

- au taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention, des taux d'activité à tarifs opposables recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur la période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Par dérogation, les médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour le suivi des taux d'engagement dans les options des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant uniquement compte de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée à titre libéral, au cours de la période de référence.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 41 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur au taux moyen régional susmentionné sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux moyen national est retenu. Le taux d'activité réalisé à tarif opposable ne peut être inférieur au taux moyen régional susmentionné.

Article 2.1.1 Fixation des engagements

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Article 2.1.2 Evolution des engagements du praticien en cas de revalorisations des tarifs opposables

Pendant la durée des options, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et le taux d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions ci-dessous.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui, tout en réduisant leur taux de dépassement, doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérant à chaque hausse de tarifs de remboursement pendant la durée de la convention. Figurent dans cet avenant, les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement de la présente convention soit partagé entre les médecins et l'Assurance maladie. Ce partage de gain est dépendant du dernier niveau de respect disponible constaté dans l'option pratique tarifaire maîtrisée du médecin par l'Assurance maladie :

Niveau du dernier respect disponible constaté par l'Assurance maladie	Niveau de partage de gains appliqué en faveur du médecin
Respect strict	60%
Non-respect compris entre 1 et 5 points	40%
Non-respect supérieur à 5 points	0%

Ainsi, les médecins en respect strict pourront réintégrer 60% du montant de la revalorisation de la base de remboursement (écart entre l'ancienne et la nouvelle base de remboursement) dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements et les médecins en non-respect compris entre 1 et 5 points pourront réintégrer 40% du montant de la revalorisation de la base de remboursement. Les nouveaux taux proposés aux médecins dans les avenants à l'option pratique tarifaire maîtrisée intègrent ce partage des gains.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie

a. Bénéfice des tarifs de remboursement du secteur à honoraires opposables (secteur 1)

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1).

b. Rémunération spécifique pour les médecins adhérents à l'OPTAM exerçant dans le secteur à honoraires différents (secteur 2)

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'OPTAM, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée comme le produit du taux de cotisations moyen sur les trois risques (maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse, ce taux varie en fonction de chaque spécialité tel que défini à l'annexe 12) et des honoraires réalisés à tarifs opposables.

L'assiette des honoraires retenus dans le calcul de la prime est définie en annexe 13.

Cette rémunération est dégressive en fonction du niveau de respect des engagements :

Pour chacun des deux taux d'engagements (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables), le taux constaté est comparé au taux d'engagement.

Lorsque le médecin n'a atteint aucun de ses deux taux d'engagements, alors le respect est mesuré en additionnant les deux écarts entre les taux constatés et les taux d'engagements.

Lorsque le médecin n'a atteint qu'un des deux taux d'engagements de son option, alors le respect est mesuré uniquement sur le taux d'engagement qui n'a pas été respecté, sans que le taux d'engagement qui a été atteint ne puisse venir compenser le taux non atteint.

Niveau de respect et taux appliqué au calcul de la prime :

- Respect strict des engagements : versement de 100% du montant de la rémunération spécifique
- Ecart de 1 à 2 points : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 2 à 3 points : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 3 à 4 points : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 4 à 5 points: versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart supérieur à 5 points : aucun versement de la rémunération spécifique.

Le montant calculé pour une année N est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Montant Prime = Honoraires remboursables constatés x le taux d'opposable constaté x le taux de la spécialité défini à l'annexe 14 x le niveau de respect

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, bénéficient du modificateur T. Ils peuvent bénéficier du modificateur K lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, sans ou avec participation financière, ou pris en charge en urgence.

c. Application du modificateur K pour les adhérents à l'OPTAM-ACO

Les médecins adhérents à l'OPTAM-ACO peuvent appliquer le modificateur K applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

c. Création d'un modificateur pour les anesthésistes adhérents à l'OPTAM-ACO

Pour les médecins anesthésistes, un modificateur applicable à leurs actes d'anesthésie définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale est créé. Il est fixé à 8% pour les anesthésistes en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO et à 12% pour les anesthésistes exerçant en secteur à honoraires opposables.

Par dérogation, les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] pourront coder ce modificateur à 8 % pour les actes

dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S), sans ou avec participation financière, ou pour les actes dispensés en urgence.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 3 Modalités d'adhésion et durée de l'option pratique tarifaire

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à une option auprès de la caisse de son lieu d'installation, par le biais d'un contrat conforme aux contrats-types dont les modèles figurent à l'annexe 14 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut résilier son option à tout moment tel que décrit à l'article 41. Les options ont vocation à ne s'appliquer qu'une année dès lors qu'une réforme des dispositifs OPTAM sera intervenue dans le cadre de la réforme des actes CCAM.

Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM-ACO, pour la durée de la convention.

Les médecins bénéficiaires de l'OPTAM-CO à la date de publication de la présente convention conservent la dénomination de leur option jusqu'à signature d'un nouveau contrat ou d'un avenant mentionnant la nouvelle dénomination « OPTAM-ACO ».

Article 4 Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'Assurance maladie informe mensuellement le médecin adhérent sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'Assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année n sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année n et liquidée à la date du 31 mars de l'année n+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit à sa caisse en début d'année N+1 des documents émanant du (ou des) établissement(s) précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 5 Résiliation de l'OPTAM

Article 5.1. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à l'OPTAM par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Article 5.2. Modalités de résiliation par la caisse

A/ Résiliation pour non-respect des engagements

La caisse qui, à l'issue de l'année civile considérée, constate le non-respect par un médecin de ses engagements, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit comporter l'ensemble des anomalies constatées et les différentes étapes de la procédure décrite ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux 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, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

Le cas échéant, à l'issue de ce délai, la caisse notifie au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

Le cas échéant, la caisse engage, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année ; lorsque le non-respect est strictement supérieur à 10 points, la récupération des sommes versées est systématiquement engagée simultanément à la résiliation.

B/ Résiliation pour absence de signature du médecin de l'avenant prévu à l'article 41

La caisse qui constate l'absence de signature du médecin de l'avenant, dans un délai de deux mois suivant l'envoi par la caisse de la proposition d'avenant à son option, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit constater l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux 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, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. Par ailleurs, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes versées (modificateurs notamment), pour la période entre l'envoi de notifications d'avenant et la résiliation de l'option.

Le praticien
Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

Annexe 15 – Dispositions transitoire pour les Options tarifaires OPTAM et OPTAM-ACO

Les options souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 et reconduite par le règlement arbitral approuvé le 28 avril 2023 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogées jusqu'au 31 décembre 2024, selon les dispositions figurant dans la présente annexe.

À compter du 1^{er} janvier 2025, il est proposé aux médecins adhérents aux options tarifaires (OPTAM et OPTAM-CO) prévues par la convention médicale de 2016 précitée, d'adhérer à l'une des nouvelles options pratiques tarifaires maîtrisées définies à l'article 41 et suivants de la présente convention, en signant un avenant aux options tarifaires conforme aux modèles définis en annexe 14, en fonction de leur spécialité d'exercice. Les médecins concernés ont la possibilité de refuser la signature d'un tel avenant dans un délai de deux mois à compter de la proposition d'avenant.

Les médecins peuvent adhérer aux options tarifaires (OPTAM et OPTAM-CO) telles que définies dans la convention de 2016 reconduite par le règlement arbitral approuvé le 28 avril 2023 jusqu'au 31 décembre 2024.

Aucune adhésion aux options tarifaires issues de la convention de 2016 précitée n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2025.

Sous-titre 1. Dispositions relatives aux options tarifaires OPTAM

Article 1. Les médecins éligibles à l'option (OPTAM)

L'option est ouverte à tous les médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 13 de la présente convention,
- les médecins titulaires des titres permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 41 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, l'OPTAM n'est pas cumulable avec l'OPTAM-CO.

Article 2. Les engagements de l'OPTAM

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Article 2.1 Engagements du médecin dans l'OPTAM

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement constatés au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini supra. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini au sous titre 3 de la présente annexe, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en sous titre 3 de la présente annexe.

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 11 de la convention n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO, définie au sous-titre 2 de la présente annexe, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est fixé à 11,5%. Toutefois, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20% lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ou pris en charge en urgence dans les conditions définies par la convention.

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :

Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité, tel que défini à l'annexe 12 de la présente convention.

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements

Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies à l'article 5 du présent sous-titre bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 3. Avenant à l'OPTAM

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions du sous-titre 3 de la présente annexe.

Article 4. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 2.1 du présent sous-titre, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure au sous-titre 4 de la présente annexe qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles

précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 établi conformément aux dispositions de l'article 2.1 du présent sous-titre.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 6.2 du présent sous-titre, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM Co, pour la durée de la présente convention.

Article 5. Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin adhérent mensuellement sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

À l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 6. Modalités de résiliation de l'OPTAM

Article 6.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option. Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option. Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 6.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 5 du présent sous-titre, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 3, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 ou par la commission paritaire locale, avec une possibilité d'appel en CPN. À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année.

Sous-titre 2. Dispositions relatives aux options tarifaires OPTAM-CO

Article 1. Les médecins éligibles à l'option tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 12,
- les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Pour les médecins, nouvellement installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-CO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM, dans les conditions définies au sous-titre 1 de la présente annexe.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM définie au sous-titre 1 de la présente annexe.

Article 2. Engagements du médecin dans l'OPTAM-CO

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement moyen constatés au cours des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Par ailleurs, le médecin qui n'était pas antérieurement adhérent au contrat d'accès aux soins est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini au sous-titre 3 de la présente annexe, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies au sous-titre 2 de la présente annexe.

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent l'article, à l'exception des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, des chirurgiens infantiles, des neurochirurgiens pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 11 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 3. Engagement de l'assurance maladie dans l'OPTAM-CO

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, les parties signataires souhaitent que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20% pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 4. Avenant à l'OPTAM-CO

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions du sous-titre 3 de la présente annexe.

Article 5. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM-CO

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 2 du présent sous-titre, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure au sous-titre 5 de la présente annexe qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention établie médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 conformément aux dispositions de l'article 2 du présent sous-titre.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option (OPTAM-CO) est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 7.2, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM Co ou OPTAM.

Article 6. Modalités de suivi des engagements dans l'OPTAM-CO

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 7. Modalités de résiliation de l'OPTAM-CO

Article 7.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 7.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 6 du présent sous-titre, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 4 du présent sous-titre, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 ou par la commission paritaire locale, avec une possibilité d'appel en CPN. À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'OPTAM-CO au titre de la dernière année.

Sous-titre 3 : OPTAM et OPTAM-CO – Modalités de calcul des engagements

Article 1 Modalités de calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, le calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable est réalisé au regard de l'activité sur la période de référence, soit les 3 années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Si le médecin n'a pas d'activité au titre de l'année civile précédant l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016, il est fait application de la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarifs opposables constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au premier alinéa du présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu.

Le taux de dépassement constaté sur les 3 années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 est défini comme la moyenne du rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour chacune des 3 années. L'ensemble des rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires remboursables (rémunération médecin traitant, rémunération sur objectif de santé publique, rémunération forfaitaire pour les astreintes et la régulation, etc.).

Article 2 Taux de dépassement et taux d'activité à tarif opposable recalculés

Pour les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins antérieurement à leur adhésion aux options tarifaires maîtrisées, le taux de dépassement et le taux d'activité à tarif opposable constatés sur les trois années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 sont recalculés sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter ces taux recalculés.

Article 3 Avenant à l'option en cas de hausse des tarifs de remboursement des actes pendant la durée de l'option

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui tout en réduisant leur taux de dépassement doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérent dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre les patients et les médecins adhérant à l'option.

Sous titre 4. Contrat OPTAM issu de la convention médicale 2016

OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM)

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-1 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

- département :
- adresse :
- représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le praticien :

- nom, prénom
- spécialité :
- inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
- numéro RPPS :
- numéro AM :
- adresse professionnelle ;,

Une option pratique tarifaire maitrisée (OPTAM).

Article 1 Champ de l'OPTAM

Article 1.1. Objet de l'option

Cette option vise à améliorer l'accès aux soins et la pratique de l'activité à tarif opposable par la mise en place d'avantages conventionnels au profit des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui s'engagent dans la maitrise de leurs dépassements d'honoraires.

Cette option a également pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie des actes réalisés par les médecins qui y souscrivent.

Ainsi, l'assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant à cette option des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 1.2. Bénéficiaires

La présente option est ouverte aux médecins libéraux conventionnés quelle que soit leur spécialité d'exercice.

Peuvent adhérer à l'option les médecins :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents en application des articles 13 et 14 de la convention médicale,
- titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le secteur à honoraires différents,
- titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option.

Pour un même médecin, l'adhésion à la présente option n'est pas cumulable avec une adhésion à l'OPTAM-CO définie à l'annexe 15 de la convention médicale.

Article 2 Engagements des parties dans l'OPTAM

Article 2.1. Engagements du praticien

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables constaté ainsi que le taux de dépassement constaté au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au 1er alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini précédemment, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies au sous-titre 3 de l'annexe 15 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Article 2.1.1 Fixation des engagements

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement installés et disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Ces taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de sa pratique tarifaire sur les trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Le taux de dépassement et le pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable sur lesquels s'engage le médecin sont des taux recalculés correspondant aux taux qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables. Le taux de dépassement recalculé ne doit pas être supérieur à 100%.

Pour les médecins nouvellement installés et ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention,

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention peuvent adhérer à l'option.

Les taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifaire maîtrisée sur la période de référence définie à l'article 2.1 de la présente option, de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.

Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leur taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence. Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins sont fixés en tenant compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Pour les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14, n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaires du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013.

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement du médecin ne peuvent être supérieurs à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 2.1 du présent contrat, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-

vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.

La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 2.1.2 Evolution des engagements du praticien en cas de revalorisations des tarifs opposables

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin.

Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursements modifiés conformément aux dispositions de du sous-titre 3 de l'annexe 15 de la convention médicale.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérant à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois pour signer l'avenant à compter de sa réception.

En l'absence de signature de l'avenant à l'issue de ce délai, la caisse informe le médecin du constat de cette absence de signature et met en œuvre les dispositions définies à l'article 5.2 de la présente option.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie

Article 2.2.1 Alignement des tarifs opposables sur les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables

Les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Ils bénéficient des majorations conventionnelles et de la nomenclature générales des actes et prestations ainsi que des tarifs de la CCAM applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Les médecins adhérant à l'option bénéficient des revalorisations tarifaires applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO définie au sous-titre 2 de l'annexe 15 de la convention ayant adhéré à la présente option OPTAM bénéficient de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale fixée à hauteur de 11,5%. Toutefois, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20% lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant

de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ou pris en charge en urgence.

Article 2.2.2 Amélioration du remboursement des patients

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 2.2.3 Rémunération spécifique de l'activité à tarif opposable

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée en appliquant un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques : maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.

Ce taux varie en fonction de chaque spécialité de la façon définie à l'annexe 12 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année n) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements dans l'option (en juillet de l'année n+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements :

Les médecins pour lequel un faible écart par leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définis à l'article 4 de la présente option bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 3 Durée de l'OPTAM

La présente option est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut s'opposer à la reconduction de l'option selon les modalités définies à l'article 5.1 de la présente option.

Article 4 Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires.

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Ameli Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 5 de la présente option.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés lui est présenté via AmeliPro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

À l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option par le praticien.

Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année n sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année n et liquidés à la date du 31 mars de l'année n+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit à sa caisse en début d'année n+1 des documents émanant du (ou des) établissement(s) précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 5 Résiliation de l'OPTAM

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du praticien

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec accusé de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

La caisse qui, dans les conditions définies à l'article 4 de la présente option, constate à l'issue de chaque année civile, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 2.1.2 de la présente option l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 ou par la commission paritaire locale (CPL) définie à l'article 99 de la convention médicale, avec une possibilité d'appel en commission paritaire nationale (CPN) définie à l'article 99 de la convention médicale.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option définis à l'article 2.2.3 de la présente option.

La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année.

En cas de résiliation de l'option par la caisse dans les conditions définies au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM CO, pour la durée de la convention.

Le praticien

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

Sous titre 5. Contrat OPTAM-CO issu de la convention médicale 2016

OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (OPTAM-CO)

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

- département :
- adresse :
- représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le praticien :

- nom, prénom
- spécialité :
- inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
- numéro RPPS :
- numéro AM :
- adresse professionnelle ;,

Une option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Article 1 Champ de l'OPTAM-CO

Article 1.1. Objet de l'option

Cette option vise à améliorer l'accès aux soins et la pratique de l'activité à tarif opposable par la mise en place d'avantages conventionnels au profit des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui s'engagent dans la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires.

Cette option a également pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie des actes réalisés par les médecins qui y souscrivent.

Ainsi, l'Assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant à cette option des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 1.2. Bénéficiaires

La présente option est ouverte aux médecins libéraux exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et ayant réalisés au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option les médecins libéraux conventionnés :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents en application des articles 13 et 14 de la convention médicale,
- titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le secteur à honoraires différents,
- titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'OPTAM-CO.

Pour les médecins nouvellement installés dans une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés prévu au 1er alinéa du présent article ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, l'OPTAM-CO ou l'OPTAM définies aux sous-titres 1 et 2 de l'annexe 15 de la convention médicale.

Pour un même médecin l'adhésion à l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM.

Article 2 Engagements des parties dans l'OPTAM-CO

Article 2.1. Engagements du médecin

Le médecin s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables, ainsi que le taux de dépassement moyen constaté au cours des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au 1er alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé supérieur à 100 %. Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en au sous-titre 3 de l'annexe 15 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au 1er alinéa du présent article.

Article 2.1.1 Fixation des engagements

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement installé et disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Ces taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de sa pratique tarifaire sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Le taux de dépassement sur lequel s'engage le médecin est un taux de dépassement et un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable recalculés correspondant aux taux qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables. Le taux de dépassement recalculé ne peut pas être supérieur à 100 %.

Pour les médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 peuvent adhérer à l'option.

Le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 2.1 de la présente option, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile, de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou en structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Par dérogation les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les trois années civiles précédant l'année

de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère individuellement à l'option.

Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, sont fixés en tenant compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016 et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Pour les médecins titulaires des titres visés aux articles 13 et 14 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables antérieurement au 1er janvier 2013

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement applicables à ces médecins ne peuvent être supérieurs à la moyenne, pondérée par les effectifs, du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie l'article 2.1 de la présente option, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile, de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.

La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 2.1.2 Evolution des engagements du praticien en cas de revalorisations des tarifs opposables

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin.

Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions du sous-titre 3 de l'annexe 15 de la convention médicale.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérant à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.

Le médecin dispose d'un délai de 2 mois pour signer l'avenant à compter de sa réception.

En l'absence de signature de l'avenant à l'issue de ce délai, la caisse informe le médecin du constat de cette absence de signature et met en œuvre les dispositions définies à l'article 5.2 de la présente option.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie

Article 2.2.1 Alignement des tarifs opposables sur les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables

Les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Ils bénéficient des majorations conventionnelles et de la nomenclature générale des actes et prestations ainsi que des tarifs de la CCAM applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Les médecins adhérant à l'option bénéficient des revalorisations tarifaires applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20%. En effet, les parties signataires de la convention médicale ont souhaité que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements défini dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20 % pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2.2.2 Amélioration du remboursement des patients

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 3 Durée de l'OPTAM-CO

La présente option est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut s'opposer à la reconduction de l'option selon les modalités définies à l'article 5.1.

Article 4 Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM-CO

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires.

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Ameli Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 5.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés lui est présenté via AmeliPro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

À l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'Assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option par le médecin.

Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année n sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année n et liquidés à la date du 31 mars de l'année n+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit à sa caisse en début d'année n+1 des documents émanant du (ou des) établissement(s) précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 5 Résiliation de l'OPTAM-CO

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du praticien

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

La caisse qui, dans les conditions définies à l'article 4 de la présente option, constate à l'issue de chaque année civile, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 2.1.2 de la présente option l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 ou demandé à être entendu par la commission paritaire locale (CPL) définie à l'article 99 de la convention médicale, avec une possibilité d'appel en commission paritaire nationale (CPN) définie à l'article 99 de la convention médicale.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages de l'option.

La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respectés de façon manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année.

En cas de résiliation de l'option par la caisse dans les conditions définies au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM-Co ou OPTAM, pour la durée de la convention.

Le praticien

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

Annexe 16 – Transposition convention dentaire

Section 1 – Devis pour les traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe (Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Page 1k

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom :
 Identifiant du praticien RPPS [] N°Adeli [] ou
 N° de l'établissement (FINESS) : []
 Raison sociale et adresse :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance: - / - / - - -
 N° de Sécurité sociale du patient :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhérent :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Date du devis: - / - / - - -

Valable jusqu'à (sous réserve de modification réglementaire): - / - / - - -

Ce devis contient ... pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical : - au sein de l'Union Européenne - hors Union Européenne

- sans sous-traitance du fabricant - avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : - au sein de l'Union Européenne - hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature,

**	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9893 2016
**	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
Panier Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS [] N°Adeli [] ou
 N° de l'établissement (FINESS) : []

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance: - / - / - - -
 N° de Sécurité sociale du patient :

Page 2k

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NG, AP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
TOTAL € (des actes envisagés)											

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée et st donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NG, AP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NG, AP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
 Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste ou le médecin habilité à pratiquer l'art dentaire en fin de traitement.

Section 2 – Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	

Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémedecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

Annexe 2

ASA PS Classification** (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

** disponible à: www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system »

Section 3 – Liste des actes ouverts au modificateur 9 au profit de la génération sans carie

Codes CCAM	Libellés
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

Section 4 – Liste des actes ouverts au modificateur N

Codes CCAM	Libellés
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire

HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux

Section 5 – Liste des soins complémentaires pris en charge au titre du dispositif d'examen bucco-dentaire et du bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

Section 6 – Montant maximal des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l’article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

Applicable sous réserve des dispositions de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale

Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins C2S et montants maximaux pris en charge

(a) Ne concerne que la facturation aux patients C2S

Article 1 : montant maximal des dépassements en vigueur pour les actes C2S ne figurant pas dans le panier sans reste à charge du dispositif 100% santé

CodeActe	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,5	1490,5	2114
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	745,25	1057
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,5	1290,5	1785
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,5	513,5	750
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,5	362,5	556
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,5	570,5	850
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301	549	850
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258	492	750
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215	500	715
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,5	21,12	343,62
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258	16,9	274,9
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129	8,45	137,45

YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387	25,35	412,35
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,5	29,57	481,07
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,5	12,67	206,17
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,5	637	916,5
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	FDC	279,5	803,28	1082,78
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	FDC	279,5	956,26	1235,76
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	FDC	100	150	250
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	FDR	38,7	46,3	85
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	42,75	75
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	56,95	115
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129	21	150
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43	27	70
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215	15	230
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,1	88,9	205
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86	24	110
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	85,35	195

HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,4	67,6	145
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,5	60,5	125
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	64,05	135
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	92,45	215
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301	9	310
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172	18	190
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,3	74,7	165
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258	12	270
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344	6	350
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,2	81,8	185
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	71,15	155
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,6	53,4	105
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	78,25	175
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387	3	390
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	49,85	95
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	FDC	38,7	1,5	40,2
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	430		430
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	473		473
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	516		516
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	559		559
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	602		602

Orthopédie dento-faciale				
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :				
- sans multiattaches	FDO	193,5	139,5	333
Traitement des dysmorphoses :				
- sans multiattaches	FDO	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)	///	10,75		10,75
Contention après traitement orthodontique :				
– 1re année	///	161,25		161,25
– 2e année	///	107,50		107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	///	387,00		387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
– forfait annuel, par année	///	430,00		430,00
– en période d'attente	///	129,00		129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable,	FDO	193,50	187,62	381,12

Article 2 : montant maximal des dépassements en vigueur pour les actes C2S figurant également dans le panier sans reste à charge du dispositif 100% santé et alignement progressif entre 2025 et 2028 des tarifs des actes C2S sur les tarifs du panier sans reste à charge (RAC0)

Code Acte	Co di fica tion (a)	Tarifs en vigueur (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximu m proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximu m proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximu m proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximu m proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximu m proposition (2)
HBLD031	FD A	182,75	646,50	829,25	182,75	747,75	930,50	182,75	810,53	993,28	182,75	881,41	1064,16	182,75	950,25	1133,00
HBLD032	FD A	182,75	326,15	508,90	182,75	335,05	517,80	182,75	340,57	523,32	182,75	346,80	529,55	182,75	352,85	535,60
HBLD035	FD A	365,50	1318,75	1684,25	365,50	1547,00	1912,50	365,50	1688,52	2054,02	365,50	1848,30	2213,80	365,50	2003,50	2369,00
HBLD083	FD A	150,50	473,99	624,49	150,50	528,48	678,98	150,50	562,26	712,76	150,50	600,40	750,90	150,50	637,45	787,95
HBLD101	FD A	129,00	406,10	535,10	129,00	461,20	590,20	129,00	495,36	624,36	129,00	533,93	662,93	129,00	571,40	700,40
HBLD123	FD A	107,50	308,38	415,88	107,50	324,26	431,76	107,50	334,11	441,61	107,50	345,23	452,73	107,50	356,00	463,50
HBLD138	FD A	139,75	405,65	545,40	139,75	471,05	610,80	139,75	511,60	651,35	139,75	557,38	697,13	139,75	601,85	741,60
HBLD148	FD A	129,00	286,88	415,88	129,00	302,76	431,76	129,00	312,61	441,61	129,00	323,73	452,73	129,00	334,50	463,50
HBLD215	FD A	150,50	290,68	441,18	150,50	311,86	462,36	150,50	324,99	475,49	150,50	339,82	490,32	150,50	354,20	504,70
HBLD224	FD A	86,00	271,26	357,26	86,00	278,52	364,52	86,00	283,02	369,02	86,00	288,10	374,10	86,00	293,04	379,04

Code Acte	Co di fication (a)	Tarifs en vigueur (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD231	FD A	139,75	291,13	430,88	139,75	302,01	441,76	139,75	308,76	448,51	139,75	316,38	456,13	139,75	323,75	463,50
HBLD232	FD A	172,00	294,25	466,25	172,00	310,50	482,50	172,00	320,58	492,58	172,00	331,96	503,96	172,00	343,00	515,00
HBLD259	FD A	365,50	685,78	1051,28	365,50	737,06	1102,56	365,50	768,85	1134,35	365,50	804,75	1170,25	365,50	839,60	1205,10
HBLD262	FD A	161,25	282,50	443,75	161,25	306,25	467,50	161,25	320,98	482,23	161,25	337,61	498,86	161,25	353,75	515,00
HBLD270	FD A	118,25	297,63	415,88	118,25	313,51	431,76	118,25	323,36	441,61	118,25	334,48	452,73	118,25	345,25	463,50
HBLD349	FD A	172,00	474,38	646,38	172,00	550,76	722,76	172,00	598,12	770,12	172,00	651,59	823,59	172,00	703,50	875,50
HBLD364	FD A	64,50	212,56	277,06	64,50	214,62	279,12	64,50	215,90	280,40	64,50	217,34	281,84	64,50	218,75	283,25
HBLD370	FD A	161,25	472,25	633,50	161,25	535,75	697,00	161,25	575,12	736,37	161,25	619,57	780,82	161,25	662,75	824,00
HBLD371	FD A	96,75	268,75	365,50	96,75	284,25	381,00	96,75	293,86	390,61	96,75	304,71	401,46	96,75	315,25	412,00
HBLD476	FD A	75,25	237,08	312,33	75,25	239,41	314,66	75,25	240,85	316,10	75,25	242,48	317,73	75,25	244,05	319,30
YYYY176	FD A	21,50	11,13	32,63	21,50	20,85	42,35	21,50	26,88	48,38	21,50	33,68	55,18	21,50	40,30	61,80
YYYY246	FD A	64,50	23,09	87,59	64,50	41,96	106,46	64,50	53,66	118,16	64,50	66,87	131,37	64,50	79,70	144,20
YYYY275	FD A	43,00	17,12	60,12	43,00	31,42	74,42	43,00	40,29	83,29	43,00	50,30	93,30	43,00	60,00	103,00

Code Acte	Co di fication (a)	Tarifs en vigueur (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
YYYY389	FD A	129,00	28,16	157,16	129,00	47,87	176,87	129,00	60,09	189,09	129,00	73,89	202,89	129,00	87,30	216,30
YYYY426	FD A	107,50	28,36	135,86	107,50	49,68	157,18	107,50	62,90	170,40	107,50	77,82	185,32	107,50	92,32	199,82
YYYY478	FD A	86,00	26,50	112,50	86,00	47,37	133,37	86,00	60,31	146,31	86,00	74,92	160,92	86,00	89,10	175,10
HBLD033	FD C	279,50	507,20	786,70	279,50	543,67	823,17	279,50	566,28	845,78	279,50	591,81	871,31	279,50	616,60	896,10
HBLD038	FD C	120,00	142,18	262,18	120,00	154,36	274,36	120,00	161,91	281,91	120,00	170,44	290,44	120,00	178,70	298,70
HBLD073*	FD C							120,00	333,20	453,20	120,00	333,20	453,20	120,00	333,20	453,20
HBLD090	FD C	90,00	40,00	130,00	90,00	40,00	130,00	75,00	55,00	130,00	70,00	60,00	130,00	60,00	70,00	130,00
HBLD099*	FD C							279,50	1080,10	1359,60	279,50	1080,10	1359,60	279,50	1080,10	1359,60
HBLD350	FD C	120,00	293,30	413,30	120,00	306,60	426,60	120,00	314,85	434,85	120,00	324,16	444,16	120,00	333,20	453,20
HBLD490	FD C	10,00	35,45	45,45	10,00	40,90	50,90	10,00	44,28	54,28	10,00	48,10	58,10	10,00	51,80	61,80
HBLD634	FD C	120,00	331,25	451,25	120,00	352,50	472,50	120,00	365,68	485,68	120,00	380,56	500,56	120,00	395,00	515,00
HBLD680	FD C	120,00	331,25	451,25	120,00	352,50	472,50	120,00	365,68	485,68	120,00	380,56	500,56	120,00	395,00	515,00
HBLD745	FD C	90,00	40,00	130,00	90,00	40,00	130,00	75,00	55,00	130,00	70,00	60,00	130,00	60,00	70,00	130,00

Code Acte	Co di fication (a)	Tarifs en vigueur (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de respo n sabilité (1)	Dépasseme nt maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD785	FD C	279,50	1024,56	1304,06	279,50	1092,86	1372,36	279,50	1135,21	1414,71	279,50	1183,02	1462,52	279,50	1229,45	1508,95
HBKD140	FD R	120,40	101,25	221,65	120,40	102,90	223,30	120,40	103,92	224,32	120,40	105,08	225,48	120,40	106,20	226,60
HBKD212	FD R	68,80	62,18	130,98	68,80	63,16	131,96	68,80	63,77	132,57	68,80	64,46	133,26	68,80	65,10	133,90
HBKD213	FD R	103,20	88,23	191,43	103,20	89,66	192,86	103,20	90,55	193,75	103,20	91,55	194,75	103,20	92,50	195,70
HBKD244	FD R	137,60	114,28	251,88	137,60	116,16	253,76	137,60	117,33	254,93	137,60	118,65	256,25	137,60	119,90	257,50
HBKD300	FD R	51,60	49,15	100,75	51,60	49,90	101,50	51,60	50,37	101,97	51,60	50,90	102,50	51,60	51,40	103,00
HBKD396	FD R	17,20	25,68	42,88	17,20	28,56	45,76	17,20	30,35	47,55	17,20	32,37	49,57	17,20	34,30	51,50
HBKD431	FD R	34,40	38,70	73,10	34,40	41,80	76,20	34,40	43,72	78,12	34,40	45,89	80,29	34,40	48,00	82,40
HBKD462	FD R	86,00	75,20	161,20	86,00	76,40	162,40	86,00	77,14	163,14	86,00	77,98	163,98	86,00	78,80	164,80
HBMD017	FD R	21,50	64,14	85,64	21,50	64,78	86,28	21,50	65,18	86,68	21,50	65,63	87,13	21,50	66,05	87,55
HBMD020	FD R	21,50	55,35	76,85	21,50	57,20	78,70	21,50	58,35	79,85	21,50	59,65	81,15	21,50	60,90	82,40
HBMD114	FD R	32,25	81,15	113,40	32,25	84,55	116,80	32,25	86,66	118,91	32,25	89,04	121,29	32,25	91,35	123,60
HBMD134	FD R	150,50	373,40	523,90	150,50	377,30	527,80	150,50	379,72	530,22	150,50	382,45	532,95	150,50	385,10	535,60

Code Acte	Co dification (a)	Tarifs en vigueur (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBMD174	FD R	161,25	402,95	564,20	161,25	407,15	568,40	161,25	409,75	571,00	161,25	412,69	573,94	161,25	415,55	576,80
HBMD198	FD R	75,25	169,38	244,63	75,25	174,01	249,26	75,25	176,88	252,13	75,25	180,12	255,37	75,25	183,28	258,53
HBMD226	FD R	129,00	314,30	443,30	129,00	317,60	446,60	129,00	319,65	448,65	129,00	321,96	450,96	129,00	324,20	453,20
HBMD228	FD R	96,75	226,68	323,43	96,75	230,11	326,86	96,75	232,24	328,99	96,75	234,64	331,39	96,75	236,97	333,72
HBMD245	FD R	64,50	140,86	205,36	64,50	146,22	210,72	64,50	149,54	214,04	64,50	153,29	217,79	64,50	156,95	221,45
HBMD286	FD R	107,50	255,20	362,70	107,50	257,90	365,40	107,50	259,57	367,07	107,50	261,46	368,96	107,50	263,30	370,80
HBMD322	FD R	43,00	100,63	143,63	43,00	104,26	147,26	43,00	106,51	149,51	43,00	109,05	152,05	43,00	111,50	154,50
HBMD329	FD R	118,25	284,75	403,00	118,25	287,75	406,00	118,25	289,61	407,86	118,25	291,71	409,96	118,25	293,75	412,00
HBMD356	FD R	21,50	60,00	81,50	21,50	61,50	83,00	21,50	63,00	84,50	21,50	64,50	86,00	21,50	66,05	87,55
HBMD373	FD R	86,00	197,90	283,90	86,00	201,80	287,80	86,00	204,22	290,22	86,00	206,95	292,95	86,00	209,61	295,61
HBMD387	FD R	139,75	343,85	483,60	139,75	347,45	487,20	139,75	349,68	489,43	139,75	352,20	491,95	139,75	354,65	494,40
HBMD404	FD R	53,75	121,39	175,14	53,75	126,53	180,28	53,75	129,72	183,47	53,75	133,32	187,07	53,75	136,80	190,55
HBLD006*	FD C							30,00	120,00	150,00	30,00	120,00	150,00	30,00	120,00	150,00

* à partir du 1^{er} janvier 2026

Section 7 – Répartition des actes à entente directe (dépassements d'honoraires) entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'entente direct est limitée et les actes pour lesquels l'entente directe est libre

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge :

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD090	175,00	150,00	140,00	130,00
HBLD073		453,20	453,20	453,20
HBLD099		1359,60	1359,60	1359,60
HBLD490	60,00	61,80	61,80	61,80
HBLD038	290,00	298,70	298,70	298,70
HBLD634	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD350	440,00	453,20	453,20	453,20
HBLD680	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD364	275,00	283,25	283,25	283,25
HBLD476	310,00	319,30	319,30	319,30
HBLD224	368,00	379,04	379,04	379,04
HBLD371	400,00	412,00	412,00	412,00
HBLD123	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD270	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD148	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD231	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD215	490,00	504,70	504,70	504,70
HBLD262	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD232	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD032	520,00	535,60	535,60	535,60
HBLD259	1170,00	1205,10	1205,10	1205,10
HBLD101	680,00	700,40	700,40	700,40
HBLD138	720,00	741,60	741,60	741,60
HBLD083	765,00	787,95	787,95	787,95
HBLD370	800,00	824,00	824,00	824,00
HBLD349	850,00	875,50	875,50	875,50
HBLD031	1100,00	1133,00	1133,00	1133,00
HBLD035	2300,00	2369,00	2369,00	2369,00
HBLD033	870,00	896,10	896,10	896,10
HBLD785	1465,00	1508,95	1508,95	1508,95
HBMD017	85,00	87,55	87,55	87,55
HBMD114	120,00	123,60	123,60	123,60
HBMD322	150,00	154,50	154,50	154,50
HBMD404	185,00	190,55	190,55	190,55

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBMD245	215,00	221,45	221,45	221,45
HBMD198	251,00	258,53	258,53	258,53
HBMD373	287,00	295,61	295,61	295,61
HBMD228	324,00	333,72	333,72	333,72
HBMD286	360,00	370,80	370,80	370,80
HBMD329	400,00	412,00	412,00	412,00
HBMD226	440,00	453,20	453,20	453,20
HBMD387	480,00	494,40	494,40	494,40
HBMD134	520,00	535,60	535,60	535,60
HBMD174	560,00	576,80	576,80	576,80
HBKD396	50,00	51,50	51,50	51,50
HBKD431	80,00	82,40	82,40	82,40
HBKD300	100,00	103,00	103,00	103,00
HBKD212	130,00	133,90	133,90	133,90
HBKD462	160,00	164,80	164,80	164,80
HBKD213	190,00	195,70	195,70	195,70
HBKD140	220,00	226,60	226,60	226,60
HBKD244	250,00	257,50	257,50	257,50
HBMD020	80,00	82,40	82,40	82,40
HBMD356	85,00	87,55	87,55	87,55
YYYY176	60,00	61,80	61,80	61,80
YYYY275	100,00	103,00	103,00	103,00
YYYY246	140,00	144,20	144,20	144,20
YYYY478	170,00	175,10	175,10	175,10
YYYY426	194,00	199,82	199,82	199,82
YYYY389	210,00	216,30	216,30	216,30

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée :

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD745	175	150	140	130
HBLD006		150	150	150
HBLD073	440			
HBMD351	350	360,5	360,5	360,5
HBLD724	60	61,8	61,8	61,8
HBLD491	550	566,5	566,5	566,5
HBLD158	550	566,5	566,5	566,5
HBLD131	1100	1133	1133	1133
HBLD332	1200	1236	1236	1236
HBLD452	1240	1277,2	1277,2	1277,2

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD474	1281	1319,43	1319,43	1319,43
HBLD075	1315	1354,45	1354,45	1354,45
HBLD470	1365	1405,95	1405,95	1405,95
HBLD435	1400	1442	1442	1442
HBLD079	1430	1472,9	1472,9	1472,9
HBLD203	1450	1493,5	1493,5	1493,5
HBLD112	1500	1545	1545	1545
HBLD308	1520	1565,6	1565,6	1565,6
HBLD047	1600	1648	1648	1648
HBLD046	3600	3708	3708	3708
HBLD048	2800	2884	2884	2884
HBLD040	1170	1205,1	1205,1	1205,1
HBLD043	1635	1684,05	1684,05	1684,05
HBLD227	1635	1684,05	1684,05	1684,05
HBMD249	150	154,5	154,5	154,5
HBMD292	210	216,3	216,3	216,3
HBMD188	290	298,7	298,7	298,7
HBMD432	350	360,5	360,5	360,5
HBMD283	417	429,51	429,51	429,51
HBMD439	456	469,68	469,68	469,68
HBMD425	500	515	515	515
HBMD444	550	566,5	566,5	566,5
HBMD485	600	618	618	618
HBMD410	650	669,5	669,5	669,5
HBMD429	700	721	721	721
HBMD281	750	772,5	772,5	772,5
HBMD200	800	824	824	824
HBMD298	875	901,25	901,25	901,25
HBMD008	121	124,63	124,63	124,63
HBMD002	145	149,35	149,35	149,35
HBMD488	184	189,52	189,52	189,52
HBMD469	225	231,75	231,75	231,75
HBMD110	250	257,5	257,5	257,5
HBMD349	280	288,4	288,4	288,4
HBMD386	300	309	309	309
HBMD339	325	334,75	334,75	334,75
HBMD459	350	360,5	360,5	360,5
HBMD438	375	386,25	386,25	386,25
HBMD481	400	412	412	412
HBMD449	420	432,6	432,6	432,6
HBMD312	430	442,9	442,9	442,9
HBMD289	440	453,2	453,2	453,2

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBMD400	450	463,5	463,5	463,5
LBLD017	280	288,4	288,4	288,4
YYYY159	100	103	103	103
YYYY329	200	206	206	206
YYYY258	300	309	309	309
YYYY259	392	403,76	403,76	403,76
YYYY440	470	484,1	484,1	484,1
YYYY447	540	556,2	556,2	556,2
YYYY142	635	654,05	654,05	654,05
YYYY158	702	723,06	723,06	723,06
YYYY476	750	772,5	772,5	772,5
YYYY079	810	834,3	834,3	834,3
YYYY184	840	865,2	865,2	865,2
YYYY284	860	885,8	885,8	885,8
YYYY236	880	906,4	906,4	906,4
YYYY353	900	927	927	927

Liste des actes pour lesquels l'entente directe reste libre :

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBLD425*	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (zircone ou hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique (zircone ou hors zircone)
HBLD426**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques hors zircone et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « tarif libre » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042 Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux(HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux(HBLD318) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radulaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire

*acte supprimé à compter du 31 décembre 2025.

**acte ajouté à compter du 1er janvier 2026.

Annexe 17 - Objectifs collectifs associés aux engagements d'accès aux soins

Ces objectifs sont collectifs et seront suivis dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins

Engagement conventionnel	Objectif conventionnel
Réduire au maximum la part de patients en ALD sans médecin traitant	Stabilisation de la part de patients en ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de 2 % dès 2025
Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale	Augmentation du nombre de médecins primo-installés en médecine générale de 5 % par an
Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du médecin généraliste et la file active moyenne des médecins libéraux	Augmentation de la patientèle médecin traitant moyenne du MG de 2 % par an
	Augmentation de la file active moyenne des médecins libéraux de 2 % par an
Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes	Raccourcissement du délai moyen d'accès aux spécialistes. L'objectif chiffré attendu sera fixé avant le 31 décembre 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'Etat et présenté aux partenaires conventionnels.
Augmenter le nombre de contrats d'assistants médicaux pour atteindre pour libérer du temps médical	Augmentation du nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et de 10 % par an à compter de 2026, sur la base du nombre de contrats signés au 1 ^{er} janvier 2024
Augmenter le nombre de médecins affiliés à l'OPTAM pour maîtriser le reste à charge des patients	Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de 5 % par an
Augmenter le nombre d'installations de médecins dans les zones sous dotée	Augmenter l'installation des médecins dans les zones sous dotée de 7 % par an

Poursuivre l'augmentation de la couverture du territoire par la PDSA et le SAS	Atteindre 100 % de couverture territoriale par la PDSA et le SAS
Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	Réduire les taux de non recours aux soins des patients en situation de handicap de 2 % par an

Annexe 18 - Intéressement

Article 1 : Les modalités de versement de l'intéressement

Le dispositif prévoit un seuil minimal d'activation et maximal d'intéressement par médecin :

- un montant d'intéressement annuel minimal de 50 € pour le dispositif d'intéressement biosimilaires ;
- un montant d'intéressement annuel minimal de 50 € pour le dispositif d'intéressement IPP et OAM ;
- un plafond annuel de 7 000€ pour le dispositif d'intéressement biosimilaires toutes molécules confondues.

Article 2 : Le suivi des dispositifs d'intéressement des médecins libéraux

L'Assurance maladie s'engage à mettre à disposition des médecins concernés, un suivi de leurs données de prescriptions dans le cadre de ces dispositifs, via amelipro.

Article 3 : Intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires

Dispositif d'intéressement

L'objectif du dispositif est de valoriser l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux, par :

- l'augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient qui n'a eu aucune prescription de ce médicament dans les 12 mois qui précèdent l'initiation de traitement, que ce soit en médicament biosimilaire ou médicament bioréférent ;
- l'augmentation des « switches » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient auquel était antérieurement prescrit le médicament biologique de référence et qui est confirmée par au moins 3 délivrances consécutives d'un médicament biosimilaire (le même ou du même groupe biologique similaire).

Les molécules intégrées dans le dispositif

Les molécules sont intégrées au dispositif pour une durée d'un an. La première année de référence débute à la date d'entrée de la molécule dans le dispositif pour 12 mois glissants et jusqu'à la date anniversaire de son introduction.

Pour les médicaments à prescription restreinte, seules les spécialités autorisées à les prescrire sont éligibles à l'intéressement. Pour les autres molécules concernées, l'ensemble des médecins libéraux, quelle que soit leur spécialité, sont éligibles.

La liste des molécules concernées peut évoluer.

Les six molécules du tableau ci-après bénéficient de l'intéressement jusqu'aux dates prévues dans le tableau ci-après.

Molécule	Fin de l'intéressement
Etanercept	31/12/2024
Adalimumab	31/12/2024
Follitropine alpha	31/12/2024
Insuline asparte	31/12/2024
Enoxaparine	31/12/2024
Ranibizumab	31/12/2025

Les modalités de calcul de l'intéressement versé aux médecins prescripteurs

Le calcul de l'intéressement se fait par molécule indépendamment des autres.

Les résultats correspondants à chaque molécule sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie. Les données de référence pour le calcul sont prises en date de remboursement sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie.

L'intéressement, pour chaque molécule et pour un médecin donné, équivaut au nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement ou d'une prescription substituée en biosimilaire à l'initiative du professionnel de santé, multiplié par l'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient, auquel est appliqué une clé de répartition.

La clé de répartition est fixée comme suit pour le Ranibizumab et les futures molécules inscrites :

médecins libéraux	Assurance maladie
50 %	50 %

Pour les molécules bénéficiant d'un intéressement depuis 2022 et avec une fin d'intéressement au 31 décembre 2024, le partage est maintenu à 10 % pour les médecins libéraux et 90 % pour l'Assurance maladie.

Le détail du mode de calcul est précisé dans l'article 5.

Article 4 : Les modalités d'entrée et de sortie du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires

Entrée de nouvelles molécules dans le dispositif

Sont incluses dans le dispositif, les molécules qui répondent aux critères suivants :

- inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;
- prescrites par les médecins libéraux ;
- le taux de pénétration des médicaments biosimilaires présente une marge d'amélioration élevée caractérisée par une marge de progression d'au moins 5 points pour atteindre l'objectif de 80 % (en volume) du taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence (conformément au taux de 80 % visé dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé pour 2022) ;
- ne font pas l'objet de tout autre dispositif de rémunération en ville y compris auprès d'autres professionnels de santé ;

- ne sont pas inscrites sur la liste de substitution de l'ANSM.

En cas de commercialisation d'un médicament biosimilaire d'une molécule non incluse dans le dispositif, cette molécule sera intégrée au dispositif si elle répond aux critères de choix définis supra, dès lors que sa prescription est plus efficiente que celle du médicament biologique de référence.

L'intégration de la molécule concernée intervient au début du trimestre civil suivant la notification à la commission paritaire nationale de la commercialisation effective du médicament biosimilaire. Cette notification à la commission se fait après observation de facturations à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie.

Sortie des molécules du dispositif

Le dispositif prend fin automatiquement pour une molécule donnée à l'issue d'une période d'un an.

Article 5 : Dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires : modalités de calcul

Le calcul de l'intéressement se fait par molécule indépendamment des autres.

Les résultats correspondants à chaque molécule sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie.

Pour un médecin donné et pour une année a , l'intéressement pour chaque molécule se mesure comme ① le nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement ou d'un changement de prescription vers un biosimilaire à l'initiative du professionnel de santé, soit $(Nb\ Init_a + Nb\ Swit_a)$, multiplié par ② l'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient, soit *Eco annuelle sur un ttt_a* et multiplié par ③ la clé de répartition nommée k .

$$\text{Intéressement}_a = (Nb\ Init_a + Nb\ Swit_a) \times \text{Eco annuelle sur un ttt}_a \times k$$

Où a = année de référence

L'année de référence débute à la date d'entrée de la molécule dans le dispositif pour 12 mois glissants et jusqu'à la date anniversaire de son introduction.

① **Le nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation ou d'un switch** durant l'année de référence est comptabilisé à chaque date anniversaire de l'entrée de la molécule dans le dispositif.

② **L'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient** se mesure comme la différence entre le prix moyen d'une unité de molécule des médicaments bioréférents et celui des médicaments biosimilaires durant l'année de référence, multiplié par le nombre d'unités, en valeur médiane, délivrées annuellement pour le traitement d'un patient.

L'intéressement versé au médecin est ainsi fondé sur une année pleine d'économies réalisées sur le coût d'un traitement.

③ **La clé de répartition**, fixée conventionnellement à 50 % pour les médecins et 50 % pour l'Assurance Maladie

Le détail du mode de calcul est précisé dans un guide méthodologique mis à disposition sur ameli.fr.

Il ne peut y avoir qu'un seul paiement au titre d'une initiation par un médicament biosimilaire ou d'un switch vers un médicament biosimilaire pour un patient et un professionnel de santé donné sur la durée du dispositif.

Pour chaque molécule, est pris en compte l'ensemble des médicaments inscrits dans le groupe biologique similaire¹² correspondant, et commercialisés pendant l'année de référence (visible dans les bases de l'Assurance maladie).

¹² b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

Article 6 : Intéressement à la dé-prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

L'objectif du dispositif est de limiter la consommation d'IPP dans les situations jugées non pertinentes selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. L'intéressement permet de valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient dans le changement de pratique. En effet, la dé-prescription est un processus systématisé permettant d'identifier et d'arrêter des médicaments dans des situations où le risque existant ou potentiel de dommages est plus important que les bénéfices existants ou potentiels, pour un patient donné.

Dispositif d'intéressement

Conformément aux recommandations HAS, l'intéressement à la dé-prescription des IPP concernera les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

L'intéressement à la dé-prescription prévoit le partage, entre les médecins concernés et l'Assurance maladie, des économies générées par la mise en conformité des prescriptions d'IPP avec les indications médicales et les référentiels de bon usage pour cette classe thérapeutique.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage. Le dispositif pourra être renouvelé au regard des résultats après avis de la CPN.

Molécules incluses dans le dispositif

Sont incluses dans le dispositif toutes les molécules faisant partie de la classe thérapeutique des inhibiteurs de la Pompe à Protons (ATCAO2BC) qui répondent aux conditions suivantes :

- sont inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux et prescrites par les médecins libéraux ;
- ne font pas l'objet de tout autre dispositif de rémunération en ville y compris auprès d'autres professionnels de santé.

A la date de signature de la présente convention, les molécules IPP commercialisées et incluses dans le dispositif sont l'oméprazole, le pantoprazole, le lansoprazole, l'esoméprazole et le rabéprazole.

En cas de commercialisation d'une nouvelle molécule d'IPP non incluse dans le dispositif, et sous réserve qu'elle réponde aux critères d'inclusion, cette molécule sera automatiquement intégrée au dispositif pour le calcul de l'intéressement au bon usage des IPP.

Pour chaque molécule est pris en compte l'ensemble des médicaments commercialisés et répondant aux critères d'inclusion.

Les modalités de calcul de l'intéressement sur IPP

L'intéressement rétribue chaque médecin prescripteur pour les dé-prescriptions éligibles au cours de la période de référence.

Le calcul de l'intéressement se fait en additionnant l'intéressement généré par :

- la dé-prescription d'IPP lorsqu'il est associé à un AINS chez l'adulte de moins de 65 ans ;
- la dé-prescription d'IPP lorsqu'il est délivré depuis plus de 8 semaines chez le patient d'au moins 65 ans.

Il est calculé à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur les 12 mois de l'année de référence et sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie.

La clé de répartition est fixée comme suit :

médecins libéraux	Assurance maladie
20 %	80 %

Article 7 : Dispositif d'intéressement à la dé-prescription des IPP : modalités de calcul

Le calcul de l'intéressement se fait en additionnant l'intéressement généré par les dé-prescriptions dans les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

Il est calculé à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur les 12 mois de l'année de référence et sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie.

Chaque année, l'intéressement pour un médecin donné et pour une année N se mesure comme :

① le différentiel du nombre de patients de moins de 65 ans traité par IPP associé à un AINS ($N_{IPP+AINS}$) entre les années N et N-1, multiplié par ② le coût moyen (c_1) sur l'année de référence d'un traitement pour un patient et multiplié par ③ la clé de répartition (k)

+

①^{Bis} le différentiel entre l'année N et N-1 du nombre de patients de 65 ans et plus sous IPP depuis plus de 8 semaines ($N_{>8}$), multiplié par ② le coût moyen c_2 sur l'année de référence d'un traitement pour un patient et multiplié par ③ la clé de répartition (k)

$$\begin{aligned} & (N_{IPP+AINS} \text{ de l'année N} - N_{IPP+AINS} \text{ de l'année N-1}) \times c_1 \times k \\ & + \\ & (N_{>8} \text{ de l'année N} - N_{>8} \text{ de l'année N-1}) \times c_2 \times k \end{aligned}$$

L'année de référence correspond à l'année civile précédente de l'année N, soit année N-1

① **Différentiel entre l'année N et N-1 du nombre de patients de moins de 65 ans sous IPP et AINS :**
Il est respectivement extrait des bases de données pour l'année N ainsi que pour l'année N-1 le nombre de patients uniques de moins de 65 ans pour lesquels il est retrouvé une facturation d'AINS associée à un IPP à une même date : il est ensuite soustrait le nombre de patient à l'année N-1 à celui retrouvé en année N.

①^{Bis} **le différentiel entre l'année N et N-1 du nombre de patients de 65 ans et plus sous IPP depuis plus de 8 semaines** : il est respectivement extrait des bases de données pour l'année N ainsi que pour l'année N-1 le nombre de patient d'au moins 65 ans pour lesquels il est retrouvé au moins 3 facturations consécutives d'IPP sur l'année : il est ensuite soustrait le nombre de patient à l'année N-1 à celui retrouvé en année N.

② **Le coût moyen d'un traitement pour un patient** :

- **Coût moyen^{C1}** : il s'agit pour l'année N du montant total remboursé en ville des IPP lorsqu'ils sont associés à un AINS chez les moins de 65 ans (seul le montant remboursé de l'IPP est comptabilisé) divisé par le nombre d'assurés de moins de 65 ans concernés ;
- **Coût moyen^{C2}** : il s'agit pour l'année N du montant total remboursé en ville des IPP lorsqu'ils sont délivrés à au moins trois reprises et de manière consécutive à des patients d'au moins 65 ans divisé par le nombre d'assurés de 65 ans et plus concernés.

③ **La clé de répartition k** est fixée conventionnellement selon le tableau présenté supra.

Les intéressements à la prescription de biosimilaires et à la baisse des prescriptions d'IPP non recommandées par la HAS sont versés au médecin libéral qui est à l'origine du changement de prescriptions.

Le détail du mode de calcul sera précisé dans le guide méthodologique mis à disposition sur ameli.fr.

Article 8 : Intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire

Dispositif d'intéressement proposé

Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) sont des dispositifs médicaux parfaitement indiqués dans certaines situations pour les patients atteints du syndrome d'apnée du sommeil. Seulement, d'après les recommandations scientifiques, une faible proportion des patients éligibles à ce traitement en bénéficie aujourd'hui car ils sont plutôt orientés vers des dispositifs de pression positive continue (PPC). La PPC ne correspond pas toujours au traitement le plus adapté pour les patients

Dans les situations où les recommandations de bonnes pratiques de la HAS privilégient les OAM, le dispositif d'intéressement vise à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient vers cette classe de dispositif médical.

Le dispositif prévoit le partage, entre les médecins prescripteurs et l'Assurance maladie, de dépenses évitées par une augmentation progressive des initiations des OAM.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage.

Dispositifs médicaux inclus dans le dispositif

Les OAM concernées par l'intéressement correspondent aux produits inscrits sur la LPP au titre II, chapitre 4 « Prothèses externes non orthopédiques », paragraphe F « Orthèses d'avancée mandibulaire (OAM » et pour lesquelles des remboursements sont visibles dans les bases d'Assurance maladie.

Les OAM temporaires, dont la durée d'utilisation est inférieure à 3 mois, sont exclues du dispositif.

Les modalités de calcul de l'intéressement versé aux médecins prescripteurs

Le dispositif d'intéressement tient compte de l'évolution des taux de pénétration des OAM. Le taux de pénétration cible permettant le déclenchement du dispositif est croissant selon les années, comme suit :

- un objectif collectif de 10 % d'initiations lors de la première année (N)
- un objectif collectif de 15 % d'initiations lors de la deuxième année (N+1)
- un objectif collectif de 20 % d'initiations lors de la troisième année (N+2)

L'intéressement se déclenche pour l'ensemble des médecins prescripteurs d'OAM lorsque ceux-ci ont atteint les taux de pénétration collectifs susmentionnés. Le montant total de l'intéressement sera réparti entre l'Assurance maladie et l'ensemble des prescripteurs d'OAM selon une clé de répartition fixée comme suit :

- 20 % réparti entre tous les prescripteurs d'OAM libéraux et 80 % pour l'Assurance maladie

Article 9 : Dispositif d'intéressement à l'initiation des OAM : modalités de calcul

Le dispositif prévoit le partage, entre les médecins prescripteurs et l'Assurance maladie, de dépenses évitées par une augmentation progressive des initiations des OAM.

Le taux d'initiation initial a été établi à l'aide des données de l'Assurance maladie pour l'ensemble des prescripteurs libéraux ayant prescrit au moins une OAM sur l'année de référence 2022. Le taux d'initiation collectif des OAM pour l'année de référence est de 7 % et se calcule comme suit :

$$\text{Taux d'initiation} = \text{N}_{\text{OAM initiées}} / \text{N}_{\text{OAM+PPC total}}$$

Une délivrance d'OAM est considérée comme une initiation de traitement, ainsi dès lors qu'un prescripteur prescrit une OAM et que le patient se voit délivrer une OAM cela sera considéré comme une initiation.

① Les dépenses évitées par une initiation d'OAM sont calculées en faisant une différence entre le cout moyen d'une initiation de PPC (sur un an) et le cout moyen d'une initiation d'OAM (x€).

Les dépenses évitées pour une année sont calculées en déduisant les dépenses évitées de l'année précédente.

$$\text{Dépenses évitées année N} = (\text{x€} \times \text{N}_{\text{OAM init.}}) - \text{Dépenses évitées années N-1}$$

①bis Le dispositif d'intéressement tient compte de l'évolution des taux de pénétration des OAM. Le taux de pénétration cible permettant le déclenchement du dispositif est croissant selon les années, comme suit :

- Un objectif collectif de 10 % d'initiations lors de la première année (N)
- Un objectif collectif de 15 % d'initiations lors de la deuxième année (N+1)
- Un objectif collectif de 20 % d'initiations lors de la troisième année (N+2)

② La clé de répartition est fixée conventionnellement selon les modalités suivantes :

- 20 % pour les médecins libéraux et 80 % pour l'Assurance maladie

Si le taux d'initiation collectif est atteint, chaque année, l'intéressement pour un médecin donné et pour une année N se mesure comme :

① Les dépenses évitées de l'année N multipliées par ② la clé de répartition (k) divisé par ③ l'ensemble des médecins libéraux prescrivant au moins une OAM pour une année N.

$$\text{Montant de l'intéressement} = \text{Dépenses évitées année N} \times k / \text{Nombre de médecins libéraux prescripteurs d'OAM}$$

Annexe 19 – Listes d’actes éligibles selon les modificateurs

Annexe 19-1 « Liste des actes de la CCAM éligibles au modificateur J »

AAFA001	AAFA002	AAFA003	AAFA004	AAFA005	AAFA006	AAFA007	AAFA008
AAJA001	AAJA002	AAJA003	AAJA004	AAJA005	AAJA006	AAJH001	AAJH002
AAJH003	AAJH004	AALA002	AALB001	AALB002	AANB001	ABCA001	ABCA002
ABCA003	ABCA004	ABCB001	ABCC001	ABFA001	ABFA002	ABFA003	ABFA004
ABFA005	ABFA006	ABFA007	ABFA008	ABFA009	ABFA010	ABFC001	ABFC002
ABGA002	ABJA001	ABJA002	ABJA003	ABJA004	ABJA005	ABJA006	ABJA007
ABJA008	ABJB001	ABLA001	ABLB001	ABLB002	ABLB003	ABMA002	ABMA003
ABSA001	ABSA002	ABSA003	ABSA004	ABSA005	ABSA006	ABSA007	ABSA008
ABSA009	ABSA010	ABSA011	ABSA012	ACFA001	ACFA002	ACFA003	ACFA004
ACFA005	ACFA006	ACFA007	ACFA008	ACFA009	ACFA010	ACFA011	ACFA012
ACFA013	ACFA014	ACFA015	ACFA016	ACFA018	ACFA019	ACFA020	ACFA022
ACFA023	ACFA024	ACFA025	ACFA026	ACFA027	ACFA028	ACFA029	ACHA001
ACHA002	ACHA003	ACHB001	ACHH001	ACHJ001	ACPA001	ACQP002	ADCA001
ADCA002	ADCA003	ADCA004	ADCA005	ADCA006	ADCA007	ADEA001	ADEA002
ADEA003	ADEA004	ADEA005	ADFA002	ADFA003	ADFA004	ADFA005	ADFA006
ADLA001	ADNH001	ADNH002	ADPA001	ADPA002	ADPA003	ADPA004	ADPA005
ADPA007	ADPA008	ADPA009	ADPA010	ADPA011	ADPA013	ADPA014	ADPA015
ADPA016	ADPA018	ADPA019	ADPA020	ADPA021	ADPA022	ADPA023	ADPA024
ADPC001	ADPC002	ADPC003	ADPC004	AEFA001	AEFA002	AEFA003	AEGA001
AEJA001	AEJA002	AEJA003	AEJA004	AEJA005	AELA001	AELA002	AELB001
AELB002	AENA001	AEPA001	AEPA002	AEPA004	AEPB001	AFCA001	AFCA002
AFCA003	AFCA004	AFFA001	AFFA002	AFFA003	AFFA004	AFFA005	AFFA006
AFFA007	AFFA008	AFFA009	AFFA010	AFFA011	AFJA001	AFJA002	AFJA003
AFJA004	AFJA005	AFPA001	AFSA001	AFSA002	AFSA003	AHCA001	AHCA002
AHCA003	AHCA004	AHCA005	AHCA006	AHCA007	AHCA008	AHCA009	AHCA010
AHCA011	AHCA012	AHCA013	AHCA014	AHCA015	AHCA016	AHCA017	AHCA018
AHCA019	AHCA020	AHCA021	AHCA022	AHCA023	AHEA001	AHEA002	AHEA003
AHEA004	AHEA005	AHEA006	AHEA007	AHEA008	AHEA009	AHEA010	AHEA011
AHEA012	AHEA013	AHEA014	AHEA015	AHEA016	AHEA017	AHEA018	AHFA001
AHFA002	AHFA003	AHFA004	AHFA005	AHFA007	AHFA008	AHFA010	AHFA011
AHFA012	AHLA003	AHLB018	AHPA001	AHPA002	AHPA003	AHPA004	AHPA005
AHPA006	AHPA007	AHPA008	AHPA009	AHPA010	AHPA011	AHPA012	AHPA013
AHPA014	AHPA015	AHPA016	AHPA017	AHPA018	AHPA019	AHPA020	AHPA021
AHPA022	AHPA023	AHPA024	AHPA025	AHPA026	AHPA027	AHPA028	AHPC001
AJFA001	AJFA002	AJFA003	AJFC001	AJFC002	AJNA001	AJNC001	AJNC002
BAAA001	BAAA002	BACA007	BADA001	BADA003	BADA005	BAEA002	BAEA003
BABA019	BAMA001	BAMA004	BAMA007	BAMA008	BAMA009	BAMA010	BAMA013
BAMA015	BAMA016	BAMA018	BASA001	BBFA001	BJCA001	BJDA001	BJDA002
BJEA001	BJEA002	BJMA001	BJMA002	BJMA003	BJMA004	BJMA005	BJMA006
BJMA007	BJMA008	BJMA009	BKBA001	BKFA001	BKFA003	BKFA004	BKLA001

BKLA003	CAEA001	CAEA002	CAEA003	CAFA001	CAFA002	CAFA003	CAFA004
CAFA005	CAFA007	CAFA008	CAFA009	CAFA010	CAFA011	CAMA001	CAMA004
CAMA005	CAMA006	CAMA007	CAMA008	CAMA009	CAMA011	CAMA013	CAMA015
CAMA016	CAMA017	CAMA018	CAMA019	CAMA021	CAMA022	CASA002	CBFA001
CBFA002	CBFA003	CBFA004	CBFA005	CBFA006	CBFA007	CBFA008	CBFA009
CBFA010	CBFA012	CBFA013	CBGA001	CBGA003	CBGD001	CBKA001	CBLA001
CBLA002	CBMA001	CBMA002	CBMA003	CBMA004	CBMA005	CBMA006	CBMA007
CBMA008	CBMA009	CBMA010	CBMA011	CBMD001	CBMD002	CBMD003	CBPA001
CBPA002	CBPA003	CBQA001	CCCA001	CCCA002	CCFA001	CCPA001	CCPA002
CCPA003	CCSA001	CDGA001	CDLA002	CDLA003	DAAA001	DAAA002	DAAA003
DACA001	DAFA001	DAFA002	DAFA003	DAFA005	DAFA006	DAFA007	DAFA008
DAFA009	DAFA010	DAGA001	DAGA002	DAMA003	DAMA005	DAPA001	DAPC001
DASA001	DASA002	DASA003	DASA004	DASA006	DASA007	DASA008	DASA009
DASA010	DASA011	DASA012	DASA013	DASA014	DBEA001	DBFA001	DBFA002
DBKA001	DBKA002	DBKA003	DBKA004	DBKA005	DBKA006	DBKA007	DBKA008
DBKA009	DBKA010	DBKA011	DBKA012	DBLA001	DBLA002	DBLA003	DBLA004
DBMA001	DBMA002	DBMA003	DBMA004	DBMA005	DBMA006	DBMA007	DBMA008
DBMA009	DBMA010	DBMA011	DBMA012	DBMA013	DBMA015	DBPA001	DBPA002
DBPA003	DBPA004	DBPA005	DBPA006	DBPA007	DCFA001	DCJA001	DCMA001
DCMC001	DDAA002	DDEA001	DDMA003	DDMA004	DDMA005	DDMA006	DDMA007
DDMA008	DDMA009	DDMA011	DDMA012	DDMA013	DDMA015	DDMA016	DDMA017
DDMA018	DDMA019	DDMA020	DDMA021	DDMA022	DDMA023	DDMA024	DDMA025
DDMA026	DDMA027	DDMA028	DDMA029	DDMA030	DDMA031	DDMA032	DDMA033
DDMA034	DDMA035	DDMA036	DDMA037	DDMA038	DDSA001	DDSA002	DEFA001
DEFA002	DEGA002	DELA001	DELA003	DELA004	DFAA002	DFAA003	DFAA004
DFAA005	DFBA001	DFCA001	DFCA002	DFCA003	DFCA004	DFCA005	DFCA006
DFCA007	DFCA008	DFCA009	DFCA010	DFEA001	DFFA001	DFFA002	DFFA003
DFFA004	DFGA001	DFGA002	DFGA003	DFGA004	DFMA001	DFMA003	DFMA004
DFMA006	DFMA008	DFMA010	DFMA011	DFMA012	DFSA001	DFSA002	DGAA002
DGAA003	DGAA004	DGAA005	DGAA006	DGAF005	DGAF008	DGCA001	DGCA002
DGCA003	DGCA004	DGCA005	DGCA006	DGCA007	DGCA008	DGCA009	DGCA010
DGCA011	DGCA012	DGCA013	DGCA014	DGCA015	DGCA016	DGCA017	DGCA018
DGCA019	DGCA020	DGCA021	DGCA022	DGCA023	DGCA024	DGCA025	DGCA026
DGCA027	DGCA028	DGCA029	DGCA030	DGCA031	DGCA032	DGDA001	DGFA001
DGFA002	DGFA003	DGFA004	DGFA005	DGFA007	DGFA008	DGFA009	DGFA010
DGFA011	DGFA012	DGFA013	DGFA014	DGFA015	DGFA016	DGFA017	DGFA018
DGFA019	DGFA020	DGGA001	DGGA002	DGGA003	DGGA004	DGKA001	DGKA002
DGKA003	DGKA004	DGKA005	DGKA006	DGKA007	DGKA008	DGKA009	DGKA010
DGKA011	DGKA012	DGKA013	DGKA014	DGKA015	DGKA016	DGKA017	DGKA018
DGKA019	DGKA020	DGKA021	DGKA022	DGKA023	DGKA024	DGKA025	DGKA026
DGKA027	DGKA028	DGKA029	DGKA209	DGKA263	DGKA268	DGKA698	DGLF001
DGLF002	DGLF003	DGLF005	DGLF012	DGMA001	DGMA002	DGMA005	DGMA009
DGMA010	DGMA011	DGMA012	DGPA001	DGPA005	DGPA008	DGPA010	DGPA012
DGPA013	DGPA014	DGPA016	DGPA017	DGPA018	DGPF001	DGPF002	DGSA001
DGSA002	DGSA003	DGSA004	DGSA005	DHAF002	DHAF003	DHAF004	DHCA001

DHCA002	DHCA003	DHCA004	DHFA001	DHFA002	DHFA003	DHFA004	DHFA005
DHFA006	DHFA007	DHGA001	DHGA002	DHNF006	DHPA001	DHPF003	DHSA001
DHSA002	DHSF001	DHSF002	DZMA001	DZMA002	DZMA003	DZMA004	DZMA005
DZMA006	DZMA007	DZMA009	DZMA010	DZMA011	DZMA012	DZSA001	DZSA002
EABA001	EACA001	EACA002	EACA003	EACA004	EACA005	EACA006	EACA007
EAF001	EAF002	EAF003	EAF004	EAF005	EAF006	EAF007	EAF008
EAF009	EASA001	EASA002	EBAA002	EBAF003	EBAF004	EBAF005	EBAF006
EBAF009	EBAF010	EBAF011	EBCA001	EBCA002	EBCA003	EBCA004	EBCA005
EBCA006	EBCA007	EBCA008	EBCA009	EBCA010	EBCA011	EBCA012	EBCA013
EBCA014	EBCA015	EBCA016	EBCA017	EBEA001	EBEA002	EBEA003	EBEA004
EBEA005	EBFA001	EBFA002	EBFA003	EBFA004	EBFA005	EBFA006	EBFA007
EBFA008	EBFA009	EBFA010	EBFA011	EBFA012	EBFA013	EBFA014	EBFA015
EBFA016	EBFA017	EBFA018	EBFA019	EBFA020	EBFA021	EBHA002	EBKA001
EBKA002	EBKA003	EBKA004	EBLA001	EBLA002	EBLA003	EBPA003	EBSA001
EBSA002	EBSA003	EBSA004	EBSA005	EBSA006	EBSA007	EBSA008	EBSA009
EBSA010	EBSA011	EBSA012	ECAF001	ECAF002	ECAF003	ECAF004	ECCA001
ECCA002	ECCA003	ECCA004	ECCA005	ECCA006	ECCA007	ECCA009	ECCA010
ECFA001	ECFA002	ECFA003	ECFA004	ECFA005	ECFA006	ECKA001	ECKA002
ECLF003	ECLF004	ECMA001	ECPA003	ECPF001	ECPF002	ECPF003	ECPF004
ECPF005	ECSA001	ECSA002	ECSA003	EDAA002	EDAA003	EDAF001	EDAF002
EDAF003	EDAF004	EDAF005	EDAF006	EDAF007	EDAF008	EDAF009	EDAF010
EDCA001	EDCA002	EDCA003	EDCA004	EDCA005	EDCC015	EDEA001	EDEA002
EDEA003	EDEA004	EDEA005	EDFA001	EDFA002	EDFA003	EDFA004	EDFA005
EDFA006	EDFA007	EDFA008	EDFA009	EDFA010	EDKA002	EDKA003	EDLA001
EDLF004	EDLF005	EDLF006	EDLF007	EDLF008	EDLF013	EDMA001	EDMA003
EDMA004	EDPA001	EDPA002	EDPA005	EDPF001	EDPF002	EDPF003	EDPF004
EDPF005	EDPF006	EDPF007	EDPF008	EDPF009	EDSA001	EDSA002	EDSA003
EDSD011	EEAA002	EEAF001	EEAF002	EEAF003	EEAF004	EEAF005	EEAF006
EECA001	EECA002	EECA003	EECA005	EECA006	EECA007	EECA008	EECA009
EECA010	EECA012	EEFA001	EEFA002	EEFA003	EEFA004	EEFA005	EEFA006
EEGA001	EEGA002	EEKA001	EELF002	EEPF001	EEPF002	EESA001	EFCA001
EFFA001	EFFA002	EFSA001	EGAF001	EGAF002	EGAF003	EGAF004	EGCA002
EGCA003	EGCA004	EGED001	EGFA001	EGFA002	EGFA003	EGFA004	EGFA006
EGFA008	EGFA009	EGFA010	EGFC001	EGPA001	EGPF001	EGSA001	EGSA002
EHAA001	EHCA001	EHCA002	EHCA003	EHCA004	EHCA005	EHCA006	EHCA007
EHCA008	EHCA009	EHCA010	EHFA001	EHLA001	EJBA001	EJCA001	EJCA002
EJCA003	EJEA001	EJFA002	EJFA004	EJFA006	EJFA007	EJGA001	EJGA002
EJGA003	EJSA001	EJSA003	EJSF032	EJSF418	EJSF771	EKLA001	EKSA001
EKSA002	ELCA003	ELCA004	ELGA001	ELSA001	ELSA002	ELSC001	EMLA001
EMMA001	EMPA001	EMSA001	EMSA002	ENAF001	ENAF002	ENCA001	ENFA001
ENFA004	ENFA005	ENFA006	ENFA007	ENFF001	EPCA001	EPCA002	EPFA001
EPFA004	EPLA002	EPLF004	EPMA001	EPMA002	EPPF001	EPPF003	EQGA001
EQGA002	EQLA001	EZAF001	EZAF002	EZBA001	EZBA002	EZBA003	EZCA002
EZCA003	EZCA004	EZFA001	EZFA002	EZFA003	EZFA004	EZGF001	EZMA001
EZMA002	EZMA003	EZMA004	EZPA001	EZPF003	EZPF004	EZQA001	EZSA001

HCFA005	HCFA006	HCFA007	HCFA008	HCFA009	HCFA010	HCFA011	HCFA012
HCFA013	HCGA002	HCGA003	HCGA109	HCGA130	HCGA223	HCGA374	HCNE083
HCSA001	HDAA002	HDAA003	HDCA001	HDFA001	HDFA002	HDFA003	HDFA004
HDFA005	HDFA006	HDFA007	HDFA008	HDFA009	HDFA010	HDFA011	HDFA012
HDFA013	HDFA014	HDFA015	HDFA016	HDFA017	HDFA018	HDFA019	HDFA020
HDFA021	HDFA022	HDGA001	HDJA001	HDJD001	HDJD002	HDMA006	HDMA007
HDMA008	HDMA009	HDMA010	HDPA001	HDPE001	HDPE002	HDSD002	HECA001
HECA002	HECA003	HECA004	HECA005	HECC001	HEDA001	HEFA001	HEFA002
HEFA003	HEFA004	HEFA005	HEFA006	HEFA007	HEFA008	HEFA009	HEFA010
HEFA011	HEFA012	HEFA013	HEFA014	HEFA015	HEFA016	HEFA017	HEFA018
HEFA019	HEFA020	HEFA021	HEFA022	HEFC001	HEFC002	HEFC003	HEMA001
HEMA002	HEMA003	HEMA004	HEMA005	HEMA006	HEMA007	HEMA008	HEMA009
HEPA001	HEPA002	HEPA003	HEPA004	HEPA005	HEPA006	HEPA007	HEPC001
HEPC002	HEPC003	HEPC004	HESA001	HESA002	HESA003	HESA004	HESA005
HESA006	HESA007	HESA008	HESA009	HESA010	HFCA001	HFCA002	HFCA003
HFCA004	HFCC001	HFCC002	HFCC003	HFCC022	HFDA001	HFDA002	HFDC001
HFDC002	HFFA001	HFFA002	HFFA003	HFFA004	HFFA005	HFFA006	HFFA007
HFFA008	HFFA009	HFFA010	HFFA011	HFFC001	HFFC002	HFFC003	HFFC004
HFFC012	HFFC017	HFFC018	HFKA001	HFKA002	HFKA001	HFMA001	HFMA003
HFMA004	HFMA005	HFMA007	HFMA008	HFMA009	HFMA010	HFMA011	HFMC001
HFMC003	HFMC004	HFMC006	HFMC007	HFMC008	HFPA001	HFPA002	HFPA003
HFPC001	HFSA001	HGAA002	HGAA003	HGAC010	HGCA001	HGCA002	HGCA003
HGCA005	HGCA006	HGCA007	HGCA008	HGCA009	HGCC003	HGCC015	HGCC026
HGCC027	HGCC031	HGEA001	HGEA003	HGEC001	HGEC009	HGFA001	HGFA003
HGFA004	HGFA005	HGFA006	HGFA007	HGFA008	HGFA009	HGFA010	HGFA011
HGFA012	HGFA013	HGFA014	HGFC001	HGFC002	HGFC014	HGFC016	HGFC021
HGLA001	HGMA001	HGMA002	HGMA003	HGMA005	HGPA001	HGPA002	HGPA003
HGPA004	HGPA005	HGPA006	HGPC005	HGPC006	HGPC015	HGSA001	HHAA002
HHCA001	HHCA002	HHCA003	HHCC001	HHCC007	HHCC011	HHFA001	HHFA002
HHFA003	HHFA004	HHFA005	HHFA006	HHFA008	HHFA009	HHFA010	HHFA011
HHFA014	HHFA016	HHFA017	HHFA018	HHFA020	HHFA021	HHFA022	HHFA023
HHFA024	HHFA025	HHFA026	HHFA027	HHFA028	HHFA029	HHFA030	HHFA031
HHFA032	HHFC040	HHFC296	HHMA002	HHMA003	HHMC001	HHMC005	HHPA001
HHPA002	HHPC001	HHPC002	HHSA001	HJBA001	HJCA001	HJCC001	HJCD001
HJCD002	HJDA001	HJDC001	HJEA001	HJEA002	HJEA003	HJEA004	HJFA001
HJFA002	HJFA003	HJFA004	HJFA005	HJFA006	HJFA007	HJFA008	HJFA009
HJFA010	HJFA011	HJFA012	HJFA013	HJFA014	HJFA015	HJFA016	HJFA017
HJFA018	HJFA019	HJFA020	HJFC001	HJFC002	HJFC003	HJFC023	HJFC031
HJFD001	HJFD002	HJFD003	HJFD004	HJFD005	HJJA001	HJMA001	HJMA002
HJPA001	HJSA001	HKCA001	HKCA002	HKCA003	HKCA005	HKEA001	HKFA005
HKFA006	HKFA007	HKFA009	HKGA001	HKLA002	HKMA001	HKMA002	HKMA003
HKMA004	HKMA005	HKMA006	HKPA009	HLCA001	HLCA002	HLCC001	HLFA002
HLFA003	HLFA004	HLFA005	HLFA006	HLFA007	HLFA009	HLFA010	HLFA011
HLFA012	HLFA014	HLFA017	HLFA018	HLFA019	HLFA020	HLFC002	HLFC003
HLFC004	HLFC027	HLFC032	HLFC037	HLJA001	HLJC001	HLNA007	HLNC003

HLSA001	HLSC012	HMCA001	HMCA002	HMCA003	HMCA004	HMCA005	HMCA006
HMCA007	HMCA008	HMCA009	HMCA010	HMCA011	HMCC001	HMCC002	HMCC003
HMCC013	HMFA001	HMFA002	HMFA003	HMFA004	HMFA005	HMFA006	HMFA007
HMFA008	HMFA009	HMFA010	HMFC001	HMFC002	HMFC003	HMFC004	HMFC005
HMGA001	HMGC001	HMLA001	HMLC001	HMQA001	HNCA001	HNCA002	HNCA003
HNCA004	HNCA005	HNCA006	HNCA007	HNCA008	HNCC021	HNCC033	HNEA740
HNFA001	HNFA002	HNFA004	HNFA005	HNFA006	HNFA007	HNFA008	HNFA010
HNFA011	HNFA012	HNFA013	HNFC001	HNFC002	HNFC027	HNFC028	HNJA001
HNJC001	HPBA001	HPCA001	HPFA001	HPFA003	HPFA004	HPFC001	HPFC002
HPFC007	HPGA001	HPKA001	HPKA002	HPKC014	HPLA005	HPLA335	HPLA423
HPLC035	HPMA002	HPMA003	HPNA001	HPNC001	HPPA001	HPPA002	HPPA003
HPPC001	HPPC002	HPPC003	HPSA001	HPSC001	JACA001	JACA002	JACH001
JACH002	JACH003	JADA001	JAEA002	JAFA001	JAFA002	JAFA003	JAFA004
JAFA005	JAFA006	JAFA007	JAFA008	JAFA009	JAFA010	JAFA011	JAFA012
JAFA014	JAFA015	JAFA016	JAFA017	JAFA018	JAFA019	JAFA020	JAFA021
JAFA022	JAFA023	JAFA024	JAFA025	JAFA026	JAFA027	JAFA028	JAFA029
JAFA030	JAFA031	JAFA032	JAFCC001	JAFCC002	JAFCC004	JAFCC005	JAFCC006
JAFCC007	JAFCC008	JAFCC010	JAFCC019	JAGA001	JAGA002	JAGA003	JAGA004
JAGA005	JAGA006	JAGC001	JAGD001	JAGD002	JAGF001	JAGF002	JAGF003
JAHA001	JAHC001	JAMA001	JAMA002	JAMB001	JANE002	JANE005	JANJ002
JAPA001	JAPC018	JASA001	JBCA001	JBFA001	JBFA002	JBFC001	JBFE001
JBHE001	JBMA001	JBMC001	JBNE004	JBPE001	JBPE002	JBPG001	JBPH001
JBQE001	JBQG001	JBQG002	JCAD001	JCAE001	JCAF001	JCAH001	JCCA002
JCCA003	JCCA005	JCCA006	JCCA007	JCCA008	JCCA009	JCCA010	JCCA011
JCCA012	JCCA013	JCCA014	JCCB001	JCCC001	JCCC002	JCCC003	JCEA001
JCEA002	JCEA003	JCEA004	JCEA005	JCEC006	JCEC011	JCEE001	JCFA001
JCFA002	JCFA003	JCFA004	JCFA005	JCFA006	JCFA007	JCFA008	JCFA009
JCFA010	JCFC001	JCFD001	JCFE001	JCFE002	JCFE003	JCFF001	JCGA001
JCGA002	JCGA003	JCGC001	JCGC002	JCGC003	JCGE001	JCGE002	JCGE003
JCGE004	JCGE005	JCGE006	JCGG001	JCGH001	JCGH002	JCGH004	JCGH005
JCKA001	JCKA002	JCKE001	JCKE002	JCLD001	JCLE001	JCLE002	JCLE003
JCMA001	JCMA002	JCMA003	JCMA004	JCMA005	JCND001	JCNE001	JCNE002
JCNE003	JCNE004	JCNF001	JCPA001	JCPA002	JCPA003	JCPC001	JCPC002
JCPD001	JCPE001	JCPE002	JCQE001	JCQE002	JCQE003	JCQE004	JCSA001
JCSA002	JCSA003	JCSA004	JCSA005	JDCA001	JDCA002	JDCA003	JDCA004
JDCC016	JDCJ001	JDDA002	JDDA003	JDDA004	JDDA005	JDDA006	JDDA007
JDDA008	Jddb005	Jddb007	JDDC002	JDFA001	JDFA002	JDFA003	JDFA004
JDFA005	JDFA006	JDFA007	JDFA008	JDFA009	JDFA010	JDFA011	JDFA012
JDFA013	JDFA014	JDFA015	JDFA016	JDFA017	JDFA018	JDFA019	JDFA020
JDFA021	JDFA022	JDFA023	JDFA024	JDFA025	JDFC001	JDFC023	JDFE001
JDFE002	JDFE003	JDGE001	JDHE001	JDHE002	JDHE003	JDJE001	JDLA001
JDMA001	JDMA002	JDMA003	JDNE001	JDPA001	JDPA002	JDPE001	JDPE002
JDQE002	JDSA001	JDSA002	JDSA003	JDSA004	JDSA005	JDSA006	JDSA007
JDSA008	JDSA009	JDSA010	JDSA011	JDSC024	JEAA001	JECA001	JECA002
JECE001	JEED001	JEFA001	JEFA002	JEFA003	JEFA004	JEFA005	JEFA007

JEFA008	JEFA009	JEFA010	JEFA011	JEFA012	JEFE001	JEFE003	JEFE004
JEFE005	JEGA002	JEGA003	JEGA004	JEGA005	JEGB005	JEGE001	JEGE002
JEGE003	JEGE004	JEHE001	JEHE002	JEKA002	JEKA005	JEKA006	JEKA007
JEKA008	JEKA009	JEKA010	JEKB006	JEKE001	JELA001	JELA002	JELA003
JELA004	JELB003	JELE001	JELE002	JELE003	JEMA001	JEMA002	JEMA003
JEMA004	JEMA005	JEMA006	JEMA007	JEMA009	JEMA010	JEMA011	JEMA012
JEMA013	JEMA014	JEMA015	JEMA016	JEMA017	JEMA018	JEMA019	JEMA020
JEMA021	JEMA022	JEMA023	JENE001	JEPA001	JEPA006	JEPA007	JEPD001
JEPD002	JEPE001	JEPE002	JEPH001	JESA001	JESA003	JESA004	JESA005
JFFA001	JFFA002	JFFA003	JFFA004	JFFA005	JFFA006	JFFA007	JFFA008
JFFA009	JFFA010	JFFA011	JFFA012	JFFA013	JFFA014	JFFA015	JFFA016
JFFA017	JFFA018	JFFA019	JFFA020	JFFA021	JFFA022	JFFC001	JFFC002
JFJA001	JFJC001	JFQA001	JFQC001	JGFA005	JGFA006	JGFA007	JGFA008
JGFA009	JGFA011	JGFA014	JGFA016	JGFC001	JGFC045	JGFE004	JGFE023
JGFE365	JGJB001	JGNE171	JHAA001	JHAA002	JHBA001	JHCA001	JHCA002
JHCA003	JHCA004	JHCA005	JHCA006	JHCA007	JHDA001	JHEA001	JHEA002
JHEA003	JHEA004	JHEA005	JHEA006	JHEA007	JHEA008	JHEA009	JHEA010
JHEA011	JHEA012	JHFA001	JHFA002	JHFA003	JHFA004	JHFA005	JHFA006
JHFA007	JHFA008	JHFA009	JHFA010	JHFA011	JHFA012	JHFA013	JHFA014
JHFA016	JHFA017	JHFA019	JHFC001	JHGA001	JHGA002	JHGA003	JHHA002
JHHA003	JHJA001	JHKA002	JHKA003	JHKA004	JHLA002	JHLA003	JHLA004
JHLA005	JHMA001	JHMA002	JHMA003	JHMA005	JHMA006	JHMB001	JHPA001
JHPA002	JHQA001	JHQA002	JHQA003	JHSA001	JHSA002	JHSB001	JJCA001
JJCA002	JJCA003	JJCC001	JJCC002	JJCC003	JJCC004	JJEA001	JJEA002
JJEA003	JJEC001	JJEC002	JJEC003	JJFA001	JJFA002	JJFA003	JJFA004
JJFA005	JJFA006	JJFA007	JJFA008	JJFA010	JJFA050	JJFC001	JJFC002
JJFC003	JJFC004	JJFC006	JJFC008	JJFC009	JJFC010	JJJA001	JJJA002
JJJC001	JJJC002	JJPA001	JJPA002	JJPA003	JJPA004	JJPC001	JJPC002
JJPC003	JJPC004	JJPE001	JKBA001	JKBA002	JKCA001	JKCD001	JKDA001
JKDA002	JKDA003	JKDA042	JKDC001	JKDC015	JKFA001	JKFA002	JKFA003
JKFA004	JKFA005	JKFA006	JKFA007	JKFA008	JKFA009	JKFA011	JKFA012
JKFA013	JKFA014	JKFA015	JKFA016	JKFA018	JKFA019	JKFA020	JKFA021
JKFA022	JKFA023	JKFA024	JKFA025	JKFA026	JKFA027	JKFA028	JKFA029
JKFA030	JKFA031	JKFA032	JKFC001	JKFC002	JKFC003	JKFC004	JKFC005
JKFC006	JKFE001	JKFE002	JKGA001	JKGC001	JKGD002	JKGE001	JKMA001
JKMD001	JKND001	JKNE001	JKPC001	JKPD001	JKPE001	JKPE002	JKPJ001
JKPJ002	JLCA001	JLCA002	JLCA003	JLCA004	JLCA005	JLCA006	JLCA007
JLCA008	JLCA009	JLDA001	JLDA002	JLDA003	JLDA004	JLDC015	JLFA001
JLFA002	JLFA003	JLFA004	JLFD002	JLJA002	JLJD001	JLMA001	JLMA002
JLMA003	JLMA004	JLMA005	JLMC001	JLPA001	JLSD001	JMBA001	JMCA001
JMCA004	JMCA005	JMCA006	JMDA001	JMEA001	JMEA002	JMFA001	JMFA003
JMFA004	JMFA005	JMFA006	JMFA007	JMFA008	JMFA009	JMFA010	JMMA001
JMMA002	JMMA004	JMPA001	JMPA002	JMPA004	JMPA005	JNBD001	JNCA001
JNCA002	JNFA001	JNJD001	JNMD001	JNPA002	JQGA001	JRGA001	JRGA002
JRGA003	JRGA004	JRGC001	JRPA001	JZMA002	JZMA003	KAFA001	KAFA002

KANB001	KBFA001	KCFA001	KCFA002	KCFA003	KCFA004	KCFA005	KCFA006
KCFA007	KCFA008	KCFA009	KCFA010	KCFA011	KCGA001	KCJA001	KCMA001
KDEA001	KDFA001	KDFA002	KDFA003	KDFC001	KDQA001	KDQA002	KDQA003
KDQC002	KEFA001	KEFA002	KEFC001	KEFC002	KFFA001	KZFA001	KZFC001
LABA001	LABA003	LABA004	LACA001	LACA002	LACA003	LACA004	LACA005
LACA006	LACA007	LACA008	LACA009	LACA010	LACA011	LACA012	LACA013
LACA014	LACA015	LACA016	LACA017	LACA018	LACA019	LACA020	LACB001
LACB002	LACB003	LAEA001	LAEA002	LAEA003	LAEA004	LAEA006	LAEA009
LAEB001	LAFA001	LAFA003	LAFA004	LAFA005	LAFA006	LAFA011	LAFA012
LAFA013	LAFA015	LAFA016	LAFA017	LAFA018	LAFA019	LAFA020	LAFA021
LAFA022	LAFA023	LAFA024	LAGA001	LAGA002	LAGA003	LAGA004	LAGA005
LAGA006	LAGA007	LAGA381	LAHA001	LAHA002	LAHH004	LAHH005	LAHJ003
LALA001	LALA002	LALA469	LAMA001	LAMA002	LAMA003	LAMA004	LAMA005
LAMA006	LAMA007	LAMA009	LAMA010	LAMA011	LAMA012	LAPA001	LAPA002
LAPA003	LAPA004	LAPA005	LAPA006	LAPA007	LAPA008	LAPA009	LAPA010
LAPA011	LAPA012	LAPA013	LAPA014	LAPA015	LAPA016	LARA001	LARA002
LARA003	LARA004	LBAA001	LBBA003	LBBA004	LBBA005	LBBA006	LBCA001
LBCA002	LBCA003	LBCA004	LBCA005	LBCA006	LBCA007	LBCA008	LBCA009
LBCA010	LBCB001	LBCB002	LBDA001	LBDD001	LBEA001	LBED001	LBED004
LBEP009	LBFA001	LBFA003	LBFA004	LBFA005	LBFA006	LBFA007	LBFA008
LBFA009	LBFA010	LBFA011	LBFA012	LBFA013	LBFA014	LBFA015	LBFA016
LBFA017	LBFA018	LBFA019	LBFA020	LBFA022	LBFA024	LBFA025	LBFA026
LBFA027	LBFA028	LBFA029	LBFA032	LBFA033	LBFA034	LBFA035	LBFA036
LBFA037	LBFA038	LBFA039	LBGA001	LBGA005	LBLD024	LBMA001	LBMA002
LBMA003	LBMA004	LBMA006	LBPA001	LBPA002	LBPA003	LBPA004	LBPA005
LBPA006	LBPA007	LBPA008	LBPA009	LBPA010	LBPA011	LBPA012	LBPA013
LBPA014	LBPA015	LBPA016	LBPA017	LBPA018	LBPA019	LBPA020	LBPA021
LBPA022	LBPA023	LBPA024	LBPA025	LBPA026	LBPA027	LBPA028	LBPA029
LBPA030	LBPA031	LBPA032	LBPA033	LBPA034	LBPA035	LBPA036	LBPA037
LBPA038	LBPA039	LBPA040	LBPA041	LBPA042	LBPA043	LCFA001	LCFA002
LCFA003	LCFA004	LCFA005	LCFA006	LCFA008	LCFA009	LCFA010	LCFA011
LCFA012	LCJA002	LCJA004	LCMA001	LCPA002	LDAA001	LDAA002	LDCA001
LDCA002	LDCA003	LDCA004	LDCA005	LDCA006	LDCA007	LDCA008	LDCA009
LDCA010	LDCA011	LDCA012	LDCA013	LDDA001	LDFA001	LDFA002	LDFA003
LDFA004	LDFA005	LDFA006	LDFA007	LDFA008	LDFA009	LDFA010	LDFA011
LDFA012	LDGA001	LDGA002	LDHA001	LDHA002	LDKA767	LDPA001	LDPA002
LDPA003	LDPA004	LDPA005	LDPA006	LDPA007	LDPA008	LDPA009	LDPA010
LECA001	LECA002	LECA003	LECA004	LECA005	LECA006	LECC001	LEFA001
LEFA002	LEFA003	LEFA004	LEFA005	LEFA006	LEFA007	LEFA008	LEFA009
LEFA010	LEFA011	LEFA012	LEFA013	LEFA014	LEFC002	LEGA001	LEGA002
LEHA001	LEHA002	LEHA003	LEHC001	LEMA001	LEMA002	LEMA003	LEMA004
LEPA001	LEPA002	LEPA003	LEPA004	LEPA005	LEPA006	LEPA007	LEPA008
LEPA009	LFAA001	LFAA002	LFCA001	LFCA002	LFCA003	LFCA004	LFCA005
LFCC001	LFDA001	LFDA002	LFDA003	LFDA004	LFDA005	LFDA006	LFDA007
LFDA008	LFDA009	LFDA010	LFDA011	LFDA012	LFDA013	LFDA014	LFFA001

LFFA002	LFFA003	LFFA004	LFFA005	LFFA006	LFFA007	LFFA008	LFFA009
LFFA010	LFFA011	LFFA012	LFFA013	LFFA014	LFFC002	LFGA001	LFHA001
LFHC001	LFA001	LFMA001	LFFA001	LFPA002	LFPA003	LGCA001	LGFA001
LGFA002	LGFA003	LGFA004	LGFA005	LGFA006	LHCA001	LHCA002	LHCA010
LHCA011	LHCA016	LHDA001	LHDA002	LHFA001	LHFA003	LHFA013	LHFA016
LHFA019	LHFA024	LHFA025	LHFA027	LHFA028	LHFA029	LHFA031	LHGA004
LHGA006	LHGA007	LHHA006	LHHA007	LHMA003	LHMA004	LHMA006	LHMA007
LHMA008	LHMA011	LHMA013	LHMA014	LHMA015	LHMA016	LHPA003	LHPA004
LHPA006	LHPA010	LJCA001	LJCA002	LJFA001	LJFA002	LJFA003	LJFA004
LJFA006	LJFA007	LJFA008	LJFA009	LJFA010	LJGA001	LJGA002	LJHA001
LJJA001	LJJA002	LJMA001	LJMA002	LJMA003	LJMA004	LJMA005	LJMA006
LJSA001	LJSA002	LLCA001	LLCA002	LLCA003	LLCA005	LLCC001	LLCC003
LLFA003	LLFA013	LLMA001	LLMA002	LLMA003	LLMA004	LLMA005	LLMA006
LLMA007	LLMA008	LLMA009	LLMA010	LLMC001	LLMC003	LLMC004	LLMC005
LLMC019	LMFA001	LMFA002	LMFA003	LMGA001	LMMA001	LMMA002	LMMA003
LMMA004	LMMA005	LMMA006	LMMA007	LMMA008	LMMA009	LMMA010	LMMA011
LMMA012	LMMA014	LMMA016	LMMA017	LMMA018	LMMA019	LMMC001	LMMC002
LMMC003	LMMC004	LMMC015	LMMC020	LMSA001	LMSA002	LMSA003	LMSA004
LMSA005	LZGA001	MACA001	MACA002	MACA003	MACA004	MACB001	MACB002
MAFA001	MAFA002	MAFA003	MAFA004	MAFA005	MAFA006	MAGA001	MAGA002
MAGA003	MAPA001	MAPA002	MAPA003	MBAA002	MBCA001	MBCA002	MBCA003
MBCA004	MBCA005	MBCA006	MBCA007	MBCA008	MBCA009	MBCA010	MBCA011
MBCA012	MBCB001	MBCB002	MBCB003	MBCB004	MBCB005	MBFA001	MBFA002
MBGA001	MBGA002	MBMA001	MBMA002	MBPA001	MBPA002	MBPA003	MBPA004
MBPA005	MBPA006	MCAA001	MCCA001	MCCA002	MCCA003	MCCA004	MCCA005
MCCA006	MCCA007	MCCA008	MCCA009	MCCA010	MCCA011	MCCB001	MCCB002
MCCB003	MCCB004	MCCB005	MCCB006	MCCB007	MCCB008	MCCB009	MCFA001
MCFA002	MCFA003	MCFA004	MCFA005	MCFA006	MCKA002	MCMA001	MCMA002
MCPA001	MCPA002	MCPA003	MCPA004	MCPA005	MCPA006	MCPA007	MCPA008
MCPA009	MCPA010	MCPA011	MCPA012	MCPA013	MCPA014	MDAA001	MDAA002
MDCA001	MDCA002	MDCA003	MDCA004	MDCA005	MDCA006	MDCA007	MDCA008
MDCA009	MDCA010	MDCA011	MDCA012	MDCA013	MDCA014	MDCB001	MDCB002
MDCB003	MDCB004	MDCB005	MDEA001	MDEA002	MDEA003	MDEA004	MDFA001
MDFA002	MDFA003	MDFA004	MDFA005	MDFA006	MDFA007	MDGA001	MDGA002
MDGA003	MDGA004	MDGA005	MDHA001	MDMA001	MDPA001	MDPA002	MDPA003
MDPA004	MDPA005	MEDA001	MEEA001	MEEA002	MEEA003	MEEA004	MEFA001
MEFA003	MEFA004	MEFC001	MEFC002	MEGA001	MEGA002	MEJA001	MEJC001
MEKA001	MEKA002	MEKA003	MEKA004	MEKA005	MEKA006	MEKA007	MEKA008
MEKA009	MEKA010	MELA001	MEMA001	MEMA003	MEMA005	MEMA006	MEMA008
MEMA009	MEMA011	MEMA012	MEMA014	MEMA015	MEMA016	MEMA017	MEMA018
MEMC001	MEMC002	MEMC003	MEMC004	MEMC005	MEPA001	MEPC001	MFCA001
MFDA001	MFDA002	MFEA001	MFEA002	MFEA003	MFEB001	MFFA001	MFFA002
MFFA003	MFFC001	MFGA001	MFJA001	MFJC001	MFKA001	MFKA003	MFMA001
MFMA003	MFMA005	MFPA001	MFPA002	MFPA003	MFPC001	MGCA001	MGCC001
MGDA001	MGDA002	MGEA001	MGEA002	MGFA001	MGFA002	MGFA003	MGFA004

MGFA005	MGFA006	MGFA007	MGFC001	MGFC002	MGFC003	MGGA001	MGGA002
MGJA001	MGJC001	MGKA001	MGKA002	MGKA003	MGMA002	MGMA003	MGMA004
MGMA005	MGMA006	MGPA001	MHCA001	MHCA002	MHCA003	MHDA001	MHDA002
MHDA003	MHDA004	MHDA005	MHDB001	MHEA001	MHEA002	MHEA003	MHEA004
MHFA001	MHFA002	MHFA003	MHJA001	MHMA001	MHMA002	MHMA003	MHMA004
MHMA005	MHPA001	MHPA002	MHPA003	MHPA004	MJAA001	MJAA002	MJCA001
MJCA002	MJCA003	MJCA005	MJCA006	MJCA007	MJCA008	MJCA010	MJCA012
MJDA001	MJDC001	MJEA001	MJEA002	MJEA003	MJEA004	MJEA005	MJEA006
MJEA007	MJEA008	MJEA009	MJEA010	MJEA011	MJEA012	MJEA013	MJEA014
MJEA015	MJEA016	MJEA017	MJEA018	MJEA019	MJEA020	MJEA021	MJEC001
MJEC002	MJFA001	MJFA002	MJFA003	MJFA004	MJFA005	MJFA006	MJFA007
MJFA008	MJFA009	MJFA010	MJFA011	MJFA012	MJFA013	MJFA014	MJFA015
MJFA016	MJFA017	MJFA018	MJFC001	MJGA001	MJJA001	MJJA002	MJJA003
MJJA004	MJMA002	MJMA003	MJMA006	MJMA009	MJMA010	MJMA012	MJMA013
MJMA014	MJMA015	MJMA016	MJPA001	MJPA002	MJPA003	MJPA004	MJPA005
MJPA006	MJPA007	MJPA008	MJPA009	MJPA011	MJPA012	MJPA013	MJPA014
MZEA001	MZEA002	MZEA003	MZEA004	MZEA005	MZEA007	MZEA008	MZEA009
MZEA010	MZEA011	MZEA012	MZFA001	MZFA002	MZFA003	MZFA004	MZFA005
MZFA006	MZFA007	MZFA008	MZFA009	MZFA010	MZFA011	MZFA012	MZFA013
MZFA014	MZFA015	MZGA003	MZGA004	MZHA001	MZJB001	MZMA001	MZMA002
MZMA003	MZMA004	MZPA002	NACA001	NACA002	NACA003	NACA004	NACA005
NACB001	NAFA001	NAFA002	NAFA003	NAFA004	NAFA006	NAGA001	NAGA002
NAGA003	NAHA001	NAHA002	NAHB001	NAHB002	NAMA002	NAPA001	NAPA002
NAPA003	NAPA004	NAPA005	NAPA006	NAPA007	NAPA008	NBAA001	NBAA003
NBAA004	NBAA005	NBAA006	NBCA001	NBCA002	NBCA003	NBCA004	NBCA005
NBCA006	NBCA007	NBCA008	NBCA009	NBCA010	NBCA011	NBCA012	NBCA013
NBCA014	NBCA015	NBCB001	NBCB002	NBCB003	NBCB004	NBCB005	NBCB006
NBDA004	NBDA013	NBFA001	NBFA002	NBFA003	NBFA004	NBFA005	NBFA006
NBFA007	NBFA008	NBFA009	NBGA001	NBGA002	NBGA003	NBGA004	NBGA005
NBGA006	NBGA007	NBGA010	NBGA015	NBMA001	NBMA002	NBMA003	NBPA001
NBPA002	NBPA003	NBPA004	NBPA005	NBPA006	NBPA007	NBPA008	NBPA009
NBPA010	NBPA011	NBPA012	NBPA013	NBPA014	NBPA015	NBPA016	NBPA017
NBPA018	NBPA019	NBPA020	NCCA001	NCCA002	NCCA003	NCCA004	NCCA005
NCCA006	NCCA007	NCCA008	NCCA009	NCCA010	NCCA011	NCCA012	NCCA013
NCCA014	NCCA015	NCCA016	NCCA017	NCCA018	NCCA019	NCCB001	NCCB002
NCCB003	NCCB004	NCCB005	NCCB006	NCCB007	NCCC001	NCEA001	NCFA001
NCFA002	NCFA003	NCFA004	NCFA005	NCFA006	NCFA007	NCFA008	NCFA009
NCGA001	NCGA002	NCMA001	NCMA002	NCPA001	NCPA002	NCPA003	NCPA004
NCPA005	NCPA006	NCPA007	NCPA008	NCPA009	NCPA010	NCPA011	NCPA012
NCPA013	NCPA014	NCPA015	NCPA016	NDAA001	NDAA002	NDCA001	NDCA002
NDCA003	NDCA004	NDCA005	NDCA006	NDCB001	NDCB002	NDCB003	NDCB004
NDDA001	NDDC001	NDEA002	NDFA001	NDFA002	NDFA003	NDFA004	NDFA005
NDFA006	NDFA007	NDFA008	NDFA009	NDFA010	NDGA001	NDGA002	NDGA003
NDMA001	NDPA001	NDPA002	NDPA003	NDPA004	NDPA005	NDPA006	NDPA007
NDPA008	NDPA009	NDPA010	NDPA011	NDPA012	NDPA013	NDPA014	NEDA001

NEDA002	NEDA003	NEDB454	NEEA001	NEEA002	NEEA003	NEEA004	NEFA001
NEFA002	NEFA003	NEFA004	NEFC001	NEGA001	NEGA002	NEGA003	NEGA004
NEGA005	NEHA001	NEHA002	NEJA001	NEJA002	NEJA003	NEJA004	NEJC001
NEKA001	NEKA002	NEKA003	NEKA004	NEKA005	NEKA006	NEKA007	NEKA008
NEKA009	NEKA010	NEKA011	NEKA012	NEKA013	NEKA014	NEKA015	NEKA016
NEKA017	NEKA018	NEKA019	NEKA020	NEKA021	NEKA022	NELA001	NELA002
NELA003	NEMA003	NEMA011	NEMA013	NEMA017	NEMA018	NEMA019	NEMA020
NEMA021	NEPA001	NFCA001	NFCA002	NFCA003	NFCA004	NFCA005	NFCA006
NFCA132	NFCC001	NFCC002	NFCC408	NFDA002	NFDA003	NFDA009	NFDC001
NFEA001	NFEA002	NFEC001	NFEC002	NFFA001	NFFA002	NFFA003	NFFA004
NFFA005	NFFA006	NFFC001	NFFC002	NFFC003	NFFC004	NFGA001	NFGA002
NFJA001	NFJA002	NFJC001	NFJC002	NFKA001	NFKA002	NFKA003	NFKA004
NFKA005	NFKA006	NFKA007	NFKA008	NFKA009	NFLA001	NFLA002	NFMA002
NFMA004	NFMA005	NFMA006	NFMA008	NFMA010	NFMA011	NFMA013	NFMC001
NFMC002	NFMC003	NFMC005	NFPA001	NFPA002	NFPA003	NFPA004	NFPC001
NFPC002	NGCA001	NGDA001	NGDA002	NGDA003	NGDA004	NGDC001	NGEA001
NGFA001	NGFA002	NGGA001	NGGA002	NGJA001	NGJA002	NGJC001	NGJC002
NGKA001	NGMA001	NGPA001	NGPA002	NGPA003	NGPC001	NHDA001	NHDA002
NHDA003	NHDA004	NHDA005	NHDA006	NHDA007	NHDA008	NHDA009	NHDA010
NHDA011	NHFA001	NHKA001	NHMA001	NHMA002	NHMA003	NHMA006	NHMA007
NHMA008	NHPA001	NHPA002	NHPA003	NHPA004	NHPA005	NHPA006	NJAA001
NJAA002	NJAA003	NJAA004	NJAB001	NJBA001	NJBA002	NJCA001	NJEA001
NJEA002	NJEA003	NJEA004	NJEA005	NJEA006	NJEA007	NJEA008	NJEA009
NJEA010	NJEA011	NJEA012	NJFA001	NJFA002	NJFA003	NJFA004	NJFA005
NJFA006	NJFA008	NJFA009	NJMA001	NJMA002	NJMA003	NJMA004	NJMA005
NJMA006	NJMA007	NJMB001	NJPA001	NJPA002	NJPA003	NJPA004	NJPA005
NJPA006	NJPA007	NJPA008	NJPA009	NJPA011	NJPA012	NJPA013	NJPA014
NJPA015	NJPA016	NJPA017	NJPA018	NJPA019	NJPA020	NJPA021	NJPA022
NJPA023	NJPA024	NJPA025	NJPA026	NJPA027	NJPA028	NJPA029	NJPA030
NJPA031	NJPA032	NJPA033	NJPA034	NJPA035	NJPA036	NJPB001	NZEA001
NZEA002	NZEA003	NZEA004	NZEA006	NZEA007	NZFA001	NZFA002	NZFA003
NZFA004	NZFA005	NZFA006	NZFA007	NZFA008	NZFA009	NZFA010	NZFA011
NZFA012	NZFA013	NZHA001	NZMA001	NZMA002	PACA001	PACC001	PADA001
PADA003	PADB001	PADB002	PAFA005	PAFA007	PAGA002	PAGA003	PAGA005
PAGA006	PAGA007	PAGA008	PAGA009	PAGA010	PAGA011	PAGB002	PAGB003
PAGB004	PAGH001	PAKB002	PAMP001	PAPA001	PAPA002	PAPA003	PCCA001
PCCA002	PCDA001	PCEA001	PCEA002	PCEA003	PCEA004	PCMA001	PCPA001
PCPA002	PCPA003	PCPA004	PCPA005	PCPA006	PCPB001	PDAB001	PDFA001
PDFA002	PDFA003	PZMA001	PZMA002	PZMA003	PZMA004	PZMA005	QAEA003
QAEA004	QAEA009	QAEA012	QAF A009	QAF A010	QAGA001	QAJA003	QAJA012
QAJH001	QAJH004	QAMA003	QAMA012	QAMA013	QAMA015	QBFA001	QBFA002
QBFA003	QBFA004	QBFA005	QBFA006	QBFA007	QBFA008	QBFA010	QBFA012
QBFA014	QBJB001	QBPA001	QCJA001	QDPA001	QEEA001	QEEA002	QEEA003
QEEB152	QEEB317	QEFA001	QEFA002	QEFA003	QEFA004	QEFA005	QEFA006
QEFA007	QEFA008	QEFA009	QEFA010	QEFA011	QEFA012	QEFA013	QEFA014

QEFA015	QEFA016	QEFA017	QEFA018	QEFA019	QEFA020	QEGA001	QEGA002
QEGA003	QEGA004	QEKA001	QEKA002	QEMA001	QEMA002	QEMA003	QEMA004
QEMA005	QEMA006	QEMA009	QEMA010	QEMA012	QEMA013	QEMA014	QEMA020
QEMA392	QEMA463	QEMA621	QEMA682	QEMA702	QEMA740	QEMA788	QEPA001
QZEA001	QZEA002	QZEA003	QZEA004	QZEA005	QZEA006	QZEA008	QZEA010
QZEA011	QZEA012	QZEA013	QZEA014	QZEA016	QZEA017	QZEA019	QZEA020
QZEA022	QZEA023	QZEA024	QZEA025	QZEA026	QZEA027	QZEA028	QZEA030
QZEA031	QZEA033	QZEA036	QZEA039	QZEA040	QZEA041	QZEA042	QZEA043
QZEA045	QZFA012	QZFA014	QZFA018	QZFA023	QZFA024	QZFA025	QZFA027
QZFA030	QZFA034	QZFA035	QZFA037	QZFA038	QZGP001	QZGP002	QZGP006
QZGP007	QZGP009	QZJA007	QZJA008	QZJA011	QZJA014	QZJA018	QZJA019
QZJA021	QZJA022	QZJP001	QZJP002	QZJP003	QZKA007	QZLA001	QZLA002
QZLB001	QZMA002	QZMA003	QZMA004	QZMA005	QZMA006	QZMA007	QZMA009
QZMA010	QZMP001	YYYY013	YYYY022	YYYY026	YYYY031	YYYY062	YYYY066
YYYY188	YYYY400	YYYY405	ZAQA001	ZBGA001	ZBGC001	ZBQA001	ZBQA002
ZBQC001	ZBQC002	ZBSA001	ZCGA433	ZCGA760	ZCGA765	ZCGC025	ZCGC718
ZCGD069	ZCJA001	ZCJA002	ZCJA003	ZCJA004	ZCJA005	ZCJC001	ZCQA001
ZCQC001	ZCQC002	ZZKP001					

Annexe 19-2 « Liste des actes de la CCAM éligibles aux modificateurs K et T »

AALA002	AALB002	ABL001	ABL002	ABL003	ACHH001	ACHJ001	ACHB001
ACHA002	ACHA003	ACHA001	AANB001	AAFA007	AAFA004	AAFA005	AAFA002
AAFA006	AAJH003	AAJH001	AAJA001	AAJA005	AAJH004	AAJH002	AAJA004
AAJA002	AAFA001	AAFA008	AAFA003	AAJA003	AAJA006	ABJB001	ABLA001
ABCB001	ABCA003	ABCA002	ABCA004	ABCC001	ABCA001	ABMA003	ABSA012
ABSA010	ABSA011	ABSA005	ABSA007	ABSA003	ABSA001	ABSA002	ABSA006
ABSA004	ABSA008	ABSA009	ABFA007	ABFA003	ABFA001	ABFA004	ABJA005
ABJA004	ABJA007	ABJA002	ABJA003	ABJA006	ABJA008	ABJA001	ACFA001
ACFA015	ACFA026	ACFA022	ACFA011	ACFA013	ACFA006	ACFA029	ACFA003
ACFA009	ACFA016	ACFA025	ACFA004	ACFA020	ACFA012	ACFA007	ACFA005
ACFA010	ACFA027	ACFA014	ACFA024	ACFA019	ACFA023	ACFA002	ACFA028
ACFA008	ACFA018	ABFA010	ABFA008	ABFA009	ABFC002	ABFA005	ABFC001
ABFA002	ABFA006	AENA001	AEPB001	AEPA002	AHPA025	AEPA001	AEFA001
AEFA002	AEFA003	AHFA007	AHFA003	AHFA012	AEJA004	AEJA001	AEJA005
AEJA002	AFSA002	AFSA001	AEPA004	AFFA006	AEJA003	AFJA001	AFJA004
AFJA003	AFPA001	AFCA004	AFCA002	AFCA001	AFCA003	AFJA002	AFJA005
AFFA004	AFSA003	AFFA007	AFFA001	AFFA009	AFFA010	AFFA005	AFFA003
AFFA008	AFFA002	AFFA011	ABMA002	ABGA002	AALB001	AELB002	AELB001
AELA001	AELA002	AEGA001	ADPA020	ADPA001	ADPA023	ADNH002	ADPA016
ADPA004	ADCA004	ADPA003	ADCA002	ADEA001	ADEA004	ADEA003	ADEA002
ADPA008	ADPA011	ADPA021	ADCA001	ADCA003	ADCA007	ADPA015	ADPA009
ADFA004	ADFA003	ADFA006	ADPA007	ADPA005	ADPA010	ADPC004	ADPA014
ADPC001	ADPA022	ADPA018	ADPA024	ADPC003	ADPA002	ADPC002	ADPA019
ADLA001	ADNH001	ADCA006	ACPA001	ADEA005	ADPA013	ADCA005	ADFA005
ADFA002	KFFA001	AHFA002	AHFA010	AHFA011	AHCA007	AHEA012	AHCA001
AHCA022	AHCA020	AHEA018	AHPA020	AHPA004	AHPA005	AHPA006	AHFA008
AHCA019	AHCA005	AHCA009	AHCA016	AHCA018	AHCA012	AHCA006	AHCA008
AHCA017	AHCA023	AHCA015	AHCA013	AHCA002	AHEA010	AHEA002	AHEA014
AHEA004	AHEA011	AHEA008	AHEA005	AHEA016	AHPA016	AHPA012	AHPA013
AHPA027	AHPA023	AHPA022	AHPA021	AHPC001	AHPA009	AHPA028	AHPA007
AHPA026	AHPA014	AHCA014	AHCA004	AHCA010	AHCA011	AHCA021	AHCA003
AHEA013	AHEA017	AHEA006	AHEA009	AHEA003	AHPA002	AHPA017	AHPA010
AHPA008	AHPA001	AHPA011	AHFA005	AHLB018	AHLA003	AHPA015	AHEA007
AHEA015	AHEA001	AHFA004	AHFA001	AHPA024	AHPA019	AHPA018	AHPA003
AJNC002	AJNC001	AJNA001	AJFC002	AJFA003	AJFC001	AJFA001	AJFA002
BACA007	BAMA004	BAMA015	BAMA018	BAMA008	BAMA010	BAMA013	BAMA001
BAMA016	BAEA002	BADA005	BADA001	BADA003	BAMA009	BAMA007	BAAA002
BAAA001	BAEA003	BASA001	BBFA001	BJCA001	BJEA002	BJMA002	BJMA004
BJMA005	BJMA003	BJMA006	BJMA007	BJMA001	BJMA009	BJMA008	BJEA001
BJDA002	BJDA001	BKFA001	BKFA003	BKBA001	BKFA004	BKLA001	BKLA003
CBQA001	CAFA009	CAFA011	CAFA002	CAFA005	CAFA003	CAFA007	CAFA004
CAFA010	CAFA001	CAFA008	CAEA002	CAEA003	CAMA019	CAMA021	CAMA017

CAMA022	CAMA005	CAMA008	CAMA013	CAMA004	CAEA001	CAMA006	CAMA001
CAMA007	CAMA018	CAMA016	CAMA015	CAMA009	CAMA011	CASA002	CBGD001
CBMA008	CBMA009	CBMA011	CBMA005	CBMA007	CBMD001	CBMD002	CBMD003
CBMA002	CBMA004	CBFA004	CBFA001	CBFA013	CBFA012	CBGA001	CBFA005
CBFA006	CBFA002	CBFA007	CBFA003	CBFA010	CBFA008	CBFA009	CBPA002
CBPA003	CBMA001	CBMA006	CBMA010	CBMA003	CBPA001	CBLA001	CBLA002
CBGA003	CBKA001	CCPA001	CCPA002	CCPA003	CCCA002	CCCA001	CCFA001
CCSA001	CDLA003	CDLA002	CDGA001	EBHA002	EZQA001	EZGF001	DAGA002
DAGA001	DBFA002	DAFA002	DAFA008	DAFA003	DBFA001	DAFA006	DAFA001
DAFA005	DAFA009	DACA001	DASA006	DBPA002	DBPA004	DBPA005	DBPA006
DBPA007	DBMA008	DBMA012	DBMA003	DBMA002	DBMA011	DBKA004	DBKA008
DBKA007	DBKA012	DBKA010	DBKA005	DBKA002	DBKA006	DBKA003	DBKA001
DBKA011	DBKA009	DBMA007	DBMA013	DBMA005	DBMA009	DBMA010	DBMA006
DBMA001	DBMA015	DBMA004	DBLA004	DBEA001	DELA003	DELA001	DELA004
DEGA002	DEFA002	DEFA001	DDMA025	DDMA015	DDMA023	DDMA017	DDMA032
DDMA011	DDMA029	DDMA018	DDMA038	DDMA021	DDMA026	DDMA020	DDMA031
DDMA006	DDMA033	DDMA008	DDMA022	DDMA005	DDMA034	DDMA009	DDMA030
DDMA003	DDMA035	DDMA013	DDMA036	DDMA012	DDMA028	DDMA007	DDMA024
DDMA019	DDMA027	DDMA016	DDMA037	DDMA004	DDAA002	DCJA001	DCMC001
DCMA001	DCFA001	DGCA025	DGCA017	DGCA002	DGCA006	DGLF003	DGPA014
DGFA002	DGCA031	DGCA028	DGCA015	DGCA027	DGCA008	DGCA023	DGCA003
DGCA013	DGCA011	DGAA006	DGAA003	DGFA019	DGFA014	DGFA017	DGKA025
DGKA003	DGKA011	DGKA015	DGKA001	DGKA026	DGKA018	DGKA014	DGKA268
DGKA209	DGKA263	DGKA698	DGKA005	DGKA002	DGKA019	DGKA023	DGKA009
DGKA007	DGKA013	DGKA016	DGKA010	DGKA006	DGKA020	DGKA008	DGKA012
DGKA028	DGKA027	DGKA029	DFFA002	DFFA001	DFFA003	ECCA006	ECAF003
ECAF004	ECLF004	ECPF004	ECPF005	ECFA001	DGCA032	ECKA001	ECSA002
EBCA009	EBCA003	EBAF004	EBAF010	EBFA005	EBFA003	EBFA010	EBCA015
EBCA004	EBCA008	EBCA001	EBCA017	EBEA005	EBEA003	EBKA001	EBKA003
EBFA021	EBFA020	EBSA005	EBSA003	EBAF009	EBAF011	EBAA002	EBFA012
EBFA006	EBFA016	EBFA002	EBFA008	EBFA015	EBFA001	EBFA011	EBKA004
EBCA007	EBCA006	EBAF003	EBAF005	EBAF006	EBCA010	EBCA011	EBCA002
EBCA013	EBFA019	EBFA014	EBSA006	EBSA010	EBSA001	EBSA008	EBSA004
EBSA009	EBFA009	EBKA002	EBCA016	EBCA014	EBCA005	EBEA002	EBEA004
EBSA007	EBSA002	EBFA018	EBFA017	EBPA003	EAF001	EACA007	EACA004
EACA003	EACA002	EABA001	ECCA004	ECCA010	ECCA005	ECCA001	ECAF002
ECAF001	ECLF003	ECPF003	ECPF002	ECPF001	ECFA002	ECFA004	ECFA003
ECCA007	ECCA009	ECCA003	ECCA002	ECFA005	ECFA006	ECMA001	ECKA002
ECSA003	ECSA001	EBFA013	EBFA004	EBLA001	EBSA012	DGCA001	DGAF008
DGAF005	EDAF002	EDAF003	DGPF001	DGPF002	EDPF008	EDPF009	EDPF006
DGFA010	DGFA004	DGFA005	DGFA012	DGFA011	DGFA001	DGFA009	DGFA003
DGFA007	DGFA008	EDFA006	EDFA003	EDFA007	DGCA012	DGCA007	DGCA005
DGCA016	DGCA014	DGCA018	DGCA024	DGCA021	DGCA019	DGCA009	DGCA026
DGCA022	DGCA010	DGCA004	DGCA030	DGCA020	DGCA029	EDCA003	DGPA017
DGPA005	DGPA008	DGPA012	DGPA013	DGPA010	DGPA018	DGPA001	DGPA016

EDPA005	EDPA001	DGFA015	DGKA004	DGGA003	DGGA002	DGLF012	DGLF005
DGLF002	DGLF001	EDLF005	EDLF004	DGSA004	DGSA001	DGSA002	DGSA005
EDCC015	EDCA001	EDAF008	EDAF005	EDPF003	EDPF004	EDFA002	EDFA005
EDKA003	EDEA005	EDLF006	EDLF008	EDSA001	EDPA002	EDFA010	EDLA001
EDCA002	EDAF007	EDAF001	EDAF009	EDAF010	EDAA002	EDPF002	EDPF005
EDFA008	EDFA001	EDFA004	EDKA002	EDEA004	EDMA001	EDMA003	EDMA004
EDLF013	EDFA009	EDAF004	EDAF006	EDPF007	EDPF001	EDSA003	ELCA004
ELCA003	JHCA007	EDEA001	EDLF007	EECA009	EEAF003	EEAF004	EEAF005
EEAF002	EEAF001	EEAF006	EEPFO02	EEPFO01	EEFA004	EEFA002	EEFA001
EEFA003	EECA007	EECA006	EDCA005	EDCA004	EECA002	EECA001	EECA003
EECA008	EECA010	EECA005	EECA012	EEGA001	EEGA002	EESA001	EELF002
EEAA002	EEFA006	EEFA005	EMPA001	EEKA001	ENAF002	ENAF001	ENFF001
ENFA006	ENFA001	ENFA004	ENFA005	EZSA004	ECCA001	DHCA003	EFFA001
EFFA002	EBEA001	EBCA012	DHCA002	DHAF003	DHPA001	EJCA001	EGCA002
EGAF003	EGAF002	DHNF006	EGPF001	EGFA004	DHFA003	EJCA002	EGCA003
EJCA003	DHCA004	EJBA001	EJEA001	EGFA009	EGFA006	EGPA001	EJFA007
EJFA004	EJFA006	EJGA002	EJGA001	EJGA003	EJFA002	EJSF418	EJSF771
EJSF032	EJSA003	EJSA001	DHCA001	DHAF002	DHAF004	DHPF003	DHFA002
DHFA007	DHFA004	DHFA006	DHFA005	DHFA001	DHSF001	DHSF002	DHSA001
DHSA002	DHGA001	DHGA002	EGCA004	EGFC001	EGFA010	EGFA008	EGSA002
EGSA001	EGAF001	EGAF004	EGFA003	EGFA002	EGFA001	EGED001	EDSD011
EHCA008	EHAA001	EHFA001	EHCA003	EHCA006	EHCA009	EHCA007	EHCA004
EHCA002	EHCA005	EHCA010	EHCA001	EHLA001	EBLA002	EBLA003	EPFA004
EPFA001	EFSA001	EBFA007	EAF003	EAF009	EAF008	EAF005	EAF006
EAF002	EAF004	EAF007	EASA001	EASA002	EACA006	EACA005	EACA001
EKSA002	EKSA001	DFSA002	DFCA001	DFFA004	ENFA007	ENCA001	ELSC001
ELSA001	EMSA002	EMSA001	EPLA002	EPLF004	EMLA001	EKLA001	EZMA004
EZMA001	EZMA002	EZMA003	EZCA003	EZAF001	EZAF002	EZPF004	EZPF003
EPPF001	EPPF003	EZPA001	EPCA001	EPCA002	EZCA004	EZFA002	EZFA003
EZBA002	EZBA003	EZBA001	EZCA002	EZSA001	EZSA003	EZSA002	EZFA001
EZFA004	DZSA002	ELGA001	DAMA003	DASA003	DAMA005	DAAA001	DASA012
DASA001	DASA004	DASA014	DASA009	DASA007	DASA011	DASA010	DASA002
DASA008	DASA013	DBPA003	DBPA001	DAFA007	DAFA010	DAAA003	DAAA002
DZMA012	DZMA007	DZMA006	DZMA004	DZMA001	DZMA010	DZMA003	DZMA002
DFCA006	DFMA012	DFMA011	DFCA002	DFCA008	DFCA005	DFCA007	DFCA004
DZMA005	DZMA011	DZMA009	DFCA010	DDSA002	DDSA001	DDEA001	DGMA009
DGMA011	DGMA001	DGMA012	DGMA010	DGMA005	DGMA002	DGAA005	DGAA004
DGAA002	DGFA020	DGFA016	DGFA013	DGFA018	DGKA022	DGKA024	DGKA017
DGKA021	DAPC001	DAPA001	DFBA001	DFEA001	DFCA009	DFCA003	DFMA003
DFMA006	DFAA003	DFAA004	DFAA005	DFAA002	DFSA001	DFMA008	DFMA004
DFMA001	DBLA001	DBLA002	DBLA003	DGSA003	DGDA001	ECPA003	EPMA001
EPMA002	EZSA005	DFGA003	DFGA001	DFGA004	DFGA002	DFMA010	DZSA001
DGGA004	DGGA001	EQLA001	EQGA001	EQGA002	FDHB002	FDHB004	ZAQA001
FCFA012	FCFA021	FAFA008	FAFA001	FAFA002	FAFA013	FAFA014	FAFA015
FAFA006	FAFA005	FAFA010	FASD001	FAFA007	FBFA001	FBFA003	FCSA002

FCSC001	FCSA001	FCFA028	FCFA016	FCFA020	FCFA008	FCFA027	FCFA025
FCFA013	FCFA005	FCFA009	FCFA001	FCFA003	FCFA026	FCFA015	FCFA014
FCFA023	FCFC002	FCFA002	FCFA004	FCFC003	FCFA006	FCFC001	FCFA019
FCFC005	FCFA010	FCFC004	FCFA022	FCFA018	FCFA029	FCFA011	FCPA001
FCFA007	FCCA001	FCFA024	FFJC001	FFJA001	FFFC420	FFFA002	FFFC001
FFFA001	FFSC272	FFSA001	EBSA011	GHQA001	ZBQC001	ZBQA002	ZBQC002
ZBQA001	GAEA002	GAFSA005	GAFSA002	GAFSA008	GAFSA004	GAFSA003	GAFSA001
GAMA019	GAMA002	GAMA014	GAMA006	GAMA023	GAMA021	GAMA008	GAMA003
GAMA024	GAMA013	GAMA007	GAMA001	GAMA020	GAMA004	GAMA016	GAMA010
GAMA005	GAMA015	GAMA009	GAMA017	GAMA022	GALD002	GAFD001	GAFSA006
GAMA011	GBPE003	GBPE001	GBPA004	GBPA002	GBPA001	GBFA002	LAFA021
LAFA023	GBFA008	LAFA024	LAFA016	LAFA017	LAFA015	LAFA022	LAFA020
LAFA018	LAFA019	GBJE002	GBFA007	GBJA002	GBJA001	GBPA003	GBFA001
GBFA003	GBBA001	GBCA001	GBPE002	GCFA005	GCFA003	GCFA007	GCFA004
GCFA006	GCFA001	GCFA002	GCCD001	GCME004	GCME003	GCME002	GCME001
GCA001	GDFE015	GDFE010	GDFE004	GDFE002	GDFE014	GDFE007	GDFE003
GDA004	GDA002	GDFE001	GDA010	GDFE011	GDA007	GDA015	GDA001
GDA006	GDA016	GDA014	GDA008	GDA009	GDA011	GDA013	GDA017
GDA012	GDA003	GDA005	GDA018	GDA003	GDA001	GDA002	GDA001
GDA002	GDA004	GDA003	GDA003	GDA002	GDA001	GDA004	GDA001
GDA001	GESA002	GESA003	GDA002	GDA010	GDA002	GDA012	GDA008
GDA006	GDA007	GDA003	GDA001	GDA005	GDA009	GDA004	GDA013
GDA011	HESA010	GFFC002	GFFA017	GFFA021	GFFC006	GFFC005	GFFA005
GFFA032	GFBA004	GFBA002	GFBA001	GFBA003	GFFA014	GFFA029	GFFA009
GFFA013	GFFA026	GFFA004	GFFA027	GFFA016	GFFA006	GFFA022	GFFA008
GFFA030	GFFA033	GFFA019	GFFA018	GFFA023	GFFA010	GFFA031	GFFA015
GFFA034	GFFA012	GFFA024	GFFA011	GFFA001	GFFA025	GFFA028	GFFA002
GFFA007	GGJA002	GGJA004	GGJC001	GGJA001	GGJC002	GGJA003	ZBSA001
GGPA001	GGPA002	GGNC001	GGNA001	GGFA001	GGFA003	GGCA001	GFFC004
GFFA003	GFFC003	GFFA035	ZBGC001	ZBGA001	GFC001	GFA001	GHJA001
GHJA002	GHFA001	GHFA002	GHFA004	GHFA003	ZCQC002	ZCQC001	ZCQA001
HFA003	HGPA005	HGPA003	HHP001	HHPA002	HFA031	HFA014	HAMA027
HAMA016	HAMA029	HAMA002	HAMA023	HAMA010	HAMA020	HAMA011	HAMA014
HAMA021	HAMA018	HAMA005	HAMA003	HAMA004	HAMA008	HFA030	HAMA015
HABA001	HAMA030	HASA024	HASA011	LCJA004	LCJA002	HJA002	HJD004
HAPA004	HAPA003	HAMA001	HADA001	HAMA026	HADA002	HAAA002	HAAA001
HAAA003	HDAA002	HDMA010	HAND003	HAND005	HFA032	HFA019	HFA021
HFA022	HFA034	HFA009	HDA020	HDA022	HDA021	HFA023	HFA001
HFA005	HFA013	HFA003	HFA012	HFA029	HFA016	HFA007	HFA006
HFA027	HFA033	HFA024	HFA004	HFA002	HFA026	HFA017	HASA018
HASA025	HASA013	HASA009	HASA012	HASA021	HASA005	HASA015	HASA023
HASA008	HASA014	HASA019	HASA001	HASA006	HASA020	HAMA006	HAMA017
HACA001	HACA002	HASD006	HDSD002	HASD007	HASA017	HASA004	HASA022
HASA016	HASA007	HASA010	HAMA012	GAMA025	GAMA026	HAMA024	HAMA025
HAMA007	HASD002	HASD004	HASD005	HASD001	HASA002	HASA003	HDMA006

LBPA028	LBPA024	HCCA002	HCEA001	HCCA001	HCCD001	HCSA001	HCGA003
HCGA223	HCGA002	HCGA130	HCGA374	HCGA109	HCFA007	HCFA003	HCFA011
HCFA001	HCFA004	HCFA008	HCFA009	HCFA002	HCFA010	HCFA006	HCFA005
HCFA013	HCFA012	HDJD001	HDJD002	HDJA001	HDGA001	HDPE002	HDPE001
HDPA001	HDMA007	HDMA009	HDMA008	HDAA003	HDFA018	HDFA015	HDFA014
HDFA002	HDFA008	HDFA009	HDFA017	HDFA019	HDFA007	HDFA004	HDFA011
HDFA013	HDFA016	HDFA012	HDFA005	HDFA003	HDFA010	HDFA001	HDFA006
HDCA001	HECA001	HECC001	HECA002	HECA004	HESA005	HESA001	HESA008
HESA004	HESA007	HECA005	HECA003	HESA003	HEPC001	HEPA001	HEPC002
HEPA006	HEPC004	HEPA003	HEPC003	HEPA002	HEDA001	HEFC001	HEFA015
HEFC002	HEFA019	HEFA020	HEFA004	HEFA006	HEFA008	HEFA017	HEFA022
HEFA001	HEFA013	HEFA003	HEFA012	HEFA018	HEFA002	HEFA016	HEFA009
HEFA007	HEFA005	HEFA011	HEMA007	HEMA009	HEMA008	HEMA005	HEMA001
HEMA006	HEPA005	HEPA004	HEPA007	HEFA021	HESA006	HESA002	HESA009
HEMA004	HEMA003	HEMA002	HEFC003	HEFA014	HEFA010	HFCC001	HFCA003
HFCC002	HFCA002	HFSA001	HFMA001	HFMC004	HFMA003	HFMA007	HFMC001
HFMA008	HFCC022	HFCA004	HGCA006	HFPA001	HGPA001	HFMC003	HFMA004
HGCC027	HGCA009	HFCC003	HFCA001	HFFC018	HFFA011	HFFC004	HFFA001
HFMC006	HFMA010	HFMC007	HFMA009	HFKA001	HFKA002	HFMC008	HFMA011
HFKA001	HFDC002	HFDA002	HFDC001	HFDA001	HFFC001	HFFA009	HFFA003
HFFC012	HFFA002	HFFC002	HFFA006	HFFC017	HFFA005	HFFA008	HFMA005
HFPC001	HFPA002	HFFC003	HFFA010	HFFA007	HFFA004	HGCA003	HGFA014
HGCA007	HGMA002	HGCC031	HGCA002	HGLA001	HGCC026	HGCA008	HGMA001
HGSA001	HGCC003	HGCA001	HGCC015	HGCA005	HGPC006	HGPA002	HGEC009
HGEA003	HGFA001	HGFA005	HGFC014	HGFA003	HGFC021	HGFA007	HGFC016
HGFA004	HGFA013	HGPA006	HGFA012	HGFC001	HGFA010	HGFA011	HGFA008
HGFA009	HGFC002	HGFA006	HGAA002	HGEC001	HGEA001	HGAC010	HGAA003
HGMA005	HHFA016	HHFA011	HHFA001	HHFA025	HHFA020	HHCC001	HHCA001
HHCC007	HHCA002	HHAA002	HHMC005	HHMA002	HHSA001	HHCC011	HHCA003
HHPC002	HHPA001	HHFC296	HHFA026	HHFA009	HHFA008	HHFA018	HHFA023
HHFC040		HHFA014	HHFA017	HHFA010	HHFA024	HHFA006	HHFA002
HHFA021	HHFA005	HHFA022	HHFA004	HHFA030	HHFA029	HHFA031	HHFA028
HHMC001	HHMA003	HHFA003	HJFD002	HJFA003	HJFA018	HJCD002	HJCD001
HJCC001	HJCA001	HJDC001	HJDA001	HJJA001	HJPA001	HJSA001	HJFA013
HJMA002	HJFC031	HJFA011	HJFA002	HJFA004	HJFA006	HJFA017	HJFA001
HJFA005	HJFA007	HJFA019	HJFA014	HJFC023	HJFA012	HHFA027	HJFA008
HJFA009	HJFD004	HJFD001	HJFD005	HJFC002	HJFA020	HJFD003	HJFC001
HJFA016	HJFC003	HJFA015	HJFA010	HJBA001	HKCA003	HKMA001	HKCA005
HKCA002	HKCA001	HKFA009	HKPA009	HKFA005	HKFA006	HKFA007	HKMA003
HKMA002	HKMA004	HKMA005	HKLA002	HKGA001	HJEA003	HJEA002	HJEA004
HJEA001	HJMA001	HKMA006	HKEA001	HMCA009	HMLC001	HMLA001	HLJC001
HLJA001	HLCC001	HLCA002	HMCC003	HMCA003	HMCA010	HMCA001	HMCA011
HMCC002	HMCA002	HMCC013	HMCA004	HMCC001	HMCA006	HMCA008	HMCA007
HMCA005	HMGC001	HMGAA001	HMFC004	HMFA007	HMFC001	HMFA004	HMFC002
HMFA003	HMFA008	HMFC003	HMFA006	HMFA002	HMFC005	HMFA005	HMFA001

HMFA009	HMFA010	HLNC003	HLNA007	HLFA014	HLFA012	HLFA002	HLFC003
HLFA019	HLFC004	HLFA020	HLFA003	HLFC027	HLFA009	HLFC032	HLFA006
HLFC002	HLFA011	HLFC037	HLFA018	HLFA007	HLFA017	HLFA004	HLFA005
HLFA010	HLSC012	HLSA001	HLCA001	HNJC001	HNJA001	HNCC021	HNCA008
HNCA001	HNCC033	HNCA005	HNCA006	HNCA007	HNCA002	HNCA004	HNCA003
HNFC027	HNFA012	HNFC001	HNFA005	HNFC028	HNFA008	HNFA002	HNFC002
HNFA013	HNFA010	HNFA001	HNFA011	HNFA006	HNFA007	HNFA004	HNEA740
HPLA335	HPLA423	HPLC035	HPLA005	HGPC005	HPGA001	HPKC014	HPKA002
HPKA001	ZCJC001	ZCJA005	ZCJA002	ZCJA004	ZCJA003	ZCJA001	HPCA001
HPPC001	HPPA001	HPPC002	HPPA003	HPPC003	HPPA002	HGPC015	HGPA004
HPNC001	HPNA001	HPFC001	HPFA003	HPFC002	HPFA004	HPBA001	HPFC007
HPFA001	HPSC001	HPSA001	JBQG002	JBQG001	JBQE001	JCQE003	JCQE001
JCQE002	JCQE004	JDQE002	JBHE001	JDHE002	JDHE001	JDHE003	JEHE002
JEHE001	JAHC001	JAHA001	JCLE003	JHHA002	JHHA003	JHCA003	JFQC001
JFQA001	JHQA002	JHQA003	JHQA001	JJPC002	JJPA002	JAFCC008	JAJA007
JAJA004	JAFCC005	JAJA030	JAJA024	JAJA019	JAJA008	JAJA006	JAJC002
JAJA001	JAJC007	JAJA003	JAJA026	JAJC006	JAJA023	JAJA010	JAJA002
JAJA012	JAJC001	JAJA032	JAJA015	JAJC004	JAJA016	JAJA027	JAJA031
JAJC019	JAJA009	JAJA022	JAJA014	JAJA021	JAJC010	JAJA029	JAJA025
JAJA028	JAJA011	JAJA005	JACA001	JAMA002	JASA001	JAJA018	JAJA017
JAJA020	JAEA002	JADA001	JAPC018	JAPA001	JCCC003	JCCA003	JCLE001
JCLD001	JCLE002	JCGE003	JCGH002	JCGE004	JCKE001	JCKE002	JACH001
JAMA001	JAMB001	JACH002	JACH003	JACA002	JBCA001	JCCB001	JCCC001
JCCA002	JCCA014	JCCC002	JCCA006	JCCA011	JCCA005	JCCA007	JCCA008
JCEA005	JCEC006	JCEC011	JCEA002	JCEA001	JCEA003	JCMA004	JCEA004
JCCA013	JCCA012	JCMA001	JCMA002	JCMA003	JCMA005	JANJ002	JANE005
JANE002	JAGD001	JAGF002	JAGD002	JAGF003	JAGC001	JAGA001	JAGA004
JAGA002	JAGA006	JAGF001	JAGA003	JAGA005	JCEE001	JCGH005	JCGH001
JCGE002	JCGG001	JCGH004	JCGE006	JCGC003	JCGA002	JCGE005	JCGC002
JCGA003	JCGE001	JCGC001	JCGA001	JBPH001	JBPE002	JBPG001	JBPE001
JBMC001	JBMA001	JBNE004	JCND001	JCNE004	JCNF001	JCNE003	JCNE002
JCNE001	JBFE001	JBFA001	JCFD001	JCFF001	JCFE001	JCFE003	JCFE002
JBFC001	JBFA002	JCFA002	JCFA003	JCFA009	JCFA008	JCFA010	JCPA003
JCFA005	JCFA007	JCFA004	JCFA006	JCFC001	JCFA001	JCKA001	JCKA002
JCCA010	JCCA009	JCAD001	JCAF001	JCAE001	JCAH001	JCPD001	JCPC002
JCPA002	JCPC001	JCPA001	JCSA003	JCSA001	JCSA002	JCSA005	JCSA004
JCPE002	JCPE001	JDJE001	JDCJ001	JDCA002	JDCA001	JDCA004	JDGE001
JDNE001	JDFE002	JDJE001	JDFC001	JDFA002	JDFC023	JDFA011	JDFA014
JDFA017	JDFA004	JDFA015	JDFA005	JDFA001	JDFA008	JDFA003	JDFA009
JDFA006	JDFA016	JDDC002	JDDA002	JDDA008	JDDA007	JDDA005	JDDA004
JDDA006	JDDA003	Jddb005	Jddb007	JMBA001	JMDA001	JRPA001	JRGA001
JRGC001	JRGA002	JRGA004	JRGA003	JDCC016	JDCA003	JDMA001	JDMA002
JDSA008	JDSA011	JDSA005	JDSC024	JDSA006	JDSA002	JDFA007	JDFA012
JDFA013	JDFA010	JDSA003	JDSA007	JDSA009	JDSA004	JDSA001	JDPA001
JDPE001	JDPA002	JDLA001	JELA004	JELA001	JELA003	JELA002	JELB003

JEGA004	JEGA005	JEGA002	JEGB005	JEKA007	JEKA006	JEKA005	JEKA010
JEKA008	JEKA009	JEKA002	JEKB006	JELE002	JELE003	JEGE002	JEGE004
JEKE001	JEGE001	JEGA003	JDPE002	JEPE001	JEPH001	JECE001	JEPD001
JEPD002	JEPE002	JEPA001	JEPA006	JENE001	JEGE003	JDFE003	JDFA018
JEFE003	JEFE001	JEFE004	JEFE005	JEFA002	JEFA003	JEFA004	JEFA010
JEFA012	JEFA009	JEFA011	JEFA008	JEFA007	JEFA001	JEPA007	JEEE001
JECA002	JDMA003	JEMA002	JEMA018	JEMA001	JEMA023	JEMA005	JEMA010
JEMA007	JEMA022	JEMA015	JEMA009	JEMA012	JEMA011	JEMA013	JEMA017
JEMA016	JEMA003	JELE001	JESA003	JESA005	JESA004	JESA001	JDSA010
JECA001	JEFA005	JEMA004	JEAA001	JEMA006	JEMA020	JEMA019	JEMA021
JEMA014	JGNE171	JGJB001	JGFA016	JGFE004	JGFE023	JGFE365	JGFA014
JGFA005	JGFA009	JGFA007	JGFC045	JGFA008	JGFC001	JGFA006	JGFA011
JDFA024	JDFA023	JDFA025	JDFA020	JDFA019	JDFA022	JDFA021	JHFA012
JHFA010	JHFA017	JHFA005	JHFA006	JHFA008	JHFA001	JHFA004	JHFA019
JHFA013	JHFA014	JHLA005	JHGA002	JHKA002	JHCA006	JHCA005	JHCA002
JHEA009	JHEA010	JHDA001	JHEA012	JHSB001	JHSA001	JHBA001	JHMA006
JHFA002	JHMA005	JHJA001	JHFC001	JHFA003	JHEA004	JHEA001	JHEA002
JHEA003	JHFA009	JHPA001	JHMA001	JHMA003	JHMA002	JHFA007	JHFA016
JHFA011	JHCA004	JHSA002	JHEA005	JHMB001	JHCA001	JHLA003	JHLA002
JHLA004	JHGA003	JHGA001	JHKA003	JHKA004	JHPA002	JHEA011	JHAA002
JHAA001	JHEA006	JHEA007	JHEA008	JJJC001	JJJA001	JJPE001	JJPC004
JJPC003	JJPA004	JJPA003	JJFC003	JJFA010	JJFA008	JJFC004	JJFA002
JJFC008	JJFA003	JJFC009	JJFA005	JJFC006	JJFA007	JJFC010	JJFA050
JJFA004	JJCC001	JJCA001	JJCC004	JJCA003	JJEC003	JJEA003	JJEC002
JJEA002	JJEC001	JJEA001	JJCC003	JJCC002	JJCA002	JJFC002	JJFA006
JKND001	JKNE001	JKGD002	JKFE001	JKFE002	JKFC004	JKFC001	JKFA016
JKFA022	JKFA031	JKFA008	JKFA011	JKFA009	JKFA030	JKFA019	JKFA003
JKFC002	JKFA024	JKFA014	JKFA012	JKFC006	JKFA032	JKFA001	JKFA029
JKFC005	JKFA018	JKFA026	JKFA015	JKFA025	JKFA002	JKFA013	JKFC003
JKFA006	JKFA005	JKFA028	JKFA021	JKFA007	JKFA004	JKFA020	JKFA023
JKFA027	JKPJ002	JKPE001	JKPE002	JKPJ001	JKPC001	JKCA001	JKMA001
JKCD001	JKPD001	JKMD001	JKBA001	JKBA002	JKDC015	JKDA042	JKDC001
JKDA003	JKDA002	JKDA001	JKGE001	JKGC001	JKGA001	JLJA002	JLJD001
JLFA002	JLFA004	JLFA003	JLDC015	JLDA002	JLDA001	JLDA004	JLDA003
JLCA004	JLCA009	JLCA002	JLCA001	JLCA007	JLCA005	JLCA003	JLPA001
JLFA001	JLFD002	JLMC001	JLMA005	JLMA002	JLMA003	JLMA001	JLMA004
JLCA006	JLCA008	JLSD001	JMPA005	JMPA001	JMFA006	JMFA001	JMFA003
JMFA008	JMFA007	JMFA005	JMFA009	JMFA010	JMFA004	JMCA005	JMCA006
JMMA002	JMPA002	JMPA004	ZCGD069	ZCGC718	ZCGA765	ZCGC025	ZCGA760
ZCGA433	QBFA014	JFJC001	JFJA001	JFFA006	JFFC002	JFFA010	JFFA021
JFFC001	JFFA012	JFFA014	JFFA007	JFFA020	JFFA017	JFFA015	JFFA018
JFFA001	JFFA003	JFFA016	JFFA009	JFFA019	JFFA022	JFFA005	JFFA004
JFFA002	JFFA008	JFFA011	JFFA013	JMMA001	JZMA003	JZMA002	JMEA002
JMEA001	JMMA004	JNMD001	JNJD001	JJJC002	JJJA002	JJPC001	JJPA001
JJFC001	JJFA001	JQGA001	JNBD001	JQGD010	JQGD012	JQGD004	JQGD001

JQGD003	JQGD008	JQGD013	JQGD005	JQGD002	JQGD007	JQGA002	JQGA004
JQGA003	JQGA005	JNCA002	JNCA001	JMCA001	JMCA004	EDSA002	ELSA002
JNFA001	JNPA002	KANB001	KAFA001	KAFA002	KBFA001	KCJA001	KCGA001
KCFA004	KCFA001	KCFA008	KCFA010	KCFA009	KCFA005	KCFA007	KCFA002
KCFA003	KCFA006	KCMA001	KDQA001	KDQA003	KDQC002	KDQA002	KDFC001
KDFA002	KDFA001	KDFA003	KDEA001	KEFC002	KEFA002	KEFC001	KEFA001
KZFC001	KZFA001	LAHH004	LAHH005	LAHJ003	LAHA001	LAHA002	LACA012
LAF011	LAF004	LAMA009	LAPA008	LAPA005	LAPA016	LAPA006	LAMA006
LAGA007	LAPA001	LAPA015	LACA020	LACA016	LACA017	LACA004	LACA019
LACA014	LACA015	LACA006	LACA010	LACA011	LACA018	LACA013	LACA009
LACA005	LAF005	GBFA004	GBFA005	GBFA006	LAF001	LAF003	LAF006
LARA002	LARA001	LARA004	LARA003	LAEA002	LAEA006	LAEA004	LAEA009
LAPA004	LABA001	LABA003	LBED001	LBED004	LBEP009	LAEA001	LAEA003
LAEB001	LAMA007	LAMA005	LAMA003	LACA001	LACB002	LACA002	LACA003
LACA008	LACA007	LACB001	LBCA010	LBCA003	LBCA009	LBCA005	LACB003
LAPA012	LAPA003	LAPA013	LAPA011	LAPA007	LBPA027	LBPA029	LBPA015
LBPA035	LBPA006	LBPA022	LBPA017	LBPA031	LBPA009	LBPA008	LBPA012
LBPA032	LBPA043	LBPA010	LBPA038	LAPA002	LAPA010	LAPA009	LAPA014
LBFA006	LBFA011	LBFA033	LBFA024	LBFA005	LBFA007	LBFA028	LBFA014
LBFA001	LAF012	LABA004	LAMA012	LAMA004	LAMA010	LAMA001	LAMA011
LAMA002	LBCB002	LBCA006	LBCB001	LBCA002	LBCA001	LBCA004	LBCA007
LBCA008	LBBA006	LBBA004	LBBA003	LBBA005	LBPA034	LBPA030	LBPA007
LBPA021	LBPA042	LBPA004	LBPA040	LBPA023	LBPA011	LBPA020	LBPA033
LBPA019	LBPA041	LBPA014	LBPA005	LBPA037	LBPA002	LBPA016	LBPA026
LBPA039	LBPA036	LBPA018	LBPA013	LBPA001	LBPA025	LBAA001	LBGA005
LBFA015	LBFA018	LBFA010	LBFA008	LBFA029	LBFA020	LBFA009	LBFA004
LBFA036	LBFA027	LBFA017	LBFA034	LBFA037	LBFA039	LBFA026	LBFA022
LBFA038	LBPA003	LBDD001	LBMA002	QAJH004	QAJH001	LALA469	LAGA381
LALA002	LALA001	LAGA004	LAGA003	LAGA005	LAGA002	LZGA001	LAGA006
LAGA001	LAF013	LBEA001	LBFA032	LBFA025	LBFA003	LBMA006	LBMA001
LBMA004	LBFA013	LBDA001	LBMA003	LBFA019	LBFA035	LBFA016	LBFA012
LBGA001	LCFA001	LCFA002	LCMA001	LBLD024	LDHA002	LEHC001	LEHA002
LEHA003	LEHA001	LFHC001	LFHA001	LHHA006	LHHA007	LDHA001	LJHA001
LHCA011	LHCA002	LHCA016	LHCA010	LDCA002	LDCA003	LDCA009	LDCA006
LDCA005	LDCA010	LFCA002	LFCA001	LGCA001	LHDA001	LFDA012	LHDA002
LFDA004	LDDA001	LDCA008	LDCA004	LDCA001	LDCA007	LDCA011	LECC001
LECA003	LECA006	LFCC001	LFCA005	LDCA013	LECA005	LECA001	LFCA004
LHCA001	LDCA012	LECA002	LECA004	LFCA003	LFDA005	LFDA007	LFDA003
LFDA001	LFDA006	LFDA009	LFDA014	LFDA002	LFDA013	LFDA011	LFDA010
LFDA008	LHMA011	LHMA006	LEMA002	LEMA003	LFMA001	LEMA004	LEMA001
LHMA003	LHMA013	LHMA004	LHMA015	LHMA014	LHFA001	LHFA029	LHFA028
LHFA003	LHFA027	LHFA013	LHFA025	LEPA002	LEPA001	LEPA009	LEPA006
LEPA005	LFPA003	LDPA008	LDPA010	LDPA009	LEPA003	LEPA008	LFPA001
LEPA007	LEPA004	LFPA002	LDPA003	LDPA001	LDPA004	LDPA005	LDPA002
LHMA007	LHMA016	LHPA003	LHPA010	LHPA006	LHFA016	LHFA024	LHFA019

LDFA005	LDFA004	LDFA003	LFFA006	LFFA005	LFFA001	LDAA002	LFAA001
LDAA001	LFAA002	LDFA002	LDPA006	LDPA007	LHFA031	LDFA009	LEFA010
LEFA007	LFFA009	LEFA014	LFFA014	LDFA012	LEFA006	LEFA004	LFFA013
LEFA012	LEFA008	LFFA008	LEFA001	LDFA010	LEFA005	LFGA001	LEFA009
LFFA012	LGFA002	LGFA006	LGFA001	LGFA003	LGFA004	LGFA005	LHGA007
LHGA006	LHGA004	LDGA002	LDGA001	LEGA002	LEGA001	LHMA008	LHPA004
LDFA001	LEFA002	LEFA003	LFFA002	LFFA003	LFFA004	LFFA007	LDFA011
LEFC002	LEFA013	LFFC002	LFFA011	LDFA008	LEFA011	LFFA010	LDFA006
LDFA007	LFKA001	LDKA426	LDKA767	LJJA001	LJJA002	LJSA002	LJSA001
LJCA001	LJCA002	LJFA010	LJFA006	LJFA003	LJFA002	LJFA007	LJFA004
LJFA008	LJFA009	LJFA001	LJMA003	LJMA001	LJGA002	LJGA001	LJMA002
LJMA004	LJMA005	LJMA006	LCPA002	LLFA003	LLFA013	LLCC001	LLCA003
LLCC003	LLCA005	LLMC003	LLMA003	LLMC019	LLMA008	LLMC004	LLMA006
LLMA010	LLMC001	LLMA007	LLMC005	LLMA001	LLMA005	LLMA002	LLCA002
LLCA001	LLMA009	LLMA004	LMFA003	LMFA001	LMFA002	LMMA011	LMMC003
LMMA016	LMMA017	LMMC002	LMMA012	LMMA008	LMMC004	LMMA019	LMMA018
LMMC001	LMMA001	LMMA002	LMMA014	LMMA009	LMMC020	LMMA006	LMMC015
LMMA010	LMMA004	LMMA005	LMMA003	LMMA007	LMSA002	LMSA004	LMGA001
LMSA001	LMSA003	LMSA005	MZHA001	MDHA001	MACB002	MACA003	MACA002
MAPA003	MAPA001	MAFA006	MAGA003	MAGA002	MAFA003	MAFA001	MAGA001
MACB001	MACA004	MACA001	MAPA002	MAFA005	MAFA002	MAFA004	MBCA009
MBCA005	MBCA004	MBCA001	MBCA007	MBCB002	MBCA011	MBCB001	MBCA003
MBCA008	MBCA006	MBCB004	MBCB003	MBCA010	MBCA012	MBCB005	MBCA002
MBPA002	MBPA005	MBPA004	MBPA003	MBPA006	MBPA001	MBGA002	MBGA001
MBFA002	MBFA001	MBMA001	MBMA002	MCCB004	MCCB001	MCCA001	MCCA011
MCCB005	MCCA009	MCCB003	MCCA004	MCCB008	MCCA003	MCCB007	MCCA008
MCCA007	MCCB002	MCCA005	MCCA010	MCCB009	MCCA002	MCCB006	MCCA006
MCPA010	MCPA006	MCPA004	MCPA007	MCPA002	MCPA009	MCPA003	MCPA001
MCPA005	MCPA014	MCPA013	MCPA012	MCPA011	MCFA002	MCFA003	MCFA001
MCFA005	MCFA004	MCFA006	MCMA002	MCMA001	MCPA008	MDCA013	MDCA001
MDCA006	MDCA005	MDGA001	MDFA003	MGFA006	MDFA006	MDFA004	MDFA005
MDEA001	MDEA002	MDEA003	MDCA010	MDCB003	MDCA011	MDCA009	MDCB004
MDCA007	MDCA003	MDCB005	MDCA014	MDCA012	MDCA008	MDCB002	MDCA004
MDCB001	MDCA002	MDPA002	MDPA004	MDPA005	MDPA003	MDPA001	MDFA002
MDGA003	MDGA004	MDFA001	MDFA007	MDMA001	MDGA002	MDGA005	MCAA001
MDAA001	MBAA002	MDAA002	MZFA006	MZGA003	MZGA004	MEEA004	MEMA001
MEMC001	MEMA011	MEEA001	MEEA003	MEEA002	MEJC001	MEJA001	MEDA001
MEMA018	MEMA005	MEMC003	MEMA006	MEMC005	MEMA017	MEMA015	MEKA010
MEKA009	MEKA005	MEKA006	MEKA007	MEKA008	MEGA002	MEGA001	MEKA004
MEMA008	MEKA002	MEKA001	MEKA003	MELA001	MEFA004	MEMA003	MEMA009
MEPC001	MEPA001	MEFC002	MEFA003	MEMC002	MEMA012	MEMA014	MEMA016
MEMC004	MEFC001	MEFA001	MFEA002	MFEB001	MFEA001	MFEA003	MFJC001
MFJA001	MFDA001	MFDA002	MFMA005	MCKA002	MFKA003	MFGA001	MFKA001
MFFA001	MFMA001	MFMA003	MFPC001	MFPA002	MFPA003	MFPA001	MFFA003
MFFC001	MFFA002	MFCA001	MGEA002	MGEA001	MGJC001	MGJA001	MGDA002

MGDA001	MGMA005	MGMA003	MGKA003	MGKA002	MGGA002	MGGA001	MGKA001
MGFA001	MGMA002	MGMA006	MGPA001	MGFA007	MGFA004	MGFC001	MGFA002
MGFC002	MGFA005	MGFC003	MGFA003	MGCC001	MGCA001	MGMA004	MHJA001
MHEA004	MHEA002	MHEA003	MHEA001	MHDA002	MHDA004	MHDA003	MHDA005
MHDA001	MHDB001	MHMA005	MHMA002	MHMA001	MHMA004	MHMA003	MHPA002
MHPA001	MHPA004	MHPA003	MHFA002	MHFA001	MHFA003	MHCA003	MHCA002
MHCA001	MZJB001	MJEC001	MJEA010	MJEC002	MJEA006	MJMA003	MJEA019
MJPA006	MJPA004	MJPA001	MJPA012	MJEA017	MJEA016	MJEA021	MJEA012
MJFC001	MJFA001	MJGA001	MJDC001	MJDA001	MJFA005	MJCA012	MJMA010
MJCA001	MJCA002	MJMA013	MJMA006	MJMA009	MJMA014	MJEA004	MJAA002
MJAA001	MJPA011	MJPA002	MJPA009	MJFA004	MJFA014	MJFA007	MJFA002
MJFA016	MJFA013	MJFA018	MJFA015	MJFA012	MJEA005	MJEA008	MJEA007
MJEA002	MJEA001	MJEA009	MJEA018	MJEA015	MJEA020	MJEA011	MJEA013
MJEA003	MJEA014	MJFA003	MJJA001	MJJA002	MJJA004	MJJA003	MJFA009
MZMA004	MZMA001	MJCA006	MJCA005	MJCA008	MJCA007	MJCA003	MJCA010
MJMA002	MJMA016	MJMA015	MJPA007	MJPA008	MJPA003	MJPA005	MJFA006
MJFA010	MJPA013	MJMA012	MZMA003	MZMA002	MDEA004	MZEA005	MZEA009
MZEA004	MZEA008	MZFA014	MZFA015	MZFA008	MZFA012	MJPA014	MZPA002
MJFA017	MJFA011	MZFA009	MZFA010	MZFA002	MZFA011	MZFA005	MZFA004
MZFA001	MZFA003	MZFA013	MZFA007	MZEA007	MZEA011	MZEA002	MZEA010
MZEA001	MZEA012	MZEA003	NAHB001	NAHB002	NZHA001	NAHA002	NAHA001
NEHA001	NEHA002	NACB001	NACA001	NACA002	NACA005	NACA003	NACA004
NAPA004	NAPA003	NAPA005	NAPA001	NAPA007	NAPA002	NAPA008	NAPA006
NAFA002	NAGA003	NAGA002	NAFA004	NAFA006	NAFA003	NAFA001	NAMA002
NAGA001	NBCA012	NBCA005	NBCA010	NBCA008	NBCA004	NBCA009	NBCA006
NBCB001	NBCB002	NBCB004	NBCA007	NBCB006	NBCA014	NBCA015	NBCA003
NBCA013	NFDC001	NFDA009	NBCB005	NBCA011	NBPA019	NBPA014	NBPA020
NBPA013	NBPA018	NBPA006	NBPA003	NBPA002	NBPA007	NBPA012	NBPA011
NBPA004	NBPA015	NBPA001	NBPA008	NBPA017	NBPA010	NBPA009	NBFA001
NBGA002	NBGA006	NBGA003	NBGA005	NBGA004	NBGA001	NBFA003	NBFA004
NBFA008	NBFA002	NBFA006	NBFA007	NBMA003	NBMA001	NBDA004	NBDA013
NBGA015	NBGA010	NBGA007	NBPA016	NBPA005	NBCB003	NBCA002	NBCA001
NBFA005	NBFA009	NBMA002	NCCB002	NCCC001	NCCA003	NCCA007	NCCA018
NCCA006	NCCA010	NCCB004	NCCB006	NCCA002	NCCA014	NCCB005	NCCA001
NCCB001	NCCB007	NCCA011	NCCA019	NCCA005	NCCA008	NCCA013	NCCA004
NCCA015	NCCA012	NCCA016	NCCA017	NCCB003	NCCA009	NCPA001	NCPA002
NCPA003	NCPA015	NCPA005	NCPA014	NCPA013	NCPA004	NCPA011	NCPA012
NCPA016	NCPA009	NCPA006	NCPA007	NCFA006	NCFA002	NCFA003	NCGA001
NCGA002	NCFA005	NCFA004	NCFA007	NCFA008	NCFA009	NCFA001	NCMA002
NCMA001	NCPA010	NCPA008	NCEA001	NDCB001	NDDC001	NDDA001	NDCA005
NDCB004	NDCA001	NDCA004	NDCA006	NDPA010	NDPA003	NDPA006	NDPA012
NDPA007	NDPA005	NDFA001	NDFA003	NDFA004	NDFA008	NDFA009	NDFA010
NDCB003	NDCA002	NDCB002	NDCA003	NDPA001	NDPA008	NDPA011	NDPA002
NDPA013	NDPA009	NDPA004	NDPA014	NDMA001	NBAA006	NDAA001	NBAA003
NBAA001	NBAA005	NBAA004	NDAA002	NDFA005	NDFA002	NDGA001	NDGA002

NDA006	NDGA003	NEJA003	NEDB454	NEDA003	NEFA002	NEMA019	NEJA002
NEJA004	NEEA004	NEEA001	NEEA003	NEEA002	NEJC001	NEJA001	NEDA001
NEMA021	NEMA003	NEMA017	NEDA002	NEMA020	NEMA018	NEKA018	NEKA011
NELA003	NEKA020	NEKA012	NEKA014	NEKA010	NEKA016	NEKA017	NEKA021
NEKA015	NEKA013	NEKA019	NEGA004	NEGA005	NEGA002	NEGA003	NEGA001
NEKA022	NEKA004	NEKA009	NEKA002	NEKA007	NEKA005	NEKA003	NEKA008
NEKA006	NEKA001	NELA002	NELA001	NEFA001	NEMA013	NEMA011	NEPA001
NEFC001	NEFA004	NEFA003	NFJC002	NFJA002	NFJC001	NFJA001	NFDA002
NFDA003	NFKA009	NFKA006	NFKA007	NFKA008	NFGA002	NFGA001	NFKA004
NFKA003	NFKA005	NFKA001	NFKA002	NFLA002	NFLA001	NFMA013	NFMA006
NFPC002	NFPA001	NFPA003	NFFC002	NFFA004	NFFA005	NFFC001	NFFA002
NFFA006	NFCC002	NFCA001	NFCA004	NFCC001	NFCA006	NFCA005	NFCA003
NFMC003	NFMA004	NFMC002	NFMA010	NFMC005	NFMA008	NFMC001	NFMA011
NFCA002	NFMA005	NFMA002	NFPC001	NFPA002	NFPA004	NFFC004	NFFA003
NFFC003	NFFA001	NFEC002	NFEA002	NFEC001	NFEA001	NFCC408	NFCA132
NGJC002	NGJA002	NGEA001	NGJC001	NGJA001	NGDC001	NGDA002	NGDA001
NGDA003	NGDA004	NGKA001	NGGA001	NGGA002	NGFA001	NGMA001	NGPC001
NGPA002	NGPA003	NGPA001	NGCA001	NHDA011	NHDA009	NHDA003	NHDA010
NHDA006	NHDA008	NHDA007	NHDA005	NHDA004	NHDA001	NHDA002	NHMA007
NHMA006	NHMA003	NHMA001	NHMA002	NHKA001	NHPA004	NHPA005	NHPA003
NHPA002	NHPA001	NHPA006	NHFA001	NHMA008	NJEA012	NJEA004	NJEA001
NJPB001	NJPA035	NJPA034	NJPA003	NJFA001	NJFA009	NJFA006	NJEA002
NJEA007	NJMA002	NJMA001	NJAA002	NJAA004	NJPA032	NJPA016	NJBA002
NJBA001	NJFA008	NJMA007	NJMB001	NJCA001	NJMA003	NJEA003	NJAB001
NJAA003	NJAA001	NJPA014	NJPA018	NJFA005	NJEA009	NJEA011	NJEA006
NJEA010	NJEA008	NJPA025	NJPA029	NGFA002	NJPA023	NJPA002	NJPA019
NJPA009	NJPA027	NJPA007	NJPA015	NJPA006	NJEA005	NDA007	NJMA004
NJMA005	NJMA006	NZFA012	NZFA011	NZMA002	NZMA001	NZEA004	NZEA001
NJFA003	NJFA004	QDPA001	NJPA030	NJPA011	NJPA036	NJPA024	NJPA021
NJPA004	NJPA005	NJPA017	NJPA031	NJPA013	NJPA026	NJPA012	NJPA022
NJPA028	NJPA008	NJPA020	NJPA001	NJPA033	NZFA008	NZFA006	NZFA001
NZFA007	NZFA003	NZFA002	NZFA009	NZFA005	NZFA013	NZFA010	NZFA004
NZEA006	NZEA002	NZEA007	NDEA002	NZEA003	PACC001	PACA001	PADA003
PADB002	PADA001	PADB001	PAPA003	PAPA001	PAPA002	PAGA006	PAGA003
PAGA005	PAFA005	PAFA007	PAGA011	PAGA009	PAGA010	PAGA008	PAGB003
PAGB004	PAGB002	PAGH001	PAKB002	PAMP001	PAGA007	PAGA002	PCCA001
PCCA002	PCMA001	PCEA003	PCEA001	PCEA004	PCPA003	PCPA001	PCPA005
PCPB001	PCPA004	PCPA002	PCEA002	PCDA001	PCPA006	PDAB001	PZMA002
PZMA001	PZMA003	QZJA011	QAJA003	QBPA001	QZFA038	QZFA023	QZFA027
QBFA007	QBFA004	QBFA002	QAJA012	QCJA001	QAGA001	QZJP001	QZJP003
QZJP002	QZFA035	QZFA030	QZFA024	PDFA001	PDFA002	PDFA003	MJFA008
NJFA002	LCFA011	QZEA020	QZEA039	QZEA027	QZEA005	QZEA036	QZEA031
QZEA024	QZEA006	QZEA019	QZEA026	QZLB001	QZEA045	QZMA004	QZMA005
QZMA007	QZMA003	QZMA009	HPMA003	QAMA015	QAMA003	QAMA013	QAMA012
PZMA004	PZMA005	HPMA002	QZMA006	QZMA002	QZMA010	QZLA001	QZLA002

QBFA006	QBFA010	QBFA005	QBFA008	QBFA001	QBFA012	QBFA003	QZFA014
QBJB001	LCFA003	LCFA005	LCFA008	LCFA006	BAFA019	GAFA009	GAFA011
GAFA010	LCFA009	LCFA004	KCFA011	LCFA010	LCFA012	QZMP001	QZJA022
QZJA021	QZEA008	QZEA028	QZJA019	QZJA014	QZJA007	QZJA008	QZJA018
QZFA012	QZFA018	QZFA034	QZFA025	QZFA037	QAFA010	QAFA009	QZEA041
QZEA017	QZEA011	QZEA012	QZEA002	QZEA025	QZEA010	QAEA009	QAEA012
QAEA004	QAEA003	QZEA004	QZEA013	QZEA043	QZEA014	QZEA040	QZEA030
QZEA001	QZEA023	QZEA042	QZEA022	QZEA003	QZEA016	QZEA033	QZGP009
QZGP001	QZGP002	QZGP006	QZGP007	QEFA004	QEFA001	QEFA017	QEFA008
QEFA016	QEFA007	QEFA006	QEFA011	QEFA002	QEFA019	QEFA020	QEFA005
QEFA010	QEFA003	QEFA012	QEFA013	QEFA015	QEMA012	QEMA005	QEMA013
QEMA003	QEMA004	QEEB317	QEEB152	QEMA006	QEMA740	QEMA702	QEMA392
QEMA463	QEMA020	QEMA001	QEMA014	QEMA002	QEMA682	QEMA621	QEMA788
QEGA001	QEGA003	QEGA002	QEGA004	QEKA002	QEKA001	QEPA001	QEFA009
QEFA014	QEEA002	QEEA003	QEEA001	QEFA018	QEMA009	QEMA010	ZZKP001
QZKA007	ACQP002	EDEA002	EDEA003	EDAA003	EMMA001	HMQA001	HCNE083
HGMA003	HHFA032	YYYY062	YYYY066	YYYY013	YYYY400	YYYY405	YYYY188
YYYY026	YYYY031	YYYY022					

Annexe 19-3 « Liste des actes de la CCAM éligibles au modificateur Z »

ACQH001	ACQH002	ACQH003	ACQH004	ACQK001	ACQK003	AEQH001	AEQH002
AFQH001	AFQH002	AFQH003	BBQH001	EAQH002	EBQH004	EBQH006	ECQH010
ECQH011	EKQH001	ELQH001	ELQH002	EMQH001	FCQH001	FCQH002	GEQH001
HCQH001	HCQH002	HEQH001	HEQH002	HFMP002	HGPH001	HGQH001	HGQH002
HHQH001	HHQH365	HHQK484	HMQH004	HMQH006	HNQH004	HPMP002	HQQH002
HTQH002	HZMP002	JBQH001	JBQH002	JBQH003	JDQH001	JDQH002	JDQH003
JKQH001	JLQH002	JNQK001	JZQH001	JZQH002	JZQH003	LAQK001	LAQK002
LAQK003	LAQK005	LAQK008	LAQK009	LAQK011	LAQK012	LAQK013	LAQK027
LBQH001	LBQH002	LBQH003	LBQK001	LBQK005	LCQH001	LCQK001	LCQK002
LDQK001	LDQK002	LDQK004	LDQK005	LEQK001	LEQK002	LFQK001	LFQK002
LGQK001	LHQH001	LHQH002	LHQH003	LHQH004	LHQH005	LHQH006	LHQB001
LHQK002	LHQK003	LHQK004	LHQK005	LHQK007	LJQK001	LJQK002	LJQK015
MAQK001	MAQK002	MAQK003	MBQK001	MCQK001	MDQK001	MDQK002	MEQH001
MFQH001	MFQK001	MFQK002	MGQH001	MGQK001	MGQK002	MGQK003	MHQB001
MZQH001	MZQH002	MZQK001	MZQK002	MZQK003	MZQK004	NAQK007	NAQK015
NAQK023	NAQK049	NAQK071	NBQK001	NCQK001	NDQK001	NDQK002	NDQK003
NDQK004	NEQH002	NEQK010	NEQK012	NEQK035	NFQH001	NFQK001	NFQK002
NFQK003	NFQK004	NGQH001	NGQK001	NGQK002	NHQB001	NZQH001	NZQH002
NZQH005	NZQK001	NZQK002	NZQK003	NZQK004	NZQK005	NZQK006	PAQK001
PAQK002	PAQK003	PAQK005	PDQK001	QELH001	QEQH001	QEQH002	QEQK003
QEQK006	YYYY033	YYYY115	YYYY163	ZBQH001	ZBQK001	ZBQK002	ZBQK003
ZCQH001	ZCQH002	ZCQK001	ZCQK002	ZCQK003	ZCQK004	ZCQK005	ZZQH001
ZZQH002	ZZQH033	ZZQK024					

Annexe 19-4 « Liste des actes de la CCAM éligibles au modificateur Y »

ACQH001	ACQH002	ACQH003	ACQH004	ACQK001	ACQK003	AEQH001	AEQH002
AFQH001	AFQH002	AFQH003	BBQH001	EAQH002	EBQH004	EBQH006	ECQH010
ECQH011	EKQH001	ELQH001	ELQH002	EMQH001	EZMH001	FCQH001	FCQH002
GEQH001	HBQK001	HBQK002	HBQK041	HBQK046	HBQK065	HBQK093	HBQK142
HBQK191	HBQK331	HBQK389	HBQK424	HBQK428	HBQK430	HBQK443	HBQK476
HBQK480	HCQH001	HCQH002	HEQH001	HEQH002	HFMP002	HGPH001	HGQH001
HGQH002	HHQH001	HHQH365	HHQK484	HMQH004	HMQH006	HNQH004	HPMP002
HQQH002	HTQH002	HZMP002	JBQH001	JBQH002	JBQH003	JDQH001	JDQH002
JDQH003	JKQH001	JLQH002	JNQK001	JZQH001	JZQH002	JZQH003	LAQK001
LAQK002	LAQK003	LAQK005	LAQK008	LAQK009	LAQK011	LAQK012	LAQK013
LAQK027	LBQH001	LBQH002	LBQH003	LBQK001	LBQK005	LCQH001	LCQK001
LCQK002	LDQK001	LDQK002	LDQK004	LDQK005	LEQK001	LEQK002	LFQK001
LFQK002	LGQK001	LHQH001	LHQH002	LHQH003	LHQH004	LHQH005	LHQH006
LHQK001	LHQK002	LHQK003	LHQK004	LHQK005	LHQK007	LJQK001	LJQK002
LJQK015	MAQK001	MAQK002	MAQK003	MBQK001	MCQK001	MDQK001	MDQK002
MEQH001	MFQH001	MFQK001	MFQK002	MGQH001	MGQK001	MGQK002	MGQK003
MHQH001	MZQH001	MZQH002	MZQK001	MZQK002	MZQK003	MZQK004	NAQK007
NAQK015	NAQK023	NAQK049	NAQK071	NBQK001	NCQK001	NDQK001	NDQK002
NDQK003	NDQK004	NEQH001	NEQH002	NEQK010	NEQK012	NEQK035	NFQH001
NFQK001	NFQK002	NFQK003	NFQK004	NGQH001	NGQK001	NGQK002	NHQH001
NZQH001	NZQH002	NZQH005	NZQK001	NZQK002	NZQK003	NZQK004	NZQK005
NZQK006	PAQK001	PAQK002	PAQK003	PAQK005	PDQK001	QELH001	QEQH001
QEQH002	QEQK003	QEQK006	YYYY033	YYYY034	YYYY039	YYYY064	YYYY105
YYYY110	YYYY115	YYYY120	YYYY130	YYYY140	YYYY145	YYYY150	YYYY160
YYYY163	YYYY170	YYYY180	YYYY190	YYYY200	YYYY210	YYYY212	YYYY220
YYYY230	YYYY240	YYYY245	YYYY250	YYYY260	YYYY270	YYYY280	YYYY290
YYYY300	ZBQH001	ZBQK001	ZBQK002	ZBQK003	ZCQH001	ZCQH002	ZCQK001
ZCQK002	ZCQK003	ZCQK004	ZCQK005	ZZQH001	ZZQH002	ZZQH033	ZZQK024

Annexe 19-5 « Liste des actes de la CCAM éligibles aux modificateurs H, Q, V et W de radiothérapie externe »

YYYY045	YYYY046	YYYY047	YYYY048	YYYY049	YYYY050	YYYY051	YYYY052
YYYY053	YYYY054	YYYY055	YYYY056	YYYY099	YYYY101	YYYY122	YYYY136
YYYY141	YYYY151	YYYY152	YYYY166	YYYY175	YYYY197	YYYY211	YYYY223
YYYY244	YYYY256	YYYY267	YYYY299	YYYY301	YYYY302	YYYY303	YYYY304
YYYY305	YYYY306	YYYY307	YYYY310	YYYY312	YYYY313	YYYY314	YYYY315
YYYY316	YYYY320	YYYY323	YYYY324	YYYY325	YYYY326	YYYY327	YYYY331
YYYY334	YYYY335	YYYY336	YYYY337	YYYY338	YYYY343	YYYY345	YYYY346
YYYY347	YYYY348	YYYY349	YYYY356	YYYY357	YYYY358	YYYY359	YYYY360
YYYY365	YYYY367	YYYY368	YYYY369	YYYY370	YYYY371	YYYY377	YYYY379
YYYY380	YYYY381	YYYY382	YYYY383	YYYY387	YYYY390	YYYY391	YYYY392
YYYY393	YYYY398	YYYY450	YYYY451	YYYY457	YYYY458	YYYY459	YYYY460
YYYY468	YYYY469	YYYY470	YYYY471	YYYY479	YYYY480	YYYY481	YYYY491
YYYY492	YYYY493	YYYY497	YYYY500	YYYY511	YYYY520	YYYY522	YYYY533
YYYY544	YYYY555	YYYY566	YYYY577	YYYY588	YYYY599		

Annexe 19- 6 Liste des actes (code/activité/phase) de la CCAM pour les anesthésistes

AAFA00240	AAFA00340	AAFA00440	AAFA00540	AAFA00640	AAFA00740	AAFA00840	AAJA00140
AAJA00240	AAJA00340	AAJA00440	AAJA00540	AAJA00640	AAJH00140	AAJH00240	AAJH00340
AAJH00440	AALA00240	AALB00140	AALB00240	AANB00140	ABCA00140	ABCA00240	ABCA00340
ABCA00440	ABCB00140	ABCC00140	ABFA00140	ABFA00240	ABFA00340	ABFA00440	ABFA00540
ABFA00640	ABFA00740	ABFA00840	ABFA00940	ABFA01040	ABFC00140	ABFC00240	ABGA00240
ABJA00140	ABJA00240	ABJA00340	ABJA00440	ABJA00540	ABJA00640	ABJA00740	ABJA00840
ABJB00140	ABLA00140	ABMA00240	ABMA00340	ABSA00140	ABSA00240	ABSA00340	ABSA00440
ABSA00540	ABSA00640	ABSA00740	ABSA00840	ABSA00940	ABSA01040	ABSA01140	ABSA01240
ACFA00140	ACFA00240	ACFA00340	ACFA00440	ACFA00540	ACFA00640	ACFA00740	ACFA00840
ACFA00940	ACFA01040	ACFA01140	ACFA01240	ACFA01340	ACFA01440	ACFA01540	ACFA01640
ACFA01840	ACFA01940	ACFA02040	ACFA02240	ACFA02340	ACFA02440	ACFA02540	ACFA02640
ACFA02740	ACFA02840	ACFA02940	ACHA00140	ACHA00240	ACHA00340	ACHB00140	ACPA00140
ADCA00140	ADCA00240	ADCA00340	ADCA00440	ADCA00540	ADCA00640	ADCA00740	ADEA00140
ADEA00240	ADEA00340	ADEA00440	ADEA00540	ADFA00240	ADFA00340	ADFA00440	ADFA00540
ADFA00640	ADLA00140	ADPA00140	ADPA00240	ADPA00340	ADPA00440	ADPA00540	ADPA00740
ADPA00840	ADPA00940	ADPA01040	ADPA01140	ADPA01240	ADPA01340	ADPA01440	ADPA01540
ADPA01640	ADPA01740	ADPA01840	ADPA01940	ADPA02040	ADPA02140	ADPA02240	ADPA02340
ADPA02440	ADPC00140	ADPC00240	ADPC00340	ADPC00440	AEFA00140	AEFA00240	AEFA00340
AEGA00140	AEJA00140	AEJA00240	AEJA00340	AEJA00440	AEJA00540	AEKA00140	AELA00140
AELA00240	AELB00140	AENA00140	AEPA00140	AEPA00240	AEPA00440	AEPB00140	AFCA00140
AFCA00240	AFCA00340	AFFA00140	AFFA00240	AFFA00340	AFFA00440	AFFA00540	AFFA00640
AFFA00740	AFFA00840	AFFA00940	AFFA01040	AFFA01140	AFGA00240	AFJA00140	AFJA00240
AFJA00340	AFJA00440	AFJA00540	AFLB01040	AFPA00140	AFSA00140	AFSA00240	AFSA00340
AHCA00140	AHCA00240	AHCA00340	AHCA00440	AHCA00540	AHCA00640	AHCA00740	AHCA00840
AHCA00940	AHCA01040	AHCA01140	AHCA01240	AHCA01340	AHCA01440	AHCA01540	AHCA01640
AHCA01740	AHCA01840	AHCA01940	AHCA02040	AHCA02140	AHCA02240	AHCA02340	AHEA00140
AHEA00240	AHEA00340	AHEA00440	AHEA00540	AHEA00640	AHEA00740	AHEA00840	AHEA00940
AHEA01040	AHEA01140	AHEA01240	AHEA01340	AHEA01440	AHEA01540	AHEA01640	AHEA01740
AHEA01840	AHFA00140	AHFA00240	AHFA00340	AHFA00440	AHFA00540	AHFA00740	AHFA00840
AHFA01040	AHFA01140	AHFA01240	AHPA00140	AHPA00240	AHPA00340	AHPA00440	AHPA00540
AHPA00640	AHPA00740	AHPA00840	AHPA00940	AHPA01040	AHPA01140	AHPA01240	AHPA01340
AHPA01440	AHPA01540	AHPA01640	AHPA01740	AHPA01840	AHPA01940	AHPA02040	AHPA02140
AHPA02240	AHPA02340	AHPA02440	AHPA02540	AHPA02640	AHPA02740	AHPA02840	AHPC00140
AHQJ02140	AJFA00140	AJFA00240	AJFA00340	AJFC00140	AJFC00240	AJLJ00240	AJNA00140
AJNC00140	AJNC00240	AZRP00140	BAAA00140	BAAA00240	BABA00140	BACA00140	BACA00640
BACA00740	BADA00140	BADA00240	BADA00340	BADA00440	BADA00540	BADA00640	BAEA00140
BAEA00240	BAEA00340	BAFA00140	BAFA00240	BAFA00440	BAFA00540	BAFA00740	BAFA00840
BAFA00940	BAFA01140	BAFA01440	BAFA01540	BAFA01940	BALA00140	BAMA00140	BAMA00240
BAMA00340	BAMA00440	BAMA00540	BAMA00740	BAMA00840	BAMA00940	BAMA01040	BAMA01140
BAMA01240	BAMA01340	BAMA01540	BAMA01640	BAMA01740	BAMA01840	BAMA01940	BAMA02040
BAPA00340	BAPA00440	BAPA00540	BASA00140	BBCA00140	BBCA00340	BBFA00140	BBFA00240
BBFA00340	BBFA00440	BBMA00240	BBMA00340	BBMA00440	BBPA00140	BCBP00140	BCFA00340
BCFA00440	BCFA00540	BCFA00640	BCFA00740	BCFA00840	BCFA00940	BCMA00140	BCPA00240

BCPA00340	BCPA00440	BCPA00540	BDCA00140	BDCA00240	BDCA00440	BDF A00140	BDF A00240
BDF A00340	BDF A00440	BDF L00140	BDLA00240	BDLA00341	BDLA00342	BDMA00140	BDMA00240
BDMA00340	BDMA00640	BDMA00840	BEEA00140	BEEA00240	BEEA67040	BEFA00140	BEFA00340
BEFA00440	BEFA00540	BEFA00740	BEFA00840	BEFA00940	BEGA00240	BEGA00340	BEGA00440
BEGA60740	BEJB00440	BELA00140	BELA12940	BELA20140	BELA22640	BELA34040	BELA47340
BEMA00240	BEMA00840	BEMP00140	BEPA00240	BEPA00340	BEPA00440	BEPB00140	BFEA00140
BFGA00140	BFGA00240	BFGA00340	BFGA00540	BFGA00640	BFGA00740	BFGA00840	BFGA00940
BFGA01040	BFGA42740	BFKA00140	BFLA00140	BFLA00340	BFLA00440	BFPA00240	BGBA00140
BGCA00240	BGDA00140	BGDA00240	BGDA00340	BGDA00440	BGDA00540	BGDA00640	BGDA00740
BGDA00840	BGFA00140	BGFA00240	BGFA00340	BGFA00440	BGFA00540	BGFA00640	BGFA00740
BGFA00940	BGFA01040	BGFA01140	BGFA01240	BGFA01440	BGGA00140	BGGA00240	BGGA00340
BGGA00440	BGGA00540	BGJA00140	BGJA00240	BGLA00140	BGLA00240	BGMA00140	BGMA00240
BGMA00340	BGNA00140	BGPA00140	BGPA00240	BGPA00340	BGSA00240	BHGA00140	BHGA00240
BHGA00340	BHGA00440	BHGA00540	BHGA00640	BHGA00740	BHMA00140	BHMA00240	BHNL00142
BHNL00143	BJCA00140	BJDA00140	BJDA00240	BJEA00140	BJEA00240	BJMA00140	BJMA00240
BJMA00340	BJMA00440	BJMA00540	BJMA00640	BJMA00740	BJMA00840	BJMA00940	BKBA00140
BKFA00140	BKFA00240	BKFA00340	BKFA00440	BKGA00140	BKGA00240	BKGA00340	BKGA00440
BKGA00540	BKGA00640	BKGA00740	BKGA00840	BKHA00240	BKHA00340	BKJA00140	BKKP00340
BKLA00140	BKLA00240	BKLA00340	BKMA00140	BKMA00240	BKMA00340	BKMA00440	BKMP00140
CAEA00140	CAEA00340	CAFA00140	CAFA00340	CAFA00440	CAFA00740	CAFA00840	CAFA00940
CAFA01040	CAFA01140	CAMA00140	CAMA00240	CAMA00340	CAMA00440	CAMA00540	CAMA00640
CAMA00740	CAMA00840	CAMA00940	CAMA01040	CAMA01140	CAMA01240	CAMA01340	CAMA01440
CAMA01540	CAMA01640	CAMA01740	CAMA01840	CAMA02040	CAMA02140	CAMA02240	CASA00240
CBFA00140	CBFA00240	CBFA00340	CBFA00440	CBFA00540	CBFA00640	CBFA00740	CBFA00840
CBFA00940	CBFA01040	CBFA01240	CBFA01340	CBGA00140	CBGA00340	CBGD00140	CBKA00140
CBLA00140	CBLA00240	CBMA00140	CBMA00240	CBMA00340	CBMA00440	CBMA00540	CBMA00640
CBMA00740	CBMA00840	CBMA00940	CBMA01040	CBMA01140	CBMD00140	CBMD00240	CBMD00340
CBPA00140	CBPA00240	CBPA00340	CBQA00140	CCCA00140	CCCA00240	CCFA00140	CCNB00140
CCPA00140	CCPA00240	CCPA00340	CCSA00140	CDGA00140	CDLA00240	CDLA00340	CDQP01440
CEQP00640	DAAA00140	DAAA00240	DAAA00340	DAAF00140	DAAF00240	DAAF00340	DACA00140
DAFA00140	DAFA00240	DAFA00340	DAFA00540	DAFA00640	DAFA00740	DAFA00840	DAFA00940
DAFA01040	DAGA00140	DAGA00240	DAGF00140	DAMA00340	DAMA00540	DAMF00140	DAPA00140
DAPC00140	DASA00140	DASA00240	DASA00340	DASA00440	DASA00640	DASA00740	DASA00840
DASA00940	DASA01040	DASA01140	DASA01240	DASA01340	DASA01440	DASF00140	DASF00240
DASF00340	DASF00440	DASF00540	DASF07440	DBAF00140	DBAF00240	DBAF00340	DBAF00440
DBAF00540	DBBF19840	DBEA00140	DBFA00140	DBFA00240	DBKA00140	DBKA00240	DBKA00340
DBKA00440	DBKA00540	DBKA00640	DBKA00740	DBKA00840	DBKA00940	DBKA01040	DBKA01140
DBKA01240	DBLA00140	DBLA00240	DBLA00340	DBLA00440	DBLF00140	DBLF00940	DBMA00140
DBMA00240	DBMA00340	DBMA00440	DBMA00540	DBMA00640	DBMA00740	DBMA00840	DBMA00940
DBMA01040	DBMA01140	DBMA01240	DBMA01340	DBMA01540	DBPA00140	DBPA00240	DBPA00340
DBPA00440	DBPA00540	DBPA00640	DBPA00740	DBSF00140	DCFA00140	DCJA00140	DCMA00140
DCMC00140	DDAA00240	DDAF00140	DDAF00340	DDAF00440	DDAF00640	DDAF00740	DDAF00840
DDAF00940	DDAF01040	DDEA00140	DDL F00140	DDMA00340	DDMA00440	DDMA00540	DDMA00640
DDMA00740	DDMA00840	DDMA00940	DDMA01140	DDMA01240	DDMA01340	DDMA01540	DDMA01640
DDMA01740	DDMA01840	DDMA01940	DDMA02040	DDMA02140	DDMA02240	DDMA02340	DDMA02440

DDMA02540	DDMA02640	DDMA02740	DDMA02840	DDMA02940	DDMA03040	DDMA03140	DDMA03240
DDMA03340	DDMA03440	DDMA03540	DDMA03640	DDMA03740	DDMA03840	DDPF00240	DDQH00940
DDQH01040	DDQH01140	DDQH01240	DDQH01340	DDQH01440	DDQH01540	DDSA00140	DDSA00240
DDSF00140	DEFA00140	DEFA00240	DEGA00240	DEGF20740	DELA00140	DELA00340	DELA00440
DELF08640	DELF22340	DENF01440	DENF01540	DENF01740	DENF01840	DENF02140	DENF03540
DEPF00640	DEPF01040	DEPF01240	DEPF01440	DEPF02540	DEPF03340	DERP00340	DFAA00240
DFAA00340	DFAA00440	DFAA00540	DFBA00140	DFCA00140	DFCA00240	DFCA00340	DFCA00440
DFCA00540	DFCA00640	DFCA00740	DFCA00840	DFCA00940	DFCA01040	DFFA00140	DFFA00140
DFFA00240	DFFA00340	DFFA00440	DFGA00140	DFGA00240	DFGA00340	DFGA00440	DFMA00140
DFMA00340	DFMA00440	DFMA00640	DFMA00840	DFMA01040	DFMA01140	DFMA01240	DFNF00140
DFSA00140	DFSA00240	DFSF00140	DFSF00240	DGAA00240	DGAA00340	DGAA00440	DGAA00540
DGAA00640	DGAF00340	DGAF00440	DGAF00540	DGAF00640	DGAF00840	DGCA00140	DGCA00240
DGCA00340	DGCA00440	DGCA00540	DGCA00640	DGCA00740	DGCA00840	DGCA00940	DGCA01040
DGCA01140	DGCA01240	DGCA01340	DGCA01440	DGCA01540	DGCA01640	DGCA01740	DGCA01840
DGCA01940	DGCA02040	DGCA02140	DGCA02240	DGCA02340	DGCA02440	DGCA02540	DGCA02640
DGCA02740	DGCA02840	DGCA02940	DGCA03040	DGCA03140	DGCA03240	DGDA00140	DGFA00140
DGFA00240	DGFA00340	DGFA00440	DGFA00540	DGFA00740	DGFA00840	DGFA00940	DGFA01040
DGFA01140	DGFA01240	DGFA01340	DGFA01440	DGFA01540	DGFA01640	DGFA01740	DGFA01840
DGFA01940	DGFA02040	DGGA00140	DGGA00240	DGGA00340	DGKA00140	DGKA00240	DGKA00340
DGKA00440	DGKA00540	DGKA00640	DGKA00740	DGKA00840	DGKA00940	DGKA01040	DGKA01140
DGKA01240	DGKA01340	DGKA01440	DGKA01540	DGKA01640	DGKA01740	DGKA01840	DGKA01940
DGKA02040	DGKA02140	DGKA02240	DGKA02340	DGKA02440	DGKA02540	DGKA02640	DGKA02740
DGKA02840	DGKA02940	DGKA20940	DGKA26340	DGKA26840	DGKA69840	DGLA00240	DGLF00140
DGLF00240	DGLF00340	DGLF00540	DGLF00640	DGLF01240	DGMA00140	DGMA00240	DGMA00540
DGMA00940	DGMA01040	DGMA01140	DGMA01240	DGPA00140	DGPA00540	DGPA00840	DGPA01040
DGPA01240	DGPA01340	DGPA01440	DGPA01640	DGPA01740	DGPA01840	DGPF00140	DGPF00240
DGSA00140	DGSA00240	DGSA00340	DGSA00440	DGSA00540	DHAF00140	DHAF00440	DHCA00140
DHCA00240	DHCA00340	DHCA00440	DHFA00140	DHFA00240	DHFA00340	DHFA00440	DHFA00540
DHFA00640	DHFA00740	DHGA00140	DHGA00240	DHGF00140	DHNF00140	DHNF00240	DHNF00340
DHNF00440	DHNF00540	DHNF00640	DHPA00140	DHPF00240	DHPF00340	DHSA00140	DHSA00240
DZMA00140	DZMA00240	DZMA00340	DZMA00440	DZMA00540	DZMA00640	DZMA00740	DZMA00940
DZMA01040	DZMA01140	DZMA01240	DZSA00140	DZSA00240	EABA00140	EACA00140	EACA00240
EACA00340	EACA00440	EACA00540	EACA00640	EACA00740	EAF00140	EAF00240	EAF00340
EAF00440	EAF00540	EAF00640	EAF00740	EAF00840	EAF00940	EAF34140	EANF00240
EASA00140	EASA00240	EASF00140	EASF00240	EASF00340	EASF00440	EASF00540	EASF00640
EASF00740	EASF00840	EASF00940	EASF01040	EASF01140	EASF01240	EASF01340	EASF01440
EASF01540	EBAA00240	EBCA00140	EBCA00240	EBCA00340	EBCA00440	EBCA00540	EBCA00640
EBCA00740	EBCA00840	EBCA00940	EBCA01040	EBCA01140	EBCA01240	EBCA01340	EBCA01440
EBCA01540	EBCA01640	EBCA01740	EBEA00140	EBEA00240	EBEA00340	EBEA00440	EBEA00540
EBFA00140	EBFA00240	EBFA00340	EBFA00440	EBFA00540	EBFA00640	EBFA00740	EBFA00840
EBFA00940	EBFA01040	EBFA01140	EBFA01240	EBFA01340	EBFA01440	EBFA01540	EBFA01640
EBFA01740	EBFA01840	EBFA01940	EBFA02040	EBFA02140	EBKA00140	EBKA00240	EBKA00340
EBKA00440	EBLA00140	EBNF00140	EBNF00240	EBPA00340	EBSA00140	EBSA00240	EBSA00340
EBSA00440	EBSA00540	EBSA00640	EBSA00740	EBSA00840	EBSA00940	EBSA01040	EBSA01140
EBSA01240	EBSF00140	EBSF00340	EBSF00440	ECCA00140	ECCA00240	ECCA00340	ECCA00440

ECCA00540	ECCA00640	ECCA00740	ECCA00940	ECCA01040	ECFA00140	ECFA00240	ECFA00340
ECFA00440	ECFA00540	ECFA00640	ECKA00140	ECKA00240	ECMA00140	ECNF00140	ECNF00240
ECPA00340	ECPF00440	ECPF00540	ECSA00140	ECSA00240	ECSA00340	ECSF00140	ECSF00240
ECSF00340	ECSF00440	ECSF00640	ECSF00840	EDAA00240	EDAA00340	EDAF00140	EDAF00240
EDAF00340	EDAF00440	EDAF00540	EDAF00640	EDAF00740	EDAF00840	EDAF00940	EDAF01040
EDCA00140	EDCA00240	EDCA00340	EDCA00440	EDCA00540	EDCC01540	EDEA00140	EDEA00240
EDEA00340	EDEA00440	EDEA00540	EDFA00140	EDFA00240	EDFA00340	EDFA00440	EDFA00540
EDFA00640	EDFA00740	EDFA00840	EDFA00940	EDFA01040	EDJF00140	EDJF00240	EDKA00240
EDKA00340	EDLA00140	EDLF00440	EDLF00540	EDLF00740	EDLF01340	EDMA00140	EDMA00340
EDMA00440	EDNF00140	EDNF00240	EDNF00340	EDPA00140	EDPA00240	EDPA00540	EDPF00140
EDPF00240	EDPF00340	EDPF00440	EDPF00540	EDPF00640	EDPF00740	EDPF00840	EDPF00940
EDSA00140	EDSA00240	EDSA00340	EDSD01140	EDSF00140	EDSF00240	EDSF00340	EDSF00440
EDSF00540	EDSF00640	EDSF00740	EDSF00840	EDSF00940	EDSF01040	EDSF01140	EDSF01240
EDSF01340	EDSF01440	EDSF01540	EDSF01640	EEAA00240	EEAF00140	EEAF00240	EEAF00340
EEAF00440	EEAF00540	EEAF00640	EECA00140	EECA00240	EECA00340	EECA00540	EECA00640
EECA00740	EECA00840	EECA00940	EECA01040	EECA01240	EEFA00140	EEFA00240	EEFA00340
EEFA00440	EEFA00540	EEFA00640	EEGA00140	EEGA00240	EEJF00140	EEKA00140	EELF00240
EENF00140	EENF00240	EEPF00140	EEPF00240	EESA00140	EESF00140	EESF00440	EESF00540
EESF00640	EESF00740	EFAF00140	EFCA00140	EFFA00140	EFFA00240	EFJF00140	EFLF00140
EFNF00140	EFPF00140	EGAF00240	EGCA00240	EGCA00340	EGCA00440	EGED00140	EGFA00140
EGFA00240	EGFA00340	EGFA00440	EGFA00640	EGFA00840	EGFA00940	EGFA01040	EGFC00140
EGJF00140	EGJF00240	EGNF00140	EGNF00240	EGPA00140	EGSA00140	EGSA00240	EGSF00140
EGSF00240	EGSF00340	EHAA00140	EHCA00140	EHCA00240	EHCA00340	EHCA00440	EHCA00540
EHCA00640	EHCA00740	EHCA00840	EHCA00940	EHCA01040	EHCFO0240	EHFA00140	EHLA00140
EHNE00140	EHNE00240	EHNFO0140	EHPFO0140	EHSFO0140	EJBA00140	EJCA00140	EJCA00240
EJCA00340	EJEA00140	EJFA00240	EJFA00440	EJFA00640	EJFA00740	EJGA00140	EJGA00240
EJGA00340	EJNF00140	EJSA00140	EJSA00340	EKLA00140	EKSA00140	EKSA00240	ELCA00340
ELCA00440	ELGA00140	ELSA00140	ELSA00240	ELSC00140	ELSF00140	EMLA00140	EMMA00140
EMPA00140	EMSA00140	EMSA00240	ENAF00240	ENCA00140	ENFA00140	ENFA00440	ENFA00540
ENFA00640	ENFA00740	ENFF00140	ENNF00140	ENSF00140	ENSF00240	ENSF00340	EPCA00140
EPCA00240	EPFA00140	EPFA00440	EPMA00140	EPMA00240	EPPF00140	EPPF00340	EQGA00240
EQGA21440	EQLA00140	EQLA66540	EQQF00140	EQQF00440	EQQH00440	EQQH00540	EQQH00640
EZAF00140	EZAF00240	EZCA00240	EZCA00340	EZCA00440	EZFA00340	EZFA00440	EZGF00140
EZJF00140	EZJF00240	EZMA00140	EZMA00240	EZMA00340	EZMA00440	EZNF00140	EZNF00240
EZPA00140	EZPF00340	EZPF00440	EZQA00140	EZSA00140	EZSA00240	EZSA00340	EZSA00440
EZSA00540	FAFA00140	FAFA00240	FAFA00540	FAFA00640	FAFA00740	FAFA00840	FAFA01040
FAFA01340	FAFA01440	FAFA01540	FASD00140	FBFA00140	FBFA00340	FCCA00140	FCFA00140
FCFA00240	FCFA00340	FCFA00440	FCFA00540	FCFA00640	FCFA00740	FCFA00840	FCFA00940
FCFA01040	FCFA01140	FCFA01340	FCFA01440	FCFA01540	FCFA01640	FCFA01840	FCFA01940
FCFA02040	FCFA02240	FCFA02340	FCFA02540	FCFA02640	FCFA02740	FCFA02940	FCFC00140
FCFC00240	FCFC00340	FCFC00440	FCFC00540	FCPA00140	FCSA00140	FCSA00240	FCSC00140
FDHB00340	FDHB00540	FFFA00140	FFFA00240	FFFC00140	FFFC42040	FFJA00140	FFJC00140
FFSA00140	FFSC27240	GAEA00140	GAEA00240	GAFa00240	GAFa00440	GAFa00540	GAFa00640
GAFa00840	GAFa00940	GAFa01040	GAFa01140	GAJA00140	GAMA00140	GAMA00240	GAMA00340
GAMA00440	GAMA00540	GAMA00640	GAMA00740	GAMA00840	GAMA00940	GAMA01040	GAMA01140

GAMA01240	GAMA01340	GAMA01440	GAMA01540	GAMA01640	GAMA01740	GAMA01840	GAMA01940
GAMA02040	GAMA02140	GAMA02240	GAMA02340	GAMA02440	GAMA02540	GAMA02640	GASA00140
GBBA00140	GBBA00240	GBBA36440	GBCA00140	GBFA00140	GBFA00240	GBFA00340	GBFA00440
GBFA00540	GBFA00640	GBFA00740	GBFA00840	GBGD00140	GBJA00140	GBJA00240	GBJE00240
GBPA00140	GBPA00240	GBPA00340	GBPA00440	GBPE00340	GCCD00140	GCFA00140	GCFA00240
GCFA00340	GCFA00440	GCFA00540	GCFA00640	GCFA00740	GCMA00140	GCME00140	GCME00240
GCME00340	GCME00440	GCQE00240	GDCA00140	GDCA00240	GDEA00140	GDF A00140	GDF A00240
GDF A00340	GDF A00440	GDF A00540	GDF A00640	GDF A00740	GDF A00840	GDF A00940	GDF A01040
GDF A01140	GDF A01240	GDF A01340	GDF A01440	GDF A01540	GDF A01640	GDF A01740	GDF A01840
GDFE00140	GDFE00240	GDFE00340	GDFE00440	GDFE00540	GDFE00640	GDFE00740	GDFE00840
GDFE00940	GDFE01040	GDFE01140	GDFE01340	GDFE01440	GDFE01540	GDGE00140	GDLE00140
GDLE00340	GDLE00440	GDMA00140	GDMA00240	GDMA00340	GDNE00140	GDNE00240	GDNE00340
GDNE00440	GDPE00140	GDPE00240	GDPE00340	GDQE00140	GDQE00540	GDQE00740	GDSA00140
GDSA00240	GDSA00340	GDSA00440	GECA00140	GECA00240	GECA00340	GEFA00140	GEFA00240
GEFA00340	GEFA00440	GEFA00540	GEFA00640	GEFA00740	GEFA00840	GEFA00940	GEFA01040
GEFA01140	GEFA01240	GEFA01340	GEFE00140	GEFE00240	GEGA00140	GEGE00140	GEGE00340
GEJD00240	GEJE00240	GELA00140	GELE00240	GELE00340	GELE00640	GELE00740	GELE00840
GELE00940	GELE13340	GELE30840	GEMA00140	GEMA00240	GEME12140	GENE00140	GENE00240
GENE00340	GENE00440	GENE00640	GEQE00140	GEQE00540	GEQE00840	GEQE01340	GEQH00340
GEQJ23740	GESA00240	GESA00340	GFBA00140	GFBA00240	GFBA00340	GFBA00440	GFA00140
GFC00140	GFFA00140	GFFA00240	GFFA00340	GFFA00440	GFFA00540	GFFA00640	GFFA00740
GFFA00840	GFFA00940	GFFA01040	GFFA01140	GFFA01240	GFFA01340	GFFA01440	GFFA01540
GFFA01640	GFFA01740	GFFA01840	GFFA01940	GFFA02140	GFFA02240	GFFA02340	GFFA02440
GFFA02540	GFFA02640	GFFA02740	GFFA02840	GFFA02940	GFFA03040	GFFA03140	GFFA03240
GFFA03340	GFFA03440	GFFA03540	GFFC00240	GFFC00340	GFFC00440	GFFC00540	GFFC00640
GFNH17440	GFNH21440	GGCA00140	GGFA00140	GGFA00340	GGJA00140	GGJA00240	GGJA00340
GGJA00440	GGJC00140	GGJC00240	GGLC00140	GGNA00140	GGNC00140	GGPA00140	GGPA00240
GHFA00140	GHFA00240	GHFA00340	GHFA00440	GHJA00140	GHJA00240	GHQA00140	GHQC00140
GKKE00240	HABA00140	HACA00140	HACA00240	HADA00140	HADA00240	HAF A00140	HAF A00240
HAF A00340	HAF A00440	HAF A00540	HAF A00640	HAF A00740	HAF A00940	HAF A01140	HAF A01240
HAF A01340	HAF A01440	HAF A01640	HAF A01740	HAF A01940	HAF A02040	HAF A02140	HAF A02240
HAF A02340	HAF A02440	HAF A02640	HAF A02740	HAF A02940	HAF A03040	HAF A03140	HAF A03340
HAF A03440	HAJA00240	HAJA00840	HAJD00340	HAJD00440	HAMA00140	HAMA00240	HAMA00340
HAMA00440	HAMA00540	HAMA00640	HAMA00741	HAMA00742	HAMA00840	HAMA01040	HAMA01140
HAMA01240	HAMA01440	HAMA01540	HAMA01640	HAMA01740	HAMA01840	HAMA02040	HAMA02140
HAMA02340	HAMA02440	HAMA02540	HAMA02640	HAMA02740	HAMA02840	HAMA02940	HAMA03040
HAND00340	HAND00540	HAPA00340	HASA00140	HASA00240	HASA00340	HASA00440	HASA00540
HASA00640	HASA00740	HASA00840	HASA00940	HASA01040	HASA01140	HASA01240	HASA01340
HASA01440	HASA01540	HASA01640	HASA01740	HASA01840	HASA01940	HASA02040	HASA02140
HASA02240	HASA02340	HASA02440	HASA02540	HASD00140	HASD00240	HASD00440	HASD00540
HASD00640	HASD00740	HCAE19240	HCAE20140	HCCA00140	HCCA00240	HCCD00140	HCEA00140
HCFA00140	HCFA00240	HCFA00340	HCFA00440	HCFA00540	HCFA00640	HCFA00740	HCFA00840
HCFA00940	HCFA01040	HCFA01140	HCFA01240	HCFA01340	HCGA00140	HCGA00240	HCGA00340
HCGA10940	HCGA13040	HCGA22340	HCGA37440	HCGE18840	HCGE27140	HCJA00140	HCNE08340
HCPA00140	HCSA00140	HDAA00240	HDAA00340	HDCA00140	HDCA00240	HDF A00140	HDF A00240

HDFA00340	HDFA00440	HDFA00540	HDFA00640	HDFA00740	HDFA00840	HDFA00940	HDFA01040
HDFA01140	HDFA01240	HDFA01340	HDFA01440	HDFA01540	HDFA01640	HDFA01740	HDFA01840
HDFA01940	HDFA02040	HDFA02140	HDFA02240	HDFA02340	HDFA02440	HDFA02540	HDFA02640
HDGE00140	HDJA00140	HDJD00140	HDJD00240	HDMA00640	HDMA00740	HDMA00840	HDMA00940
HDMA01040	HDNE00140	HDNE00240	HDPA00140	HDPE00140	HDPE00240	HDQE00140	HDSD00240
HEAE00141	HEAE00142	HEAE00240	HEAE00340	HECA00140	HECA00240	HECA00340	HECA00440
HECA00540	HECC00140	HEDA00140	HEFA00140	HEFA00240	HEFA00340	HEFA00440	HEFA00540
HEFA00640	HEFA00740	HEFA00840	HEFA00940	HEFA01040	HEFA01140	HEFA01240	HEFA01340
HEFA01440	HEFA01540	HEFA01640	HEFA01740	HEFA01840	HEFA01940	HEFA02040	HEFA02140
HEFA02240	HEFC00140	HEFC00240	HEFC00340	HEFE00140	HEFE00240	HEFE00340	HEFE00440
HEGE00340	HEKE00140	HELE00140	HELE00240	HELH00140	HEMA00140	HEMA00240	HEMA00340
HEMA00440	HEMA00540	HEMA00640	HEMA00740	HEMA00840	HEMA00940	HEME00240	HENE00240
HENE00440	HENE00540	HEPA00140	HEPA00240	HEPA00340	HEPA00440	HEPA00540	HEPA00640
HEPA00740	HEPC00140	HEPC00240	HEPC00340	HEPC00440	HEQE26340	HEQJ00140	HEQJ00240
HESA00140	HESA00240	HESA00340	HESA00440	HESA00540	HESA00640	HESA00740	HESA00840
HESA00940	HESA01040	HESE00140	HESE00240	HFAE00140	HFAE00240	HFAE00340	HFAE00440
HFCA00440	HFCB00140	HFCC00140	HFCC00240	HFCC00340	HFCC00440	HFCA00140	HFCA00240
HFDC00140	HFDC00240	HFFA00140	HFFA00240	HFFA00340	HFFA00440	HFFA00540	HFFA00640
HFFA00740	HFFA00840	HFFA00940	HFFA01040	HFFA01140	HFFC00140	HFFC00240	HFFC00340
HFFC00440	HFFC01240	HFFC01740	HFFC01840	HFKA00240	HFKA00340	HFKE00140	HFMA00140
HFMA00340	HFMA00440	HFMA00540	HFMA00740	HFMA00840	HFMA00940	HFMA01040	HFMA01140
HFMC00140	HFMC00340	HFMC00440	HFMC00640	HFMC00740	HFMC00840	HFPAA0140	HFPAA0240
HFPAA0340	HFPAA0440	HFSAA0140	HGAA00240	HGAA00340	HGAC01040	HGAE00140	HGCA00140
HGCA00240	HGCA00340	HGCA00540	HGCA00640	HGCA00740	HGCA00840	HGCA00940	HGCC00340
HGCC01540	HGCC02640	HGCC02740	HGCC03140	HGEA00140	HGEA00340	HGEC00140	HGEC00940
HGFA00140	HGFA00340	HGFA00440	HGFA00540	HGFA00640	HGFA00740	HGFA00840	HGFA00940
HGFA01040	HGFA01140	HGFA01240	HGFA01340	HGFA01440	HGFC00140	HGFC00240	HGFC01440
HGFC01640	HGFC02140	HGFE00140	HGFE00240	HGFE00340	HGFE00440	HGFE00540	HGGE00140
HGKE00140	HGLA00140	HGLE00140	HGMA00140	HGMA00240	HGMA00340	HGMA00540	HGPA00140
HGPA00240	HGPA00340	HGPA00440	HGPA00540	HGPA00640	HGPC00540	HGPC00640	HGPC01540
HGQE00140	HGQE00340	HGQE00540	HGQJ00140	HGQJ00240	HGSA00140	HGSE00140	HGSE00240
HGSE00340	HGSE00440	HHAA00240	HHAE00140	HHCA00140	HHCA00240	HHCA00340	HHCC00140
HHCC00740	HHCC01140	HHEE00140	HHFA00140	HHFA00240	HHFA00340	HHFA00440	HHFA00540
HHFA00640	HHFA00840	HHFA00940	HHFA01040	HHFA01140	HHFA01440	HHFA01640	HHFA01740
HHFA01840	HHFA02040	HHFA02140	HHFA02240	HHFA02340	HHFA02440	HHFA02540	HHFA02640
HHFA02740	HHFA02840	HHFA02940	HHFA03040	HHFA03140	HHFA03240	HHFC00140	HHFC00440
HHFC29640	HHFE00140	HHFE00240	HHFE00440	HHFE00540	HHFE00640	HHGE00240	HHGE01040
HHLE00540	HHMA00240	HHMA00340	HHMC00140	HHMC00540	HHNE00140	HHNE00240	HHNE00340
HHNE00440	HHPAA0140	HHPAA0240	HHPC00140	HHPC00240	HHQE00240	HHQE00340	HHQE00440
HHQE00540	HHQJ00240	HHSA00140	HHSE00140	HHSE00240	HHSE00340	HHSE00440	HJAD00140
HJBA00140	HJCA00140	HJCC00140	HJCD00140	HJCD00240	HJDA00140	HJDC00140	HJEA00140
HJEA00240	HJEA00340	HJEA00440	HJFA00140	HJFA00240	HJFA00340	HJFA00440	HJFA00540
HJFA00640	HJFA00740	HJFA00840	HJFA00940	HJFA01040	HJFA01140	HJFA01240	HJFA01340
HJFA01440	HJFA01540	HJFA01640	HJFA01740	HJFA01840	HJFA01940	HJFA02040	HJFC00140
HJFC00240	HJFC00340	HJFC02340	HJFC03140	HJFD00140	HJFD00240	HJFD00340	HJFD00440

HJFD00540	HJFE42940	HJGD00140	HJJA00140	HJMA00140	HJMA00240	HJPA00140	HJQD00140
HJQJ00140	HJQJ00240	HJSA00140	HJSD00140	HKCA00140	HKCA00240	HKCA00340	HKCA00540
HKEA00140	HKFA00240	HKFA00540	HKFA00640	HKFA00740	HKFA00940	HKGA00140	HKLA00240
HKMA00140	HKMA00240	HKMA00340	HKMA00440	HKMA00540	HKMA00640	HKND00140	HKPA00140
HKPA00240	HKPA00440	HKPA00540	HKPA00640	HKPA00741	HKPA00840	HKPA00940	HKSD00140
HLCA00140	HLCA00240	HLCC00140	HLFA00240	HLFA00340	HLFA00440	HLFA00540	HLFA00640
HLFA00740	HLFA00940	HLFA01040	HLFA01140	HLFA01240	HLFA01440	HLFA01740	HLFA01840
HLFA01940	HLFA02040	HLFC00240	HLFC00340	HLFC00440	HLFC02740	HLFC03240	HLFC03740
HLJA00140	HLJC00140	HLNA00740	HLNC00340	HLSA00140	HLSC01240	HMAE00140	HMAE00240
HMAH00140	HMAH00240	HMCA00140	HMCA00240	HMCA00340	HMCA00440	HMCA00540	HMCA00640
HMCA00740	HMCA00840	HMCA00940	HMCA01040	HMCA01140	HMCC00140	HMCC00240	HMCC00340
HMCC01340	HMFA00140	HMFA00240	HMFA00340	HMFA00440	HMFA00540	HMFA00640	HMFA00740
HMFA00840	HMFA00940	HMFA01040	HMFC00140	HMFC00240	HMFC00340	HMFC00440	HMFC00540
HMGA00140	HMGC00140	HMGE00140	HMGE00240	HMGH00140	HMJE12740	HMJH00240	HMJH00740
HMKE00140	HMKE00240	HMLA00140	HMLC00140	HMLE00240	HMLE00340	HMLH00140	HMNE00140
HMNE00240	HMNJ00240	HMNJ00340	HMNM00140	HMPE00140	HMQA00140	HMQH00140	HMQH00340
HMQJ00140	HMQJ00240	HNAE00140	HNCA00140	HNCA00240	HNCA00340	HNCA00440	HNCA00540
HNCA00640	HNCA00740	HNCA00840	HNCC02140	HNCC03340	HNCE00140	HNCJ00140	HNFA00140
HNFA00240	HNFA00440	HNFA00540	HNFA00640	HNFA00740	HNFA00840	HNFA01040	HNFA01140
HNFA01240	HNFA01340	HNFC00140	HNFC00240	HNFC02740	HNFC02840	HNGE00140	HNJA00140
HNJC00140	HNKE00140	HNLE00140	HNPE00240	HNPE00340	HNQH00240	HPBA00140	HPCA00140
HPFA00140	HPFA00340	HPFA00440	HPFC00140	HPFC00240	HPFC00740	HPGA00140	HPKA00140
HPKA00240	HPKC01440	HPLA00540	HPLA33540	HPLA42340	HPLC03540	HPMA00240	HPMA00340
HPNA00140	HPNC00140	HPPA00140	HPPA00240	HPPA00340	HPPC00140	HPPC00240	HPPC00340
HPQC00140	HPSA00140	HPSC00140	JACA00140	JACA00240	JADA00140	JAEA00240	Jafa00140
Jafa00240	Jafa00340	Jafa00440	Jafa00540	Jafa00640	Jafa00740	Jafa00840	Jafa00940
Jafa01040	Jafa01140	Jafa01240	Jafa01440	Jafa01540	Jafa01640	Jafa01740	Jafa01840
Jafa01940	Jafa02040	Jafa02140	Jafa02240	Jafa02340	Jafa02440	Jafa02540	Jafa02640
Jafa02740	Jafa02840	Jafa02940	Jafa03040	Jafa03140	Jafa03240	Jafc00140	Jafc00240
Jafc00440	Jafc00540	Jafc00640	Jafc00740	Jafc00840	Jafc01040	Jafc01940	Jaga00140
Jaga00240	Jaga00340	Jaga00440	Jaga00540	Jaga00640	Jagc00140	Jagd00140	Jagd00240
Jagf00140	Jagf00240	Jagf00340	JAHA00140	JAHC00140	JAMA00240	JANE00240	JANE00540
JANH79840	JANJ00240	JANM00140	JANM00240	JAPA00140	JAPC01840	JASA00140	JBCA00140
JBFA00140	JBFA00240	JBFC00140	JBFE00140	JBHE00140	JBMA00140	JBMC00140	JBNE00440
JBPE00140	JBPE00240	JBPG00140	JBPH00140	JBQE00140	JBQG00140	JBQG00240	JCAD00140
JCAE00140	JCAF00140	JCAH00140	JCCA00240	JCCA00340	JCCA00540	JCCA00640	JCCA00740
JCCA00840	JCCA00940	JCCA01040	JCCA01140	JCCA01240	JCCA01340	JCCA01440	JCCC00140
JCCC00240	JCCC00340	JCEA00140	JCEA00240	JCEA00340	JCEA00440	JCEA00540	JCEC00640
JCEC01140	JCEE00140	JCFA00140	JCFA00240	JCFA00340	JCFA00440	JCFA00540	JCFA00640
JCFA00740	JCFA00840	JCFA00940	JCFA01040	JCFC00140	JCFD00140	JCFE00140	JCFE00240
JCFE00340	JCFF00140	JCGA00140	JCGA00240	JCGA00340	JCGC00140	JCGC00240	JCGC00340
JCGE00140	JCGE00240	JCGE00540	JCGE00640	JCGG00140	JCGH00140	JCGH00440	JCGH00540
JCKA00140	JCKA00240	JCKE00140	JCKE00240	JCLE00140	JCLE00240	JCLE00340	JCLE00440
JCMA00140	JCMA00240	JCMA00340	JCMA00440	JCMA00540	JCND00140	JCNE00140	JCNE00240
JCNE00340	JCNE00440	JCNF00140	JCNM00140	JCNM00240	JCPA00140	JCPA00240	JCPA00340

JCPC00140	JCPC00240	JCPD00140	JCPE00140	JCPE00240	JCQE00140	JCQE00240	JCQE00340
JCQE00440	JCSA00140	JCSA00240	JCSA00340	JCSA00440	JCSA00540	JDCA00140	JDCA00240
JDCA00340	JDCA00440	JDCC01640	JDDA00240	JDDA00340	JDDA00440	JDDA00540	JDDA00640
JDDA00740	JDDA00840	JDDB00540	JDDB00740	JDDC00240	JDFA00140	JDFA00240	JDFA00340
JDFA00440	JDFA00540	JDFA00640	JDFA00740	JDFA00840	JDFA00940	JDFA01040	JDFA01140
JDFA01240	JDFA01340	JDFA01440	JDFA01540	JDFA01640	JDFA01740	JDFA01840	JDFA01940
JDFA02040	JDFA02140	JDFA02240	JDFA02340	JDFA02440	JDFA02540	JDFC00140	JDFC02340
JDFE00140	JDFE00240	JDFE00340	JDGE00140	JDHE00140	JDHE00240	JDHE00340	JDJE00140
JDLA00140	JDMA00140	JDMA00240	JDMA00340	JDNE00140	JDPA00140	JDPA00240	JDPE00240
JDSA00140	JDSA00240	JDSA00340	JDSA00440	JDSA00540	JDSA00640	JDSA00740	JDSA00840
JDSA00940	JDSA01040	JDSA01140	JDSC02440	JEAA00140	JECA00140	JECA00240	JECE00140
JEEE00140	JEFA00140	JEFA00240	JEFA00340	JEFA00440	JEFA00540	JEFA00740	JEFA00840
JEFA00940	JEFA01040	JEFA01140	JEFA01240	JEFE00140	JEFE00340	JEFE00440	JEFE00540
JEGA00240	JEGA00340	JEGA00440	JEGA00540	JEGE00240	JEGE00340	JEGE00440	JEHE00140
JEKA00240	JEKA00540	JEKA00640	JEKA00740	JEKA00840	JEKA00940	JEKA01040	JEKB00640
JELA00140	JELA00240	JELA00340	JELA00440	JELB00340	JELE00140	JELE00240	JELE00340
JEMA00140	JEMA00240	JEMA00340	JEMA00440	JEMA00540	JEMA00640	JEMA00740	JEMA00940
JEMA01040	JEMA01140	JEMA01240	JEMA01340	JEMA01440	JEMA01540	JEMA01640	JEMA01740
JEMA01840	JEMA01940	JEMA02040	JEMA02140	JEMA02240	JEMA02340	JENE00140	JEPA00140
JEPA00640	JEPA00740	JEPD00140	JEPD00240	JEPE00140	JEPE00240	JEPH00140	JESA00140
JESA00340	JESA00440	JESA00540	JFFA00140	JFFA00240	JFFA00340	JFFA00440	JFFA00540
JFFA00640	JFFA00740	JFFA00840	JFFA00940	JFFA01040	JFFA01140	JFFA01240	JFFA01340
JFFA01440	JFFA01540	JFFA01640	JFFA01740	JFFA01840	JFFA01940	JFFA02040	JFFA02140
JFFA02240	JFFC00140	JFFC00240	JFJA00140	JFJC00140	JFQA00140	JFQC00140	JGFA00540
JGFA00640	JGFA00740	JGFA00840	JGFA00940	JGFA01140	JGFA01440	JGFA01640	JGFC00140
JGFC04540	JGFE00440	JGFE02340	JGFE36540	JGNE17140	JGNE40340	JGNL00140	JHAA00140
JHAA00240	JHBA00140	JHCA00140	JHCA00240	JHCA00440	JHCA00540	JHCA00640	JHCA00740
JHDA00140	JHEA00140	JHEA00240	JHEA00340	JHEA00440	JHEA00540	JHEA00640	JHEA00740
JHEA00840	JHEA00940	JHEA01040	JHEA01140	JHEA01240	JHFA00140	JHFA00240	JHFA00340
JHFA00440	JHFA00540	JHFA00640	JHFA00740	JHFA00840	JHFA00940	JHFA01040	JHFA01140
JHFA01240	JHFA01340	JHFA01440	JHFA01640	JHFA01740	JHFA01840	JHFA01940	JHFB00140
JHFC00140	JHGA00140	JHGA00240	JHGA00340	JHHA00240	JHHA00340	JHJA00140	JHJB00240
JHKA00240	JHKA00340	JHKA00440	JHLA00240	JHLA00340	JHLA00440	JHLA00540	JHMA00140
JHMA00240	JHMA00340	JHMA00540	JHMA00640	JHMB00140	JHPA00140	JHPA00240	JHQA00140
JHQA00240	JHQA00340	JHSA00240	JJCA00140	JJCA00240	JJCA00340	JJCC00140	JJCC00240
JJCC00340	JJCC00440	JJEA00140	JJEA00240	JJEA00340	JJEC00140	JJEC00240	JJEC00340
JJFA00140	JJFA00240	JJFA00340	JJFA00440	JJFA00540	JJFA00640	JJFA00740	JJFA00840
JJFA01040	JJFA05040	JJFC00140	JJFC00240	JJFC00340	JJFC00440	JJFC00640	JJFC00840
JJFC00940	JJFC01040	JJFJ00140	JJJA00140	JJJA00240	JJJC00140	JJJC00240	JJLE00140
JJLI00240	JJPA00140	JJPA00240	JJPA00340	JJPA00440	JJPC00140	JJPC00240	JJPC00340
JJPC00440	JJPE00140	JJQC00140	JKBA00140	JKBA00240	JKCA00140	JKCD00140	JKDA00140
JKDA00240	JKDA00340	JKDA04240	JKDC00140	JKDC01540	JKFA00140	JKFA00240	JKFA00340
JKFA00440	JKFA00540	JKFA00640	JKFA00740	JKFA00840	JKFA00940	JKFA01140	JKFA01240
JKFA01340	JKFA01440	JKFA01540	JKFA01640	JKFA01840	JKFA01940	JKFA02040	JKFA02140
JKFA02240	JKFA02340	JKFA02440	JKFA02540	JKFA02640	JKFA02740	JKFA02840	JKFA02940

JKFA03040	JKFA03140	JKFA03240	JKFC00140	JKFC00240	JKFC00340	JKFC00440	JKFC00540
JKFC00640	JKFE00140	JKFE00240	JKGA00140	JKGC00140	JKGD00240	JKGD00340	JKGE00140
JKGE00240	JKMA00140	JKMD00140	JKNE00140	JKNL00140	JKNL00240	JKNL00340	JKNL00440
JKNL00540	JKNL00640	JKPC00140	JKPD00140	JKPD00240	JKPE00140	JKPE00240	JKPJ00140
JKPJ00240	JKQE00140	JLCA00140	JLCA00240	JLCA00340	JLCA00440	JLCA00540	JLCA00640
JLCA00740	JLCA00840	JLCA00940	JLDA00140	JLDA00240	JLDA00340	JLDA00440	JLDC01540
JLFA00140	JLFA00340	JLFA00440	JLFD00140	JLFD00240	JLJA00240	JLJD00140	JLMA00140
JLMA00240	JLMA00340	JLMA00440	JLMA00540	JLMC00140	JLMD00140	JLNL00140	JLNL00540
JLPA00140	JLSD00140	JMBA00140	JMCA00140	JMCA00440	JMCA00540	JMCA00640	JMDA00140
JMEA00140	JMEA00240	JMFA00140	JMFA00340	JMFA00440	JMFA00540	JMFA00640	JMFA00740
JMFA00840	JMFA00940	JMFA01040	JMMA00140	JMMA00240	JMMA00440	JMMA00540	JMPA00140
JMPA00240	JMPA00340	JMPA00440	JMPA00540	JNCA00140	JNCA00240	JNFA00140	JNJD00140
JNJD00240	JNMD00140	JNPA00240	JPHB00240	JQCB00140	JQGA00140	JQGA00240	JQGA00340
JQGA00440	JQGA00540	JQGD01440	JQHB00240	JQJB00140	JRGA00140	JRGA00240	JRGA00340
JRGA00440	JRGC00140	JRPA00140	JSEC00140	JZMA00240	JZMA00340	KAFA00140	KAFA00240
KANB00140	KBFA00140	KCFA00140	KCFA00240	KCFA00340	KCFA00440	KCFA00540	KCFA00640
KCFA00740	KCFA00840	KCFA00940	KCFA01040	KCFA01140	KCGA00140	KCJA00140	KCMA00140
KDEA00140	KDFA00140	KDFA00240	KDFA00340	KDFC00140	KDQA00140	KDQA00240	KDQA00340
KDQC00240	KEFA00140	KEFA00240	KEFC00140	KEFC00240	KFFA00140	KZFA00140	KZFC00140
LABA00140	LABA00340	LABA00440	LACA00140	LACA00240	LACA00340	LACA00440	LACA00540
LACA00640	LACA00740	LACA00840	LACA00940	LACA01040	LACA01140	LACA01240	LACA01340
LACA01440	LACA01540	LACA01640	LACA01740	LACA01840	LACA01940	LACA02040	LACB00140
LACB00240	LACB00340	LAEA00140	LAEA00240	LAEA00340	LAEA00440	LAEA00640	LAEA00740
LAEA00840	LAEA00940	LAEB00140	LAEP00140	LAEP00240	Lafa00140	Lafa00340	Lafa00440
Lafa00540	Lafa00640	Lafa01140	Lafa01240	Lafa01340	Lafa01440	Lafa01540	Lafa01640
Lafa01740	Lafa01840	Lafa01940	Lafa02040	Lafa02140	Lafa02240	Lafa02340	Lafa02440
LAGA00140	LAGA00240	LAGA00340	LAGA00440	LAGA00540	LAGA00640	LAGA00740	LAGA00840
LAGA38140	LAHA00240	LALA46940	LAMA00140	LAMA00240	LAMA00340	LAMA00440	LAMA00540
LAMA00640	LAMA00740	LAMA00840	LAMA00940	LAMA01040	LAMA01140	LAMA01240	LAPA00140
LAPA00240	LAPA00340	LAPA00440	LAPA00540	LAPA00640	LAPA00740	LAPA00840	LAPA00940
LAPA01040	LAPA01140	LAPA01240	LAPA01340	LAPA01440	LAPA01540	LAPA01640	LARA00140
LARA00240	LARA00340	LARA00440	LBAA00140	LBBA00340	LBBA00440	LBBA00540	LBBA00640
LBCA00140	LBCA00240	LBCA00340	LBCA00440	LBCA00540	LBCA00640	LBCA00740	LBCA00840
LBCA00940	LBCA01040	LBCB00140	LBCB00240	LBDA00140	LBDD00140	LBEA00140	LBED00140
LBED00240	LBED00340	LBED00440	LBED00540	LBED00640	LBEP00240	LBEP00940	LBFA00140
LBFA00240	LBFA00340	LBFA00440	LBFA00540	LBFA00640	LBFA00740	LBFA00840	LBFA00940
LBFA01040	LBFA01140	LBFA01240	LBFA01340	LBFA01440	LBFA01540	LBFA01640	LBFA01740
LBFA01840	LBFA01940	LBFA02040	LBFA02240	LBFA02440	LBFA02540	LBFA02640	LBFA02740
LBFA02840	LBFA02940	LBFA03040	LBFA03240	LBFA03340	LBFA03440	LBFA03540	LBFA03640
LBFA03740	LBFA03840	LBFA03940	LBGA00140	LBGA00240	LBGA00540	LBGA00640	LBGA00740
LBGA00840	LBGA00940	LBGA04940	LBGA05240	LBGA13940	LBGA16840	LBGA35440	LBLD02440
LBLD02640	LBLD03840	LBLD20040	LBLD29440	LBMA00140	LBMA00240	LBMA00340	LBMA00440
LBMA00640	LBPA00140	LBPA00240	LBPA00340	LBPA00440	LBPA00540	LBPA00640	LBPA00740
LBPA00840	LBPA00940	LBPA01040	LBPA01140	LBPA01240	LBPA01340	LBPA01440	LBPA01540
LBPA01640	LBPA01740	LBPA01840	LBPA01940	LBPA02040	LBPA02140	LBPA02240	LBPA02340

MCCA01040	MCCA01140	MCCB00140	MCCB00240	MCCB00340	MCCB00440	MCCB00540	MCCB00640
MCCB00740	MCCB00840	MCCB00940	MCEP00140	MCEP00240	MCFA00140	MCFA00240	MCFA00340
MCFA00440	MCFA00540	MCFA00640	MCKA00240	MCMA00140	MCMA00240	MCPA00140	MCPA00240
MCPA00340	MCPA00440	MCPA00540	MCPA00640	MCPA00740	MCPA00840	MCPA00940	MCPA01040
MCPA01140	MCPA01240	MCPA01340	MCPA01440	MDAA00140	MDAA00240	MDCA00140	MDCA00240
MDCA00340	MDCA00440	MDCA00540	MDCA00640	MDCA00740	MDCA00840	MDCA00940	MDCA01040
MDCA01140	MDCA01240	MDCA01340	MDCA01440	MDCB00140	MDCB00240	MDCB00340	MDCB00440
MDCB00540	MDEA00140	MDEA00240	MDEA00340	MDEA00440	MDEP00140	MDEP00240	MDFA00140
MDFA00240	MDFA00340	MDFA00440	MDFA00540	MDFA00640	MDFA00740	MDGA00140	MDGA00240
MDGA00340	MDGA00440	MDGA00540	MDHA00140	MDMA00140	MDPA00140	MDPA00240	MDPA00340
MDPA00440	MDPA00540	MEDA00140	MEEA00140	MEEA00240	MEEA00340	MEEA00440	MEEP00240
MEEP00340	MEFA00140	MEFA00340	MEFA00440	MEFC00140	MEFC00240	MEGA00140	MEGA00240
MEJA00140	MEJC00140	MEKA00140	MEKA00240	MEKA00340	MEKA00440	MEKA00540	MEKA00640
MEKA00740	MEKA00840	MEKA00940	MEKA01040	MELA00140	MEMA00140	MEMA00340	MEMA00540
MEMA00640	MEMA00840	MEMA00940	MEMA01140	MEMA01240	MEMA01440	MEMA01540	MEMA01640
MEMA01740	MEMA01840	MEMC00140	MEMC00240	MEMC00340	MEMC00440	MEMC00540	MEPA00140
MEPC00140	MEQC00140	MEQC00240	MERP00140	MFCA00140	MFDA00140	MFDA00240	MFEA00140
MFEA00240	MFEA00340	MFEB00140	MFEP00240	MFFA00140	MFFA00240	MFFA00340	MFFC00140
MFGA00140	MFJA00140	MFJC00140	MFKA00140	MFKA00340	MFMA00140	MFMA00340	MFMA00540
MFPA00140	MFPA00240	MFPA00340	MFPC00140	MFQC00140	MFRP00140	MGCA00140	MGCC00140
MGDA00140	MGDA00240	MGEA00140	MGEA00240	MGEP00240	MGFA00140	MGFA00240	MGFA00340
MGFA00440	MGFA00540	MGFA00640	MGFA00740	MGFC00140	MGFC00240	MGFC00340	MGGA00140
MGGA00240	MGJA00140	MGJC00140	MGKA00140	MGKA00240	MGKA00340	MGMA00240	MGMA00340
MGMA00440	MGMA00540	MGMA00640	MGPA00140	MGQC00140	MGRP00140	MHCA00140	MHCA00240
MHCA00340	MHDA00140	MHDA00240	MHDA00340	MHDA00440	MHDA00540	MHEA00140	MHEA00240
MHEA00340	MHEA00440	MHEP00140	MHFA00140	MHFA00240	MHFA00340	MHJA00140	MHMA00140
MHMA00240	MHMA00340	MHMA00440	MHMA00540	MHPA00140	MHPA00240	MHPA00340	MHPA00440
MHQP00140	MJAA00140	MJAA00240	MJCA00140	MJCA00240	MJCA00340	MJCA00540	MJCA00640
MJCA00740	MJCA00840	MJCA01040	MJCA01240	MJDA00140	MJDC00140	MJEA00140	MJEA00240
MJEA00340	MJEA00440	MJEA00540	MJEA00640	MJEA00740	MJEA00840	MJEA00940	MJEA01040
MJEA01140	MJEA01240	MJEA01340	MJEA01440	MJEA01540	MJEA01640	MJEA01740	MJEA01840
MJEA01940	MJEA02040	MJEA02140	MJEC00140	MJEC00240	MJFA00140	MJFA00240	MJFA00340
MJFA00440	MJFA00540	MJFA00640	MJFA00740	MJFA00840	MJFA00940	MJFA01040	MJFA01140
MJFA01240	MJFA01340	MJFA01440	MJFA01540	MJFA01640	MJFA01740	MJFA01840	MJFC00140
MJGA00140	MJJA00140	MJJA00240	MJJA00340	MJJA00440	MJMA00240	MJMA00340	MJMA00641
MJMA00642	MJMA00940	MJMA01040	MJMA01240	MJMA01340	MJMA01441	MJMA01442	MJMA01540
MJMA01640	MJPA00140	MJPA00240	MJPA00340	MJPA00440	MJPA00540	MJPA00640	MJPA00740
MJPA00840	MJPA00940	MJPA01040	MJPA01140	MJPA01240	MJPA01340	MJPA01440	MJPB00140
MZEA00140	MZEA00240	MZEA00340	MZEA00440	MZEA00540	MZEA00740	MZEA00840	MZEA00940
MZEA01040	MZEA01140	MZEA01240	MZFA00140	MZFA00240	MZFA00340	MZFA00440	MZFA00540
MZFA00640	MZFA00740	MZFA00840	MZFA00940	MZFA01040	MZFA01140	MZFA01240	MZFA01340
MZFA01440	MZFA01540	MZGA00340	MZGA00440	MZHA00140	MZMA00140	MZMA00240	MZMA00340
MZMA00440	MZPA00240	MZQP00140	NACA00140	NACA00240	NACA00340	NACA00440	NACA00540
NACB00140	NAEP00240	NAFA00140	NAFA00240	NAFA00340	NAFA00440	NAFA00640	NAGA00140
NAGA00240	NAGA00340	NAHA00140	NAHA00240	NAMA00240	NAPA00140	NAPA00240	NAPA00340

NAPA00440	NAPA00540	NAPA00640	NAPA00740	NAPA00840	NBAA00140	NBAA00340	NBAA00440
NBAA00540	NBAA00640	NBCA00140	NBCA00240	NBCA00340	NBCA00440	NBCA00540	NBCA00640
NBCA00740	NBCA00840	NBCA00940	NBCA01040	NBCA01140	NBCA01240	NBCA01340	NBCA01440
NBCA01540	NBCB00140	NBCB00240	NBCB00340	NBCB00440	NBCB00540	NBCB00640	NBDA00440
NBDA01340	NBEP00240	NBFA00140	NBFA00240	NBFA00340	NBFA00440	NBFA00540	NBFA00640
NBFA00740	NBFA00840	NBFA00940	NBGA00140	NBGA00240	NBGA00340	NBGA00440	NBGA00540
NBGA00640	NBGA00740	NBGA01040	NBGA01540	NBMA00140	NBMA00240	NBMA00340	NBPA00140
NBPA00240	NBPA00340	NBPA00440	NBPA00540	NBPA00640	NBPA00740	NBPA00840	NBPA00940
NBPA01040	NBPA01140	NBPA01240	NBPA01340	NBPA01440	NBPA01540	NBPA01640	NBPA01740
NBPA01840	NBPA01940	NBPA02040	NCCA00140	NCCA00240	NCCA00340	NCCA00440	NCCA00540
NCCA00640	NCCA00740	NCCA00840	NCCA00940	NCCA01040	NCCA01140	NCCA01240	NCCA01340
NCCA01440	NCCA01540	NCCA01640	NCCA01740	NCCA01840	NCCA01940	NCCB00140	NCCB00240
NCCB00340	NCCB00440	NCCB00540	NCCB00640	NCCB00740	NCCC00140	NCEA00140	NCEP00240
NCFA00140	NCFA00240	NCFA00340	NCFA00440	NCFA00540	NCFA00640	NCFA00740	NCFA00840
NCFA00940	NCGA00140	NCGA00240	NCMA00140	NCMA00240	NCPA00140	NCPA00240	NCPA00340
NCPA00440	NCPA00540	NCPA00640	NCPA00740	NCPA00840	NCPA00940	NCPA01040	NCPA01140
NCPA01240	NCPA01340	NCPA01440	NCPA01540	NCPA01640	NDAA00140	NDAA00240	NDCA00140
NDCA00240	NDCA00340	NDCA00440	NDCA00540	NDCA00640	NDCB00140	NDCB00240	NDCB00340
NDCB00440	NDDA00140	NDDC00140	NDEA00240	NDEP00140	NDFA00140	NDFA00240	NDFA00340
NDFA00440	NDFA00540	NDFA00640	NDFA00740	NDFA00840	NDFA00940	NDFA01040	NDGA00140
NDGA00240	NDGA00340	NDMA00140	NDPA00140	NDPA00240	NDPA00340	NDPA00440	NDPA00540
NDPA00640	NDPA00740	NDPA00840	NDPA00940	NDPA01040	NDPA01140	NDPA01240	NDPA01340
NDPA01440	NEDA00140	NEDA00240	NEDA00340	NEDB45440	NEEA00140	NEEA00240	NEEA00340
NEEA00440	NEEP00240	NEEP00440	NEEP00540	NEEP00740	NEFA00140	NEFA00240	NEFA00340
NEFA00440	NEFC00140	NEGA00140	NEGA00240	NEGA00340	NEGA00440	NEGA00540	NEHA00140
NEHA00240	NEJA00140	NEJA00240	NEJA00340	NEJA00440	NEJC00140	NEKA00140	NEKA00240
NEKA00340	NEKA00440	NEKA00540	NEKA00640	NEKA00740	NEKA00840	NEKA00940	NEKA01040
NEKA01140	NEKA01240	NEKA01340	NEKA01440	NEKA01540	NEKA01640	NEKA01740	NEKA01840
NEKA01940	NEKA02040	NEKA02140	NEKA02240	NELA00140	NELA00240	NELA00340	NEMA00340
NEMA01140	NEMA01340	NEMA01740	NEMA01840	NEMA01940	NEMA02040	NEMA02140	NEPA00140
NEQC00140	NEQH00140	NEQP00140	NEQP00240	NFCA00140	NFCA00240	NFCA00340	NFCA00440
NFCA00540	NFCA00640	NFCA13240	NFCC00140	NFCC00240	NFCC40840	NFDA00240	NFDA00340
NFDA00940	NFDC00140	NFEA00140	NFEA00240	NFEC00140	NFEC00240	NFEP00240	NFFA00140
NFFA00240	NFFA00340	NFFA00440	NFFA00540	NFFA00640	NFFC00140	NFFC00240	NFFC00340
NFFC00440	NFGA00140	NFGA00240	NFJA00140	NFJA00240	NFJC00140	NFJC00240	NFKA00140
NFKA00240	NFKA00340	NFKA00440	NFKA00540	NFKA00640	NFKA00740	NFKA00840	NFKA00940
NFLA00140	NFLA00240	NFMA00240	NFMA00440	NFMA00540	NFMA00640	NFMA00840	NFMA01040
NFMA01140	NFMA01340	NFMC00140	NFMC00240	NFMC00340	NFMC00540	NFPA00140	NFPA00240
NFPA00340	NFPA00440	NFPC00140	NFPC00240	NFQC00140	NFQP00140	NFQP00240	NFRP00140
NGCA00140	NGDA00140	NGDA00240	NGDA00340	NGDA00440	NGDC00140	NGEA00140	NGEP00140
NGFA00140	NGFA00240	NGGA00140	NGGA00240	NGJA00140	NGJA00240	NGJC00140	NGJC00240
NGKA00140	NGMA00140	NGPA00140	NGPA00240	NGPA00340	NGPC00140	NGQC00140	NGQP00140
NGRP00140	NHDA00140	NHDA00240	NHDA00340	NHDA00440	NHDA00540	NHDA00640	NHDA00740
NHDA00840	NHDA00940	NHDA01040	NHDA01140	NHFA00140	NHKA00140	NHMA00140	NHMA00240
NHMA00340	NHMA00640	NHMA00740	NHMA00840	NHPA00140	NHPA00240	NHPA00340	NHPA00440

NHPA00540	NHPA00640	NHRP00240	NJAA00140	NJAA00240	NJAA00340	NJAA00440	NJBA00140
NJBA00240	NJCA00140	NJEA00140	NJEA00240	NJEA00340	NJEA00440	NJEA00540	NJEA00640
NJEA00740	NJEA00840	NJEA00940	NJEA01040	NJEA01140	NJEA01240	NJFA00140	NJFA00240
NJFA00340	NJFA00440	NJFA00540	NJFA00640	NJFA00840	NJFA00940	NJMA00140	NJMA00240
NJMA00340	NJMA00440	NJMA00540	NJMA00640	NJMA00740	NJPA00140	NJPA00240	NJPA00340
NJPA00440	NJPA00540	NJPA00640	NJPA00740	NJPA00840	NJPA00940	NJPA01040	NJPA01140
NJPA01240	NJPA01340	NJPA01440	NJPA01540	NJPA01640	NJPA01740	NJPA01840	NJPA01940
NJPA02040	NJPA02140	NJPA02240	NJPA02340	NJPA02440	NJPA02540	NJPA02640	NJPA02740
NJPA02840	NJPA02940	NJPA03040	NJPA03140	NJPA03240	NJPA03340	NJPA03440	NJPA03540
NJPA03640	NJPB00140	NZEA00140	NZEA00240	NZEA00340	NZEA00440	NZEA00640	NZEA00740
NZFA00140	NZFA00240	NZFA00340	NZFA00440	NZFA00540	NZFA00640	NZFA00740	NZFA00840
NZFA00940	NZFA01040	NZFA01140	NZFA01240	NZFA01340	NZHA00140	NZMA00140	NZMA00240
PACA00140	PACC00140	PADA00140	PADA00340	PADB00140	PADB00240	PAFA00540	PAFA00740
PAFH00140	PAGA00240	PAGA00340	PAGA00540	PAGA00640	PAGA00740	PAGA00840	PAGA00940
PAGA01040	PAGA01140	PAKB00240	PAMH00140	PAMP00140	PANH00140	PAPA00140	PAPA00240
PAPA00340	PCCA00140	PCCA00240	PCDA00140	PCEA00140	PCEA00240	PCEA00340	PCEA00440
PCMA00140	PCPA00140	PCPA00240	PCPA00340	PCPA00440	PCPA00540	PCPA00640	PDAB00140
PDFA00240	PDFA00340	PZMA00140	PZMA00240	PZMA00340	PZMA00440	PZMA00540	QAEA00140
QAEA00240	QAEA00340	QAEA00440	QAEA00540	QAEA00640	QAEA00740	QAEA00840	QAEA00940
QAEA01040	QAEA01140	QAEA01240	QAEA01340	QAFa00240	QAFa00340	QAFa00440	QAFa00540
QAFa00640	QAFa00740	QAFa00840	QAFa00940	QAFa01040	QAGA00140	QAJA00140	QAJA00340
QAJA00640	QAJA00740	QAJA00840	QAJA00940	QAJA01040	QAJA01140	QAJA01240	QAMA00240
QAMA00340	QAMA00440	QAMA00540	QAMA00840	QAMA01240	QAMA01340	QAMA01540	QANP00840
QANP00940	QAPA00140	QAPA00240	QBFA00140	QBFA00240	QBFA00340	QBFA00440	QBFA00540
QBFA00640	QBFA00740	QBFA00840	QBFA01040	QBFA01240	QBFA01440	QBJB00140	QBPA00140
QCEA00140	QCEA00240	QCEA00340	QCEA00440	QCEA00540	QCEA00640	QCFA00140	QCFA00240
QCFA00340	QCFA00440	QCFA00540	QCFA00640	QCJA00140	QCJA00240	QCJA00440	QCJA00540
QDPA00140	QEFA00140	QEFA015240	QEFA01740	QEFA00140	QEFA00240	QEFA00340	QEFA00440
QEFA00540	QEFA00640	QEFA00740	QEFA00840	QEFA01040	QEFA01140	QEFA01240	QEFA01340
QEFA01540	QEFA01640	QEFA01740	QEFA01840	QEFA01940	QEFA02040	QEGA00140	QEGA00240
QEGA00340	QEGA00440	QEHA00240	QEJA00140	QEKA00140	QEKA00240	QEMA00140	QEMA00240
QEMA00340	QEMA00440	QEMA00540	QEMA00640	QEMA00940	QEMA01040	QEMA01240	QEMA01340
QEMA01440	QEMA02040	QEMA39240	QEMA46340	QEMA62140	QEMA68240	QEMA70240	QEMA74040
QEMA78840	QEPA00140	QZEA00140	QZEA00240	QZEA00340	QZEA00440	QZEA00540	QZEA00640
QZEA01040	QZEA01140	QZEA01240	QZEA01340	QZEA01440	QZEA01640	QZEA01740	QZEA02040
QZEA02140	QZEA02240	QZEA02340	QZEA02440	QZEA02540	QZEA02740	QZEA02840	QZEA02940
QZEA03040	QZEA03140	QZEA03340	QZEA03640	QZEA03740	QZEA03840	QZEA03940	QZEA04040
QZEA04140	QZEA04240	QZEA04340	QZFA00640	QZFA01140	QZFA01240	QZFA01440	QZFA01640
QZFA01740	QZFA01840	QZFA01940	QZFA02340	QZFA02440	QZFA02540	QZFA02640	QZFA02740
QZFA03040	QZFA03440	QZFA03540	QZFA03740	QZFA03840	QZGA00140	QZGA00840	QZGP00140
QZGP00240	QZGP00440	QZGP00640	QZGP00740	QZGP00940	QZJA00140	QZJA00440	QZJA00540
QZJA00740	QZJA00840	QZJA01040	QZJA01140	QZJA01340	QZJA01440	QZJA01840	QZJA01940
QZJA02340	QZJP00140	QZJP00240	QZJP00340	QZLA00140	QZLA00240	QZLB00140	QZMA00140
QZMA00240	QZMA00340	QZMA00440	QZMA00540	QZMA00640	QZMA00740	QZMA00940	QZMA01040
QZPA00140	QZPA00240	QZPA00340	QZPA00540	QZPA00640	QZPA00740	QZQA00140	YYYY01340

YYYY02240	YYYY02640	YYYY03140	YYYY04140	YYYY06640	YYYY18840	YYYY40040	YYYY40540
ZAQA00140	ZBGA00140	ZBGC00140	ZBQA00140	ZBQA00240	ZBQC00140	ZBQC00240	ZBSA00140
ZCGA43340	ZCGA76040	ZCGA76540	ZCGC02540	ZCGC71840	ZCGD06940	ZCJA00140	ZCJA00240
ZCJA00340	ZCJA00440	ZCJA00540	ZCJC00140	ZCQA00140	ZCQC00140	ZCQC00240	ZCQD00140
ZZGP00140	ZZKP00140	ZZLF00440	ZZLP00840	ZZLP01240	ZZLP02540	ZZLP03040	ZZLP04240
ZZLP05440	ZZNL00340	ZZNL00440	ZZNL00540	ZZNL00940	ZZNL01240	ZZNL01340	ZZNL01440
ZZNL01540	ZZNL01740	ZZNL01840	ZZQA00240	ZZQL01040			

Annexe 20 - Ordonnance numérique

Depuis juillet 2019, l'Assurance Maladie et les représentants syndicaux des médecins libéraux et de pharmaciens d'officine ont mis en place une expérimentation d'un processus de dématérialisation nommé « e-prescription de médicaments et de certains dispositifs médicaux ». Il s'appuie sur une base de données nationale partagée entre les médecins, les pharmaciens et l'Assurance Maladie, vers laquelle transitent les informations des e-prescriptions, dans un format structuré, en complément de l'utilisation d'un QR code apposé sur l'exemplaire papier remis au patient.

Cette expérimentation a permis de confirmer que le dispositif e-prescription est opérationnel et de tirer des enseignements sur lesquels capitaliser pour la définition d'un modèle commun à toutes les prescriptions en vue de leur dématérialisation : la e-prescription unifiée. Le nom de marque déposé pour ce service est « ordonnance numérique ».

Article 1 : Principes fondateurs de l'ordonnance numérique

- Périmètre des prescriptions concernées

L'ordonnance numérique s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les prescripteurs peuvent effectuer toutes leurs prescriptions en e-prescription :

- les médicaments de manière codifiée (comme dans l'expérimentation) ;
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM) ;
- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente l'ordonnance numérique, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020 et le décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie s'engage à :

- ce que les médecins conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées par le médecin dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;
- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des professionnels de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP intégré dans le service Mon espace santé des patients ;

- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du professionnel prescrit par le patient ; un professionnel prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé « ordonnance numérique » continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de confidentialité

La prescription enregistrée par le médecin dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service ordonnance numérique

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins dans leurs cabinets. L'éditeur doit veiller à ce que le médecin dispose d'une base de donnée médicamenteuse à jour, interfacée avec le LAP.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de l'ordonnance numérique dans le cadre de la Commission Paritaire nationale.

Article 2 : Réception

La transmission d'une ordonnance numérique à l'Assurance Maladie par les professionnels de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier. Ce module structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données véhiculées dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception au professionnel de santé. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des ordonnances numériques est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base.

L'unicité du numéro d'identification de l'ordonnance numérique est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle ordonnance numérique en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

Article 3 : Conservation et accès aux données

- Les ordonnances numériques reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base ordonnance numérique est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie.
- Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les ordonnances numériques en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.
- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de l'ordonnance numérique est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
 - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de l'ordonnance numérique figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
 - pour le prescripteur, une fois que l'ordonnance numérique a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
 - pour un agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
 - d'effacer une ordonnance numérique existante (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans) ;
 - de remplacer une ordonnance numérique existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté ;
 - de modifier les données d'une ordonnance numérique existante.

Article 4 : Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs ordonnance numérique publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

- a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur
 - i. Créer une ordonnance numérique

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des ordonnances numériques (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit. Cette éventuelle opposition figure sur l'exemplaire de l'ordonnance remis au patient (exemplaire papier ou exemplaire transmis dans le DMP au sein de

Mon espace santé et également via MSSanté vers la messagerie de Mon espace santé du patient cf décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique).

). Le droit d'opposition ne s'applique pas à l'enregistrement de l'ordonnance numérique dans la base par le médecin ni à sa consultation des modifications exercées par le prescript.

Pour les médicaments et les dispositifs médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception envoyé par le téléservice de création, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

Le prescripteur peut choisir d'apposer un paraphe numérique de sa signature sur l'ordonnance remise au patient.

- ii. L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP du patient intégré dans le service Mon espace santé, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données de prescription structurées (en commençant par les produits de santé). Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient. Dès lors que le processus ordonnance numérique est utilisé (et que l'ordonnance numérique est enregistrée avec succès dans la base) le patient (qui a activé son profil Mon espace santé) peut demander au médecin à recevoir cette prescription exclusivement au moyen de la messagerie sécurisée mise à la disposition de tous les titulaires d'un profil Mon espace santé (envoi par le médecin via MSSanté). Rechercher et consulter une ordonnance numérique

Le prescripteur peut consulter les données de l'ordonnance numérique, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescript. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

- a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescript

- i. Consulter une ordonnance numérique

Le professionnel prescript scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base nationale des ordonnances numériques et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur depuis son logiciel métier. Exécuter une ordonnance numérique

Le professionnel prescript exécute la prescription et enregistre dans la base des ordonnances numériques :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes ;

- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription ;
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de l'ordonnance numérique s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif et sous motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des ordonnances numériques des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits et actes prescrits et délivrés ou exécutés selon la codification en vigueur).

Article 5 : Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier.

Annexe 21 – Dispositions transitoires concernant les contrats démographiques

Les contrats démographiques souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016, reconduite par le règlement arbitral approuvé le 28 avril 2023, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés selon les dispositions figurant à l'article 27 de la présente convention.

À compter du 1^{er} janvier 2026, il sera mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016 précitée. Les médecins ayant une activité au sein d'une ZIP bénéficieront alors automatiquement d'une majoration de leur FMT telle que définie aux articles 24-1 et 24-2 de la présente convention.

Article 1. Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones sous-dotées

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc).

Concernant les médecins ayant bénéficié d'un dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense au titre du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pendant une durée de deux ans, cet exercice libéral partagé n'est pas assimilé à une première installation au sens du présent article.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Ce contrat est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. s'installer en exercice libéral dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
2. exercer une activité libérale conventionnée, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 41 et suivants de la convention ;
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou appartenir à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique) avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS ;

4. s'engager à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour un même médecin, le contrat d'installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 2 de la présente annexe, ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 3 de la présente annexe.

Un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Les médecins ayant un projet d'installation dans les zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peuvent rencontrer des difficultés pour débiter leur activité libérale au sein d'un groupe ou pour intégrer un projet de santé dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Dans ce cadre, l'ARS peut, dans le contrat type régional qu'elle arrête, conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale, ouvrir le contrat aux médecins s'installant dans les zones précitées ne remplissant pas, au moment de l'installation, la troisième condition d'éligibilité au contrat. Les médecins concernés s'engagent à remplir cette condition d'éligibilité, à savoir exercer en groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires, dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat. Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. de l'article 1.2 de la présente annexe.

Article 1.3 Engagements du médecin dans le contrat d'installation en zone sous-dotée

En adhérant au contrat d'installation, le médecin s'engage à exercer en libéral, en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé, ou en équipe de soins primaire son activité au sein de la zone pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion. Le médecin s'engage alors à proposer aux patients de ce territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de son activité libérale dans la zone.

Le médecin s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

Article 1.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat d'installation

Le médecin adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 50 000 euros pour une activité de quatre jours par semaine. Pour le médecin exerçant entre deux jours et

demi et quatre jours par semaine à titre libéral dans la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% pour quatre jours par semaine (31 250 euros pour deux jours et demi, 37 500 euros pour trois jours et 43750 pour trois jours et demi par semaine). Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat ;
- le solde de 50% à la date du 1^{er} anniversaire du contrat.

Le médecin adhérent au contrat bénéficie également d'une majoration de ce forfait d'un montant de 2 500 euros s'il s'est engagé, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique. La somme correspondant à cette majoration est versée dans les conditions suivantes : 1 250 euros lors de la signature du contrat et 1 250 euros à la date du 1^{er} anniversaire du contrat.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue dans le présent article (hors majoration liée à l'engagement optionnel sur l'activité libérale exercée dans les hôpitaux de proximité). Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des définies au 1. de l'article 1.2 de la présente annexe.

Article 1.5 Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone sous-dotée et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini à l'article 5 de la présente annexe conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 1.2 de la présente annexe.

Article 2. Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

Article 2.1 Objet du contrat de transition

Ce contrat a pour objet de soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire et l'appui à la prise en charge des patients en fonction des besoins du médecin.

Article 2.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le contrat de transition est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
2. exercer une activité libérale conventionnée ;
3. être âgés de 60 ans et plus ;
4. accueillir au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral,...) un médecin qui s'installe dans la zone (ou un médecin nouvellement installé dans la zone depuis moins d'un an), âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné.

Pour un même médecin, le contrat de transition n'est cumulable ni avec le contrat d'installation défini à l'article 1 de la présente annexe, ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 3 de la présente annexe.

Article 2.3 Engagements du médecin dans le contrat de transition

En adhérant au contrat de transition, le praticien s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de trois ans dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.

Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation de l'activité du médecin adhérant au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 2.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de transition

Le médecin adhérant au contrat bénéficie chaque année d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article. Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. De l'article 2.2 de la présente annexe.

Article 2.5 Articulation du contrat type national de transition et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini à l'article 6 de la présente annexe conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 2.2 de la présente annexe.

Article 3. Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

Article 3.1 Objet du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat valorise la pratique des médecins exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé définies aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de santé publique.

Le contrat vise également à valoriser :

- l'activité de formation au sein des cabinets libéraux situés dans les zones précitées par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de la réalisation d'un stage ambulatoire afin de favoriser de futures installations en exercice libéral dans ces zones ;
- la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

Article 3.2 Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits

définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

2. exercer une activité libérale conventionnée ;
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique.

Pour un même médecin, le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 1 de la présente annexe, ni avec le contrat de transition prévu l'article 2 de la présente annexe.

Article 3.3 Engagement du médecin dans le contrat de stabilisation et de coordination

En adhérant au contrat, le praticien installé au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s'engage à exercer en groupe formé entre médecins ou pluri-professionnel ou à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique. Ce contrat est conclu pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel :

- à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité tel que défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité ;
- à exercer les fonctions de maître de stage universitaire prévues au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

L'ARS peut ouvrir le contrat type régional aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, après appréciation des éventuelles aides financières existant sur son territoire visant à favoriser cette activité de maître de stage.

Article 3.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de stabilisation et de coordination

Le médecin adhérent au contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une majoration d'un montant de 1 250 euros par an versée au moment du paiement de l'aide forfaitaire précitée, s'il a réalisé une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (correspondant à 50 % de la rémunération attribuée par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'exercice des fonctions de maître de stage universitaire) s'il a accueilli des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire dans les conditions définies à l'article 3.3. Cette rémunération complémentaire est proratisée (*prorata temporis*) en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, les rémunérations versées sont proratisées sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration, dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale :

- des rémunérations forfaitaires fixées dans le présent article pour l'exercice regroupé ou coordonné ;
- de la rémunération forfaitaire définie pour l'exercice libéral au sein d'un hôpital de proximité ;
- de la rémunération complémentaire pour l'accueil de stagiaires.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de chacune des rémunérations prévues dans le présent article. Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. de l'article 3.2 de la convention annexe.

Article 3.5 Articulation du contrat type national de stabilisation et de coordination avec les contrats type régionaux

Le contrat type national est défini à l'article 7 de la présente annexe conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 3.2 de la présente annexe.

Article 4. Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Article 4.1 Objet du contrat de solidarité territoriale

Le contrat a pour objet d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées.

Article 4.2 Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale

Le contrat solidarité territoriale est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. ne pas être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
2. exercer une activité libérale conventionnée ;
3. s'engager à réaliser une partie de son activité libérale représentant au minimum dix jours durant l'année dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 4.3 Engagements du médecin dans le contrat solidarité territoriale médecin

En adhérant au contrat solidarité territoriale, le médecin s'engage à exercer en libéral au minimum dix jours par an dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le médecin s'engage dans ce contrat pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat solidarité territoriale

Le médecin adhérant au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue

au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le médecin adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones précitées. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin réalisant une partie de son activité libérale dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

Article 4.5 Articulation du contrat solidarité territoriale avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini à l'article 8 de la présente annexe conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 4.2 de la présente annexe.

Article 5. CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES MEDECINS (CAIM) DANS LES ZONES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des médecins (CAIM) en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu aux articles 1 et 5 de l'annexe 21 de la convention médicale approuvée par arrêté du XXXXXX ;
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique) ;*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.)]*

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :

Nom, Prénom :

Spécialité :

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

Article 1. Champ du contrat d'installation

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des médecins dans les [zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans les zones précitées, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- qui s'installent en exercice libéral dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définie par l'agence régionale de santé,
- exerçant une activité libérale conventionnée dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 41 et suivants de la convention,
- exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique,
- ou appartenant à une communauté territoriale professionnelle de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique,
- ou appartenant à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'agence régionale de santé,
- s'engageant à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins,
- s'engageant à proposer aux patients du territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de l'activité libérale dans la zone.

Le médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin.

Le médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat de transition (COTRAM) défini à l'article 2 de l'annexe 21 de la convention médicale ou un contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) défini à l'article 3 de l'annexe 21 de la convention médicale.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional.

Les médecins, ayant un projet d'installation dans les zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones

- [*caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*]
- [*où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*]

peuvent rencontrer des difficultés pour débiter leur activité libérale au sein d'un groupe ou pour intégrer un projet de santé dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Dans ce cadre, l'Agence Régionale de Santé peut, dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale, ouvrir le contrat aux médecins s'installant dans les zones précitées ne remplissant pas, au moment de l'installation, les conditions d'éligibilité au contrat.

Les médecins concernés s'engagent à remplir les conditions d'éligibilité, à savoir

- exercice en groupe,
- ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique,
- ou appartenance à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique.

dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat.

Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage :

- à exercer en libéral son activité au sein d'un groupe, d'une communauté professionnelle territoriale de santé, d'une équipe de soins, au sein de la zone définie à l'article 1 du contrat pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion au contrat,
- à proposer aux patients du territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de son activité libérale dans la zone,
- à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Engagement optionnel

Le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements du médecin définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'installation d'un montant de 50 000 euros pour une activité de quatre jours par semaine. Pour le médecin exerçant entre deux jours et demi et quatre jours par semaine à titre libéral dans la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% pour quatre jours par semaine (31 250 euros pour deux jours et demi, 37 500 euros pour trois jours et 43 750 pour trois jours et demi par semaine).

Cette aide est versée en deux fois :

- 50% versé à la signature du contrat,
- le solde de 50% versé à la date du premier anniversaire du contrat.

Si le médecin s'est engagé à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, l'assurance maladie s'engage à verser une majoration d'un montant de 2 500 euros de ce forfait.

La somme correspondant à cette majoration est versée sur transmission par le médecin de la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité dans les conditions suivantes :

- 1 250 euros versés à la signature du contrat,
- 1 250 euros versés à la date du premier anniversaire du contrat.

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certains zones identifiées comme particulièrement fragile.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire pour les médecins adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones

- [*caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique*]
- [*où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*].

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article (hors majoration liée à l'engagement optionnel sur l'activité dans les hôpitaux de proximité). Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article.

Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de la rémunération forfaitaire, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés 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.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Article 6. CONTRAT TYPE NATIONAL DE TRANSITION POUR LES MEDECINS (COTRAM)

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de transition des médecins (COTRAM) pour soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet pris sur la base du contrat type national prévu aux articles 2 et 6 de l'annexe 21 de la convention médicale ;
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)] ;*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)].*

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :

Nom, Prénom

Spécialité :

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat de transition pour les médecins (COTRAM) pour soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Article 1. Champ du contrat de transition

Article 1.1 Objet du contrat de transition

Ce contrat vise à soutenir les médecins installés aux sein des *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* et définies par l'agence régionale de santé préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

L'objet est de valoriser les médecins qui s'engagent à accompagner leurs confrères nouvellement installés au sein de leur cabinet, lesquels seront amenés à prendre leur succession à moyen terme.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire, et l'appui à la prise en charge des patients en fonction des besoins du médecin.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- installés dans une des *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*,
- exerçant une activité libérale conventionnée,
- âgés de 60 ans et plus,
- accueillant au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral...) un médecin qui s'installe dans la zone précitée (ou un médecin nouvellement installé dans la zone depuis moins de un an) âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné.

Un médecin ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Un médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM) défini à l'article 1 de l'annexe 21 de la convention médicale ou un contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) défini à l'article 3 de l'annexe 21 de la convention médicale.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de transition

Article 2.1 Engagement du médecin

Le médecin s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de trois ans dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.

Le médecin s'engage à informer la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé en cas de cessation de son activité et/ou en cas de départ du cabinet de son confrère nouvel installé.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le courant du second trimestre de l'année civile suivant l'année de référence.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'activité dans certains zones identifiées comme particulièrement fragiles.

L'ARS peut accorder une majoration de l'aide à l'activité pour les médecins adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].*

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité prévue dans le présent article. Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article.

Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de transition

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature.

Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation de l'activité du médecin adhérant au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité du médecin bénéficiaire.

Article 4. Résiliation du contrat de transition

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou n'effectuant plus l'accompagnement dans les conditions définies à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés 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.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

**Article 7. CONTRAT TYPE NATIONAL DE STABILISATION ET DE COORDINATION MEDECIN (COSCOM)
POUR LES MEDECINS INSTALLES DANS LES ZONES SOUS DOTEES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM) pour les médecins installés dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu aux articles 3 et 7 de l'annexe 21 de la convention médicale ;
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)] ;*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)].*

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :

Nom, Prénom

spécialité :

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM) pour les médecins installés en zone sous-dotée.

Article 1. Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1 Objet du contrat

L'objet du contrat est de valoriser la pratique des médecins exerçant dans les zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*

qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires telles que définies aux articles L. 1434-12 et L.1411-11-1 du code de santé publique.

Le contrat vise également à valoriser :

- la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité,
- l'activité de formation au sein des cabinets libéraux situés dans les zones précitées par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de la réalisation d'un stage ambulatoire afin de favoriser de futures installations en exercice libéral dans ces zones.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- médecins installés dans une des zones
 - o *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
 - o *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé.]*
- médecins exerçant une activité libérale conventionnée,
- médecins :
 - o exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique,

- ou appartenant à une communauté territoriale professionnelle de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique,
- ou appartenant à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'agence régionale de santé.

Un médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation (CAIM) défini à l'article 1 de l'annexe 21 de la convention médicale ou un contrat de transition (COTRAM) défini à l'article 2 de l'annexe 21 de la convention médicale.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de stabilisation et de coordination

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage à exercer en libéral son activité en groupe ou à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique, au sein de la *[zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]* *[zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Engagements optionnels

Le médecin s'engage, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité tel que défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

Dans ce cas, il s'engage à transmettre à sa caisse d'assurance maladie la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité.

Le médecin s'engage, à titre optionnel, à exercer les fonctions de maître de stage universitaire prévues au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Dans ce cas, il s'engage à transmettre à sa caisse d'assurance maladie la copie des notifications de rémunérations perçues au titre de l'accueil de stagiaires et versées par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche afin de permettre à celle-ci d'apprécier l'atteinte de l'engagement souscrit.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans le contrat type régional

L'Agence Régionale de Santé peut ouvrir le contrat type régional aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, après appréciation des éventuelles aides financières existantes sur son territoire visant à favoriser cette activité de maître de stage.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 du présent contrat, le médecin adhérent au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an.

Si le médecin s'est engagé à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, l'assurance maladie s'engage à verser une majoration d'un montant de 1 250 euros par an de la rémunération forfaitaire précitée. La somme correspondant à cette majoration est versée, sur transmission par le médecin de la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (correspondant à 50 % de la rémunération attribuée par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'exercice des fonctions de maître de stage universitaire) s'il a accueilli des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire dans les conditions définies à l'article 2.1 du présent contrat. Cette rémunération complémentaire est proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, les rémunérations versées sont proratisées sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder aux médecins adhérant au présent contrat installés dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]* *[zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* une majoration :

- des rémunérations forfaitaires fixées dans le présent article pour l'exercice regroupé ou coordonné,
- de la majoration forfaitaire pour l'exercice libérale au sein d'un hôpital de proximité,
- de la rémunération complémentaire pour l'accueil d'étudiants en médecine en stage ambulatoire.

Ces majorations ne peuvent pas excéder de 20% le montant des rémunérations prévues dans le présent article.

Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article.

Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration des rémunérations dans les conditions définies ci-dessus, le niveau des rémunérations tenant compte de la ou des majoration(s) est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de stabilisation et de coordination

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés 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.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Article 8. CONTRAT TYPE NATIONAL DE SOLIDARITE TERRITORIALE MEDECIN (CSTM) EN FAVEUR DES MEDECINS S'ENGAGEANT A REALISER UNE PARTIE DE LEUR ACTIVITE DANS LES ZONES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional solidarité territoriale médecin (CSTM) en faveur des médecins s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu aux articles 4 et 8 de l'annexe 21 de la convention médicale ;
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)] ;*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)].*

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :

Nom, Prénom :

spécialité :

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) relatif à l'engagement de réaliser une partie de l'activité au sein de zones sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1 Objet du contrat de solidarité territoriale

Ce contrat vise à inciter les médecins n'exerçant pas dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- médecins libéraux n'exerçant pas dans une des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par L'agence régionale de santé,
- médecins exerçant une activité libérale conventionnée,
- médecins s'engageant à exercer au minimum 10 jours par an dans les [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé.

Un médecin ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de solidarité territoriale

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage à exercer en libéral au minimum 10 jours par an son activité au sein d'une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].

Le médecin s'engage à facturer l'activité qu'il réalise au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins dans le cadre du présent contrat sous le numéro de facturant (numéro AM) qui lui a été attribué spécifiquement pour cette activité.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisés dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin dans la zone.

Cette aide à l'activité est calculée au regard des honoraires facturés par le médecin sous le ou les numéros de facturant qui lui a (ont) été attribué(s) spécifiquement pour cette activité au sein des zones précitées dans le cadre du présent contrat.

Le médecin adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones précitées dans le cadre du présent contrat. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata temporis de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivant celle de référence.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une aide à l'activité bonifiée pour les médecins adhérent au présent contrat et réalisant une partie de leur activité dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les zones :

- [caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]
- [où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité défini au présent article. Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. Résiliation du contrat de solidarité territoriale

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés 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.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du médecin de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 22 – Actes CCAM autorisant le cumul avec les honoraires d'une consultation de référence ou coordonnée

Les partenaires conventionnelles proposent par dérogation au principe général décrit à l'article III-3 de la Liste des actes et prestations, de permettre le cumul à 100% des honoraires d'une consultation de référence ou coordonnées avec ceux d'actes techniques de la CCAM aux actes et spécialités suivants :

- l'échographie transcutanée de la glande thyroïde (KCQM001) pour les endocrinologues ;
- pour les médecins rhumatologues, les médecins généralistes et les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation :
 - o l'évacuation de collection articulaire du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZJB001 ou MZJB001) ;
 - o la ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZHB002 ou MZHB002) ;
 - o l'injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZLB001 ou MZLB001) ;
 - o l'infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage (LHLB001) ;
- la pose, le changement d'un dispositif intra-utérin ou l'ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale (JKLD001, JKKD001 ou JKGD001), pour les médecins gynécologues et les médecins généralistes ;
- la spirométrie standard (GLQP012) dans le cadre du dépistage de la BPCO pour des patients à risque. Le patient doit avoir plus de 40 ans, consommer plus de 20 paquets de cigarettes par an et avoir été détecté à risque dans le questionnaire dépistage BPCO de la HAS. Le médecin doit avoir suivi une formation spécifique à la spirométrie. Un seul cumul avec une consultation est facturable par an par patient par un pneumologue ou un médecin généraliste;
- Les actes d'échographie (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) pour le médecin spécialisé en gynécologie obstétrique, titulaire d'un Diplôme universitaire d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise une échographie biométrique et morphologique de la grossesse et une consultation de suivi de la grossesse réalisée conformément aux recommandations de la HAS.
- Les échographies obstétricales (JQQM001, JQQM002, JQQM003, JQQM007 et JQQM008) réalisées en dehors d'une hospitalisation pour médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.
- La colposcopie (JLQE002) pour les médecins gynécologues.
- L'acte d'échographie de la cavité pleurale (GFQM001) dans le cas d'une recherche d'un épanchement pleural ou d'un pneumothorax, pour un pneumologue.

Il est rappelé que la pratique de l'échoscopie ne peut donner lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie, en l'absence d'une validation par la Haute Autorité de Santé et n'entrent donc pas dans ces règles d'autorisation de cumul d'honoraires.

Annexe 23 – Actes CCAM pour l'expérimentation d'une nouvelle règle dérogatoire d'association relative à la réalisation d'un traitement chirurgical de l'endométriose

De façon dérogatoire, Pour la réalisation d'un traitement chirurgical de l'endométriose, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires éligibles, qui figurent sur des listes définies peut être facturée à titre expérimental le temps de la présente convention médicale. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Les dispositions générales et diverses de la Liste des actes et prestations en matière d'association d'actes techniques et cliniques restent par ailleurs inchangées.

Les patientes concernées sont reconnues atteintes de cette affection de longue durée identifiable par des codes de la classification internationale des maladies (CIM) enregistrés dans le cadre de leurs hospitalisations.

Les actes pouvant être réalisés au cours d'un traitement chirurgical de l'endométriose concernent trois types de chirurgie : la chirurgie gynécologique, la chirurgie urologique et la chirurgie digestive.

Ces actes et leurs gestes complémentaires associables sont listés ci-dessous.

L'expérimentation de règle dérogatoire d'association s'applique aussi à l'activité d'anesthésie générale et/ou locorégionale en lien avec ces actes de chirurgie.

Les incompatibilités de facturation d'associations d'actes liées aux principes et règles de construction et de codage demeurent en vigueur quel que soit le nombre d'intervenants et doivent être respectées.

Acte	Libellé
HGCC031	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par coelioscopie
HGFA007	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie
HGFC016	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par coelioscopie
HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par coelioscopie
HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie
HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
HHFC040	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie
HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie

HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
HJCC001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par coelioscopie
HJCA001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par laparotomie
HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie
HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie
HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien
HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale
JCFA003	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec rétablissement de la continuité de l'uretère, par abord direct
JCFA009	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec réimplantation urétérovésicale, par abord direct
JCFA008	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec réimplantation urétérovésicale et montage antireflux, par abord direct
JCPC002	Libération de l'uretère sans intrapéritonisation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
JCPA002	Libération de l'uretère sans intrapéritonisation, par abord direct
JCPC001	Libération de l'uretère avec intrapéritonisation ou lambeau péritonéal, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
JCPA001	Libération de l'uretère avec intrapéritonisation ou lambeau péritonéal, par abord direct
JDFC023	Cystectomie partielle, par coelioscopie
JDFA011	Cystectomie partielle, par laparotomie
JDFA014	Cystectomie partielle avec implantation de matériel pour irradiation interstitielle de la vessie, par laparotomie
JDFA017	Cystectomie partielle avec réimplantation urétérovésicale, par laparotomie
JDFA004	Cystectomie supratrigonale avec entérocystoplastie détubulée d'agrandissement, par laparotomie
JDFA015	Cystectomie supratrigonale avec entérocystoplastie détubulée d'agrandissement et réimplantation urétérovésicale, par laparotomie
JDCC016	Suture de plaie ou de rupture de vessie, par coelioscopie
JDCA003	Suture de plaie ou de rupture de vessie, par laparotomie
HPFC001	Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [mésos] sans résection intestinale, par coelioscopie
JFFC001	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par coelioscopie
JFFA012	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par abord vaginal
JFFA014	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par laparotomie
HGQE004	Entéroscopie jéjunale et/ou iléale peropératoire
HHQE001	Coloscopie peropératoire
HGCA004	Entérostomie ou colostomie cutanée de protection, au cours d'une résection intestinale avec rétablissement de la continuité
HGMA003	Confection d'un réservoir iléal ou colique, au cours d'une anastomose iléoanale ou coloanale
HPMA001	Épiploplastie intraabdominale par libération de la grande courbure gastrique avec pédiculisation sur un pédicule gastroépiploïque, au cours d'une intervention par laparotomie
HHFA032	Kystectomie ovarienne, par abord vaginal au cours d'une intervention par abord vaginal

ZZHA001	Prélèvement peropératoire pour examen cytologique et/ou anatomopathologique extemporané
ZZQA002	Échographie peropératoire
ZZQL010	Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique
ZZNA002	Irradiation externe peropératoire en dose unique

Annexe 24 – Tarifs des actes CCAM