

AVENANT N° 8
à la Convention Nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie
signée le 12 janvier 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment 2°bis de l'article L 162-5,
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au journal officiel du 11 février 2005, ses avenants et annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Préambule :

L'assurance maladie se doit de garantir l'accès aux soins de l'ensemble de ses bénéficiaires.

La loi du 13 août relative à l'assurance maladie et la convention avec les médecins qui a suivi ont mis en place à cet effet un parcours de soins coordonné reposant sur le médecin traitant.

De plus, la loi de santé publique de 2004 prévoit dans ses objectifs, la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU (objectif 33).

La loi du 13 août 2004 a apporté une réponse en créant un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire pour les personnes dont les revenus sont supérieurs de 15% au plafond ouvrant droit à la CMU.

Les partenaires conventionnels avaient par ailleurs convenu dans l'article 4.1.3 de la convention médicale signée le 12 janvier 2005 d'étudier la possibilité de mise en place d'une procédure de dispense d'avance de frais pour les assurés bénéficiaires de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire.

En effet, la dispense d'avance des frais en permettant le versement direct au médecin, par l'organisme d'assurance maladie de la part des honoraires pris en charge par les caisses d'assurance maladie constitue un véritable outil d'amélioration de l'accès aux soins et de lutte contre les inégalités sociales de santé.

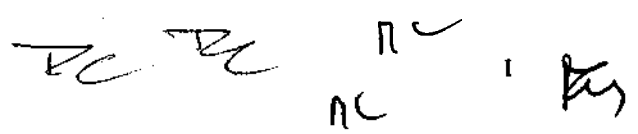
Article 1 : Dispense d'avance de frais pour les assurés présentant des difficultés d'accès aux soins pour raisons financières

Les partenaires conventionnels conviennent d'instaurer une dispense d'avance de frais pour les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur, pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire mis en place par l'article 56 de la Loi du 13 août 2004.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoires.

Elle s'applique aux assurés et ses ayants-droit pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

De plus, elle est possible à compter de la remise par la caisse de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire et ceci pour une durée de 18 mois que l'assuré choisisse ou non d'exercer son droit à l'aide à la mutualisation auprès d'un organisme complémentaire.



La justification du droit à cette modalité de dispense d'avance de frais est fournie au médecin consulté par la carte vitale de l'assuré et par la présentation du document papier attestant du droit de l'assuré à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Article 2 : Dispense d'avance de frais pour les patients ayant recours au médecin de permanence

L'avenant n°4 à la convention médicale définit les montants et les modalités de facturation des majorations spécifiques pour les actes médicaux réalisés la nuit, le dimanche ou les jours fériés par le médecin d'astreinte dans un secteur donné suite à une régulation (article 3 dudit avenant).

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R 732 du code de la santé publique, 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 obligatoires.

Article 3 : Engagements des caisses

Conscientes de l'importance pour les professionnels du respect des délais de paiement lorsqu'ils se trouvent en procédure de dispense d'avance de frais, les caisses proposent de fixer un délai maximum de paiement à compter de la réception de la feuille de soin de :

- 14 jours pour les feuilles de soins de papier,
- 5 jours pour les FSE.

Comme précisé au point 8.11.4.3 de l'annexe de la convention nationale médicale, les caisses d'assurance maladie s'engagent à garantir le paiement de la part obligatoire des prestations facturées en cas de dispense d'avance de frais.

L'Assurance Maladie s'engage par ailleurs à apporter aux médecins toutes les informations nécessaires, notamment en matière de taux de remboursement.

Article 4 : Date d'effet

Les dispositions des articles 1 à 3 du présent avenant s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 5

Sont supprimés au dernier alinéa du point d) de l'article 4.3 "Secteurs conventionnels et tarifs" de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, les termes « pour l'application des contrats prévus à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale ».

Article 6

Est ajouté, à l'annexe 8.3 'Participation aux cotisations sociales des médecins adhérant à l'option de coordination', dernier paragraphe :

Handwritten signatures and initials:
Two sets of initials resembling "ML" or "MC" are written in the bottom right corner. Below them is a small number "2" followed by a signature.

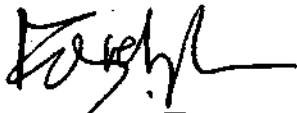
"La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation du médecin pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès et pour la cotisation due au titre des allocations familiales ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaires vieillesse.

La répartition entre les trois grands régimes s'effectue selon la part de chacun dans les dépenses (ONDAM)."

Fait à Paris, le 16 juin 2005,

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général

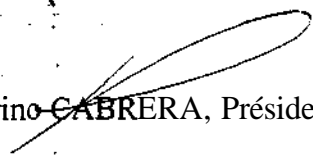


Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président



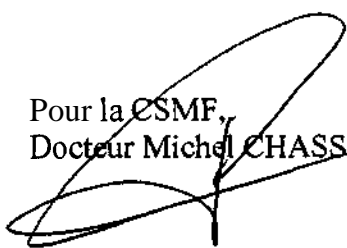
Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président



Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président



Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

