

**CONVENTION NATIONALE**  
organisant les rapports  
entre  
les trois caisses nationales de l'Assurance Maladie Obligatoire  
et  
les prestataires délivrant des dispositifs médicaux,  
produits et prestations associées  
inscrits aux titres I et IV  
de la liste prévue à l'article L.165-1  
du code de la sécurité sociale

conclue entre

- la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, représentée par son président,
- la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, représentée par son président,
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, représentée par son président

d'une part

et

- le Syndicat National des Services et Technologies de Santé au Domicile, représenté par son président,
- le Syndicat National des Associations d'Assistance à Domicile, représenté par son président,
- l'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux, représentée par sa présidente.

d'autre part.

## Table des matières

### Titre Ier : de la portée du régime conventionnel

- Article 1er : de l'objet de la convention
- Article 2 : du champ de la convention
- Article 3 : des bénéficiaires de la convention

### Titre II : de l'adhésion du prestataire à la convention

- Article 4 : du volontarisme de l'adhésion
- Article 5 : des conditions d'adhésion
- Article 6 : des modalités de demande d'adhésion
- Article 7 : des modalités de reconnaissance de l'adhésion
- Article 8 : des changements intervenant dans la situation du prestataire
- Article 9 : de la résiliation de l'adhésion
- Article 10 : de la liste des prestataires établie par région

### Titre III : des conditions de dispensation des prestations

- Article 11 : du libre choix de l'assuré
- Article 12 : de la publicité et des procédés de marketing
- Article 13 : des normes d'installation et d'équipement
- Article 14 : des assurances souscrites par le prestataire
- Article 15 : de la réception des assurés par un personnel qualifié
- Article 16 : de l'information de l'assuré
- Article 17 : de la conformité de la prestation à la prescription
- Article 18 : de la formalité de l'entente préalable
- Article 19 : des conditions de livraison et de mise en place à domicile
- Article 20 : des réparations et du remplacement des produits délivrés
- Article 21 : de la désinfection des produits délivrés

### Titre IV : de la modération des pratiques en matière de prix facturés

- Article 22 : de la volonté des parties de limiter le reste à charge des assurés
- Article 23 : des accords de modération des prix
- Article 24 : des engagements ayant trait à la couverture maladie universelle

#### Titre V : des modalités de facturation et de règlement des prestations

- Article 25 : de la facturation des prestations
- Article 26 : du règlement des prestations
- Article 27 : de la télétransmission
- Article 28 : du refus de prise en charge

#### Titre VI : du suivi de l'application du régime conventionnel

- Article 29 : de la Commission Paritaire Nationale
- Article 30 : de la Commission Paritaire Régionale
- Article 31 : du non respect des engagements conventionnels par le prestataire
- Article 32 : des sanctions conventionnelles et de leurs conséquences
- Article 33 : de l'incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle

#### Titre VII : de l'échange de données économiques entre les partenaires

- Article 34 : de la communication des données statistiques issues du codage
- Article 35 : des données transmissibles par les syndicats
- Article 36 : de la finalité des échanges de données
- Article 37 : de la mise en oeuvre effective de cet échange de données économiques

#### Titre VIII : de la durée du régime conventionnel

- Article 38 : de l'entrée en application de la convention
- Article 39 : du retrait d'une des parties de la convention
- Article 40 : de la résiliation de la convention

#### Annexes

- Annexe 1 : Formulaire d'adhésion à la Convention Nationale
- Annexe 2 : Accord de modération des prix

**Titre Ier : de la portée du régime conventionnel****Article 1er : de l'objet de la convention nationale**

L'objet de la présente convention nationale est :

- de définir les conditions de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais pour les dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits aux Titres I et IV de la liste prévue par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'organiser les rapports entre les parties signataires de manière à :
  - assurer à tous les bénéficiaires un accès à des prestations de qualité et la prise en charge de ces prestations dans le respect des obligations de chaque régime obligatoire d'assurance maladie ;
  - garantir le libre choix du prestataire par l'assuré ;
  - satisfaire aux principes de la transparence et contribuer à la recherche constante d'une gestion rigoureuse des dépenses d'assurance maladie dans le cadre d'un système de soins de qualité ;
- de déterminer les modalités d'échange d'informations à caractère économique entre les partenaires en favorisant notamment la communication et l'examen en commun des résultats des traitements automatisés des données du codage des produits et prestations inscrits sur la liste précitée.

## Article 2 : du champ de la convention :

La présente convention régit les rapports partenariaux entre :

- au niveau national :
  - les organisations professionnelles représentant les prestataires intervenant dans les secteurs d'activité mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente convention, à l'exclusion des pharmaciens d'officine ;
  - et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes qui assument les intérêts des ressortissants affiliés à leur régime respectif, ainsi que la responsabilité de l'équilibre financier de celui-ci.
- et aux niveaux local et régional :
  - les représentants régionaux accrédités des organisations professionnelles signataires appelés à défendre les intérêts des prestataires intervenant dans les secteurs d'activité mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente convention, à l'exclusion des pharmaciens d'officine ; ainsi que lesdits prestataires qui ont choisi de placer leur activité sous le régime organisé par celle-ci ;
  - et les caisses primaires et régionales de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, les caisses de mutualité sociale agricole et les caisses régionales d'assurance maladie des professions indépendantes qui ont en charge la défense des intérêts des assurés sociaux affiliés à leur régime respectif.

Est désignée par la présente convention comme "le prestataire" la personne morale ou physique qui facture ses prestations aux organismes de prise en charge conformément aux textes régissant son exercice et à ses présents engagements conventionnels.

Les parties reconnaissent qu'aucune convention non conforme au présent dispositif ne peut régir les rapports entre les caisses et les prestataires.

## Article 3 : des bénéficiaires de la convention

La présente convention est applicable à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par le régime de la couverture maladie universelle et par celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## **Titre II : de l'adhésion du prestataire à la convention nationale**

### **Article 4 : du volontarisme de l'adhésion**

Tout prestataire doit formellement manifester son adhésion à la présente convention nationale auprès de la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés pour que les présentes dispositions lui soient applicables, notamment la procédure de dispense d'avance des frais.

### **Article 5 : des conditions d'adhésion**

#### **Paragraphe 1 : des personnes habilitées à demander l'adhésion**

Ne peuvent adhérer à la présente convention que :

- les personnes morales ou physiques dont l'activité, exercée à titre principal ou non, consiste à délivrer tout ou partie des produits et prestations susvisées,
- et qui s'engagent à mettre en oeuvre l'ensemble des moyens susceptibles de garantir le strict respect des règles de délivrance conditionnant la prise en charge desdits produits et prestations, en veillant notamment à ce que la formation et la compétence de leurs personnels salariés soient conformes aux impératifs de qualité définis par les règles de prise en charge.

#### **Paragraphe 2 : de la pluralité des locaux**

L'activité du prestataire peut s'exercer dans différents locaux d'accueil des assurés (points de vente, agences, établissements...) inscrits au registre du commerce, s'agissant des entreprises commerciales, ou enregistrés dans les préfectures, en ce qui concerne les associations.

Toute ouverture de local destiné à une pratique professionnelle entrant dans le champ de la présente convention, doit être déclarée aux organismes signataires. Chaque local doit être reconnu conforme aux conditions d'installation et d'équipement prévues par la présente convention.

**Article 6 : des modalités de demande d'adhésion**

Il appartient à chaque prestataire de présenter une demande d'adhésion à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés de la circonscription dans laquelle il exerce. Ladite caisse doit transmettre l'information aux organismes régionaux des autres régimes et du même ressort géographique dans un délai maximal d'un mois.

Le prestataire doit, en demandant l'adhésion pour un local déterminé, indiquer s'il a déjà obtenu une adhésion conventionnelle au titre d'un local situé dans la circonscription d'une autre caisse régionale.

**Article 7 : des modalités de reconnaissance de l'adhésion**

Afin de permettre au prestataire d'adhérer à la convention, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, pour son compte et pour le compte de la caisse de mutualité sociale agricole et de la caisse maladie régionale des professions indépendantes, adresse un formulaire d'adhésion conforme au modèle figurant à l'annexe I de la présente convention, ainsi qu'une copie de la convention :

- au prestataire installé antérieurement à la signature de la présente convention, dans un délai de deux mois à compter de la date d'entrée en vigueur de celle-ci,
- au prestataire installé postérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, dans un délai maximal d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'adhésion.

Le prestataire qui souhaite adhérer à la convention renvoie à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés le formulaire dûment rempli, en recommandé avec accusé de réception, dans le délai de deux mois à compter de la date de réception du document. Le défaut de réponse à l'échéance de ce délai équivaut à renoncer à l'adhésion.

En cas de retour du formulaire dûment rempli avant l'échéance de ce délai, l'adhésion est reconnue par les caisses des trois régimes concernés après avis favorable de la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Cette reconnaissance de l'adhésion ne peut intervenir qu'à partir du moment où la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés a vérifié le respect par le prestataire des conditions fixées aux articles 13 à 15 de la présente convention. Elle est notifiée par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, au plus tard dans le délai de deux mois suivant la demande du prestataire, à celui-ci et aux autres organismes régionaux signataires. Les organismes régionaux se chargent d'informer, respectivement pour leur régime, les organismes locaux de prise en charge de l'adhésion du prestataire à la présente convention.

Un numéro d'adhésion unique, valable pour l'ensemble des régimes, est alors attribué par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Dans la mesure où le fichier national le permet, un numéro d'identification nationale est attribué à chaque prestataire. Il se substitue alors au numéro d'adhésion. Ses conditions d'attribution sont définies par avenant à la présente convention.

#### **Article 8 : des changements intervenant dans la situation du prestataire**

Tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion du prestataire à la présente convention, tel que le déménagement, la cession du fonds, la fusion, la reprise totale ou partielle de la structure, doit être signalé dans un délai d'un mois à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés et motive le dépôt et l'instruction d'une nouvelle demande d'adhésion. Durant cette période transitoire d'instruction, l'adhésion initiale est maintenue de façon provisoire.

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés procède à la reconnaissance de l'adhésion conventionnelle du prestataire au vu de ses nouvelles conditions d'exercice, ainsi qu'à la notification de cette reconnaissance au prestataire lui-même et aux autres organismes régionaux de son ressort géographique selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 7 alinéa 3 de la présente convention.

#### **Article 9 : de la résiliation de l'adhésion**

Tout prestataire garde la possibilité de résilier son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Il se place ainsi hors régime conventionnel et n'est habilité à redemander son adhésion qu'à la date de renouvellement de la convention en vigueur ou au moment de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. En cas de reprise par un autre prestataire de la structure qui a résilié son adhésion, une nouvelle demande d'adhésion au titre de celle-ci est cependant recevable et suit nécessairement les modalités d'instruction prévues par l'article 7 de la présente convention.

**Article 10 : de la liste des prestataires établie par région**

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés met à jour, une fois par an, la liste des prestataires ayant adhéré à la présente convention dans sa circonscription.

Cette liste est adressée dans les meilleurs délais :

- aux autres organismes régionaux signataires,
- aux organisations professionnelles signataires.

Chaque organisme se charge, pour le compte de son régime, de l'envoi de cette liste aux organismes locaux de prise en charge de sa circonscription.

Le prestataire ayant adhéré à la présente convention est informé par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés de la tenue de cette liste et de sa transmission aux destinataires susmentionnés.

Cette liste doit être tenue à la disposition des bénéficiaires qui peuvent la consulter sur simple demande adressée aux caisses régionales ou dans les organismes de prise en charge. Lorsque les moyens de la caisse régionale le permettent, cette liste peut être consultée sur Minitel ou tout autre support de communication existant ou à venir accessible au public.

La caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés effectue un bilan du conventionnement des prestataires et le transmet aux organismes régionaux des autres régimes et du même ressort géographique. Ce bilan est à effectuer dans les 5 mois à compter de la date de signature de la présente convention. Il est présenté et commenté au sein de la commission paritaire régionale prévue à l'article 29 de la présente convention. Il est réactualisé annuellement.

### **Titre III : des conditions de dispensation des prestations**

#### **Article 11 : du libre choix de l'assuré**

L'assuré consulte le prestataire de son choix. Les caissés s'interdisent de faire pression sur l'intéressé pour influencer son choix au profit ou au détriment d'un prestataire ou autre acteur déterminé.

Dans tous les cas, afin de permettre aux assurés de choisir librement leur prestataire, les organismes de prise en charge s'engagent à fournir aux assurés la liste des prestataires installés dans leur circonscription, en leur signalant ceux auprès desquels ils peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais.

#### **Article 12 : de la publicité et des procédés de marketing**

Le prestataire s'interdit :

- l'utilisation de tout support à finalité publicitaire qui ferait référence au remboursement par les organismes de prise en charge et, notamment, au montant de celui-ci, à l'exception de l'information relative au conventionnement du prestataire, ou qui constituerait une incitation à l'achat ou au renouvellement des produits de santé remboursables ;
- la rémunération ou l'indemnisation, sous quelque forme que ce soit, de praticiens ou d'auxiliaires médicaux exerçant en établissement de soins ou ayant une activité libérale ; hormis, d'une part, pour les activités de conseil, de coordination ou de formation et, d'autre part, dans tous les cas prévus par les articles L.4113-6 et L.4113-8 du code de la santé publique ;
- l'encouragement, gratuit ou en échange d'avantages en nature ou en espèces, de la prescription ou du renouvellement d'une prestation plus coûteuse que celle nécessitée médicalement par l'état de l'assuré ;
- la sollicitation de prescriptions de matériels ou autres prestations par des moyens tel que le prêt ou le financement gratuit de matériel de diagnostic ;
- le versement de remises ou ristournes à un intermédiaire dont l'activité n'est pas celle de prestataire ;

- la mise à disposition de personnels salariés par le prestataire au profit d'une structure hospitalière publique ou privée et l'emploi de personnels mis à disposition par une telle structure ;
- les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage, ainsi que les procédés destinés à drainer la clientèle par des moyens tels que remises ou avantages en nature ou en espèces, proposition de facilités de paiement, pression auprès des organismes sociaux, etc.

Le prestataire s'interdit de délivrer les produits et prestations relevant du champ de la présente convention par des procédés de vente par correspondance reposant sur l'envoi postal et la distribution de catalogues et excluant toute relation directe entre le prestataire et l'assuré.

### **Article 13: des normes d'installation et d'équipement**

#### **Paragraphe 1: de l'accessibilité des locaux**

Pour que son adhésion à la présente convention soit reconnue par les caisses, le prestataire doit disposer de locaux répondant aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

#### **Paragraphe 2: de l'organisation des locaux professionnels**

Le prestataire s'engage, quelle que soit son activité, à disposer de :

- un local adapté à l'accueil des assurés sociaux et, à ce titre, ayant une superficie susceptible de répondre à des conditions d'accès, de confort et de salubrité conformément aux réglementations en vigueur ;
- un local d'exposition, dissocié ou non du local d'accueil, dont la surface doit permettre à la fois la présentation des principaux dispositifs médicaux d'aide à la vie entrant dans le champ d'application de la présente convention et de l'activité du prestataire et, concernant les véhicules pour handicapés physiques, un choix de différents modèles offrant à l'assuré la possibilité de les essayer sur place dans des conditions de déplacement appropriées.
- un local de stockage des articles, appareils et matériels inscrits sur la liste prévue par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale habituellement commercialisés par le prestataire et destinés à être mis à la disposition des assurés sociaux. Ce local doit être identifié, interdit au public et à l'abri de tout produit susceptible de souiller ou d'altérer le matériel. Il peut être indépendant des locaux d'accueil et d'exposition .



Le local dédié à l'accueil des assurés et le local d'exposition doivent être situés dans la même circonscription régionale.

Lorsque tout ou partie de l'activité du prestataire consiste en la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, il s'engage à aménager son local d'accueil des assurés ou son local d'exposition de manière à disposer :

- d'une rampe d'accès,
- d'une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins et d'une largeur de 2 mètres,
- d'un ascenseur répondant aux normes en vigueur en matière d'accessibilité aux handicapés dès lors que son local se situe en étage.

Les locaux destinés à l'accueil des assurés, au choix et aux essais du matériel doivent impérativement être séparés de ceux dans lesquels le prestataire exerce éventuellement une activité ne relevant pas du domaine de la santé.

#### **Article 14 : des assurances souscrites par le prestataire**

Le prestataire doit justifier qu'il est titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour tous les produits inscrits sur la liste précitée qu'il est susceptible de mettre à disposition des assurés sociaux.

#### **Article 15 : de la réception des assurés par un personnel qualifié**

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'un personnel qualifié capable de conseiller les assurés sur le fonctionnement, l'utilisation et l'entretien des produits remboursables susceptibles de leur être fournis.

Le prestataire s'engage à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés. Il affiche dans son ou ses locaux ces jours et heures d'ouverture.

**Article 16 : de l'information de l'assuré**

Le prestataire informe l'assuré, à l'occasion de la délivrance de la prestation individuelle, des conditions de prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale telles qu'elles sont définies par les textes réglementaires en vigueur.

Dans le cas de la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, le prestataire s'engage à remettre gratuitement à l'assuré un devis détaillant le véhicule prescrit afin que ce dernier ait une parfaite connaissance du matériel susceptible de lui être délivré. L'assuré doit ainsi être en mesure d'identifier clairement le coût total du véhicule qui lui est nécessaire, la participation financière de l'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que la part financière restant éventuellement à sa charge, avant de s'engager, le cas échéant, vis à vis du prestataire à acquérir le matériel ainsi proposé.

**Article 17 : de la conformité de la prestation à la prescription**

Le prestataire doit toujours être en mesure de fournir aux assurés sociaux des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, en se conformant à la prescription médicale et dans l'intérêt de leur bien-être, dès lors que ces produits ou prestations relèvent bien de son champ d'activité habituel.

**Article 18 : de la formalité de l'entente préalable**

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, produits ou prestations dont la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable, la demande doit être établie sur l'imprimé national en vigueur, à l'exclusion de tout autre document.

En cas de mise à disposition de matériels à domicile pour un traitement susceptible de donner lieu à des facturations périodiques, l'imprimé portant l'accord notifié et la prescription médicale n'ont pas à être de nouveau présentés aux organismes payeurs au cours de la période couverte.

**Article 19 : des conditions de livraison et de mise en place à domicile**

La mise à disposition de dispositifs médicaux, produits et éventuelles prestations associées implique l'obligation de mettre à la disposition des malades des appareils en parfait état, satisfaisant de façon optimale à leur finalité médicale et à leur fonctionnalité technique et dont la délivrance se conforme à la destination pour laquelle ils sont spécifiquement conçus.

La livraison du matériel au domicile des malades doit être effectuée par un personnel compétent, en mesure de fournir toutes explications relatives au mode d'utilisation de chaque appareil.

En cas de fin de période de location, le prestataire doit assurer la reprise du matériel, à la demande de l'utilisateur, dans les délais les plus brefs. Il doit s'assurer que le matériel repris au domicile du malade est transporté puis entreposé dans des conditions permettant d'éviter tout risque de contamination des autres appareils susceptibles d'être acheminés dans le même véhicule puis stockés dans les mêmes locaux ou espaces.

S'agissant de la livraison de véhicules pour handicapés physiques à l'achat, le prestataire s'engage à mettre en oeuvre tous les moyens lui permettant de fournir le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier.

En cas de location de fauteuils roulants, le délai de livraison est fixé à deux jours ouvrables.

## Article 20 : des réparations des produits délivrés

### Paragraphe 1 : des réparations et du remplacement des produits à la location

S'agissant des dispositifs médicaux et prestations inscrits au Titre I de la liste prévue par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, le prestataire s'engage à, selon les cas :

- disposer d'un atelier de réparation situé dans l'entreprise, ou dans un local suffisamment proche, ainsi que d'un stock des pièces détachées les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais,
- être en mesure d'échanger le matériel défectueux.

Le respect de ces obligations se fait dans les délais prévus par la réglementation du Titre I de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et n'entraîne aucune facturation supplémentaire.

Dans le cas de la location de fauteuils roulants, si des anomalies ou défauts ne relevant pas du fait de l'assuré sont constatées, le prestataire est tenu d'effectuer gratuitement les corrections nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil ou, le cas échéant, de procéder au remplacement gratuit d'une pièce, d'un sous-ensemble ou du véhicule défectueux, dans les meilleurs délais.

### Paragraphe 2 : des réparations des produits à l'achat

S'agissant de la vente de véhicules pour handicapés physiques, conformément au Titre IV de la liste précitée, la facturation des réparations s'effectue dans le cadre des forfaits déterminés par la réglementation en vigueur.

Le prestataire s'engage à respecter un délai de livraison de 3 jours pour les véhicules pour handicapés physiques standards à propulsion manuelle. S'agissant des véhicules pour handicapés physiques à propulsion par moteur électrique, il doit mettre en oeuvre tous les moyens lui permettant de fournir le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier.

Lorsque les réparations nécessitent un approvisionnement en pièces détachées auprès du fabricant, les délais rendus nécessaires par leur acheminement interviennent en sus des délais de réparation susmentionnés. Toutefois le prestataire s'engage à mettre à disposition de l'assuré, dans les 24 heures suivant sa prise de connaissance de l'avarie, un véhicule de secours à propulsion manuelle.

**Article 21 : de la désinfection des produits délivrés**

Le prestataire est tenu de procéder systématiquement au nettoyage et à la désinfection rigoureuse de tout matériel ayant fait l'objet d'une utilisation au domicile d'une personne malade ou handicapée, lorsque ce matériel est repris à l'issue d'une période de location.

Il doit soit recourir aux procédés de désinfection recommandés par les fabricants du matériel, soit être en mesure de justifier à tout moment du mode de désinfection pratiqué.

Les locaux où sont effectuées les opérations de désinfection doivent être séparés de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus et doivent disposer d'accès indépendants.

#### **Titre IV : de la modération des pratiques en matière de prix facturés**

##### **Article 22 : de la volonté des parties de limiter le reste à charge des assurés**

Les parties considèrent qu'il leur appartient de rechercher les moyens permettant d'apporter aux bénéficiaires des régimes obligatoires d'assurance maladie une prise en charge financière optimale des produits et prestations remboursables qui leur sont délivrés. A ce titre, elles souhaitent favoriser la réduction de l'écart pouvant exister entre les prix pratiqués par les prestataires et les tarifs de responsabilité qui président au remboursement de ces produits et prestations.

##### **Article 23 : des accords de modération des prix**

Les parties établissent, dans l'annexe II de la présente convention, la liste des produits et prestations remboursables pour lesquels le prestataire ayant adhéré à la présente convention s'engage à pratiquer des prix ne dépassant pas les tarifs de responsabilité.

La liste des produits et prestations énumérés dans cette annexe est réexaminée tous les ans, par avenant à la présente convention, pour au moins un des trois motifs suivants :

- des changements intervenant dans les textes réglementaires et ayant des conséquences économiques,
- des indices économiques afférents à l'activité des prestataires,
- du poids et de l'incidence des produits et prestations dans l'activité des prestataires.

Le maintien de chacun des produits et prestations, ainsi que l'ajout d'autres produits et prestations dans l'annexe lors de son réexamen ne peuvent être décidés qu'à l'unanimité des parties.

En dehors du réexamen annuel, le réexamen en urgence de la liste des produits et prestations relevant de l'annexe est possible, sur demande d'une ou de plusieurs parties signataires adressée à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, dès lors qu'au moins un des trois motifs énumérés à l'alinéa 2 du présent article est satisfait. Les parties ont alors un délai d'un mois, à compter de la date de réception de la demande, pour procéder au réexamen.

Passé le délai d'un mois, à défaut de décision, l'engagement de modération des prix sur l'ensemble des produits et prestations de la liste en annexe est suspendu jusqu'à ce que le réexamen de cette liste ait pu être organisé.

**Article 24 : des engagements ayant trait à la couverture maladie universelle.**

Afin de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect de l'obligation de proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des produits relevant de ce champ, tel qu'il est défini par des arrêtés interministériels, aux prix limites de vente déterminés par ces arrêtés, le prestataire s'engage, pour tous les produits correspondant à ce champ et faisant l'objet de son activité courante, à :

- informer les bénéficiaires susvisés de leur droit à obtenir la délivrance de ces produits à des prix n'excédant pas les prix limites de vente et les exonérant de toute participation financière ;
- leur dispenser tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les produits relevant du champ précité qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente arrêté et orienter leur choix sur ce ou ces produits ;
- disposer d'un stock de tous les produits relevant du champ précité, dès lors qu'ils correspondent à son activité courante, qu'il est en mesure de leur proposer aux prix limites de vente de manière à être pleinement en position de répondre à leur besoin.

## **Titre V : des modalités de facturation et de règlement des prestations**

### **Article 25 : de la facturation des prestations**

La facturation aux caisses du ou des produits et prestations délivrés doit être établie sur le modèle de feuille de soins arrêté par la réglementation en vigueur. Le prestataire y fait figurer le numéro de facture correspondant, en respectant l'emplacement formellement spécifié selon les termes d'un accord donné à cet effet par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

### **Article 26 : du règlement des prestations en procédure papier**

Le prestataire peut faire bénéficier l'assuré de la dispense d'avance des frais, sous réserve de la présentation de sa carte d'assurance maladie (Vitale) en cours de validité ou de l'attestation papier délivrée, certifiant l'ouverture des droits. Dans ce cas, le prestataire adresse à l'organisme dont relève l'assuré la feuille de soins originale correspondant à la prestation servie, ainsi que la copie dupliquée de la prescription médicale sauf en cas de renouvellement.

L'organisme de prise en charge règle alors directement au prestataire les sommes correspondant au remboursement dû par l'Assurance Maladie au regard des tarifs de responsabilité en vigueur. Le règlement intégral doit intervenir dans un délai de 20 jours à compter de la réception de la facture par l'organisme de prise en charge. Le bordereau de règlement établi à cette occasion par l'organisme et envoyé au prestataire reprend le numéro de la facture initialement présentée par celui-ci.

Dans la mesure du possible, le prestataire fait bénéficier de la procédure de dispense d'avance des frais l'assuré affilié à un organisme d'assurance maladie relevant d'une autre circonscription que celle dans laquelle il est implanté, sous réserve de la présentation de la carte d'assurance maladie ou de l'attestation papier justifiant l'ouverture des droits.

En cas d'erreur dans la transmission du dossier ou touchant à l'ouverture des droits de l'assuré social, l'organisme qui a été destinataire du dossier retourne celui-ci sans délai au prestataire qui en était l'expéditeur.

**Article 27 : de la télétransmission**

Les parties signataires conviennent que la transmission des données nécessaires à l'application de la dispense d'avance des frais devra principalement s'effectuer par télétransmission, selon le dispositif B2 non sécurisé, conformément à un protocole d'accord national qui en définit les modalités par avenant à la présente convention.

Les organismes nationaux de l'Assurance Maladie Obligatoire s'engagent à mettre en oeuvre tous les moyens permettant de développer la télétransmission par flux électroniques, selon le dispositif SESAM Vitale, dans les meilleurs délais autorisés par les contraintes techniques pesant sur eux.

**Article 28 : du refus de prise en charge**

Dans tous les cas, les organismes de prise en charge sont dans l'obligation de motiver leur décision de refus total ou partiel de prise en charge des produits et prestations servis par le prestataire et de préciser à celui-ci les voies et les délais de recours qui lui sont offerts.

## Titre VI : du suivi de l'application du régime conventionnel

### Article 29 : de la Commission Paritaire Nationale

#### Paragraphe 1er : de la composition de la Commission Paritaire Nationale

Il est créé une Commission Paritaire Nationale comportant deux sections :

- une section professionnelle composée de :
  - 2 représentants titulaires professionnels du Syndicat National des Services et Technologies de Santé au Domicile (SYNALAM), ainsi que 2 suppléants ;
  - 2 représentants titulaires professionnels du Syndicat National des Associations d'Assistance à Domicile (SNADOM), ainsi que 2 suppléants ;
  - 2 représentants titulaires professionnels de l'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux (UNPDM), ainsi que 2 suppléants.
- une section sociale composée de :
  - 2 représentants titulaires de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ainsi que 2 suppléants,
  - 2 représentants titulaires de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, ainsi que 2 suppléants.
  - 2 représentants titulaires de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, ainsi que 2 suppléants,

Chaque membre de droit de la Commission peut se faire accompagner en séance de conseillers au nombre maximal de deux.

Elle peut également inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la Commission doivent alors en avoir été avertis au moins deux semaines avant la date de la séance.

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission.

### **Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Nationale**

La Commission Paritaire Nationale se réunit au siège de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés sur convocation de son Président au moins une fois par an.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses nationales.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence, accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence, les membres de la Commission peuvent soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation, soit se faire représenter par leurs suppléants.

Les membres de la Commission sont soumis au secret des délibérations.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la Commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la Commission dans les deux mois suivant celle-ci. Il est adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la Commission.

### **paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Nationale**

La Commission se réunit:

- à la demande de l'une des parties signataires de la présente convention nationale,
- au moins une fois par an.

Elle étudie toute question soulevée par l'application du dispositif conventionnel tant au niveau régional qu'au niveau national et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter.

Elle émet un avis sur les recours suspensifs entrepris auprès d'elle par les prestataires à l'encontre desquels un déconventionnement a été décidé, dans les conditions prévues à l'article 32 de la présente convention, et qui estiment devoir contester cette décision.

Elle examine les difficultés d'application de la réglementation présidant au remboursement des produits et prestations remboursables susceptibles d'être délivrés par les prestataires visés par la présente convention et de toutes dispositions législatives ou réglementaires relatives à ce secteur d'activité.

Elle est saisie en cas de non-respect par l'une des parties signataires de ses engagements conventionnels et recherche toute solution utile.

Elle transmet ses recommandations sur les décisions prises, au niveau régional, à l'encontre des prestataires dans le cas prévu par l'article 32 de la présente convention.

Elle établit un bilan annuel de l'activité des commissions paritaires régionales et informe les instances ministérielles compétentes dans le domaine des dispositifs médicaux et des prestations associées des propositions de modifications réglementaires et tarifaires signalées par les parties signataires.

Elle est éventuellement associée aux campagnes destinées à sensibiliser la profession, les prescripteurs et les assurés sur les moyens de contribuer à la dispensation de prestations de qualité.

Elle facilite la mise en place de la télétransmission et du dispositif SESAM-Vitale entre les prestataires et les caisses relevant des régimes signataires.

A titre transitoire, elle émet un avis sur les recours suspensifs entrepris auprès d'elle par les prestataires à l'encontre desquels un déconventionnement a été décidé par un organisme régional avant la date d'entrée en application de la présente convention.

### **Article 30 : de la Commission Paritaire Régionale**

Une Commission Paritaire Régionale est instituée dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

#### **Paragraphe 1 : de la composition de la Commission Paritaire Régionale**

La Commission Paritaire Régionale comporte :

- une section professionnelle composée de :
  - 2 représentants professionnels du SYNALAM, ainsi que 2 suppléants ;
  - 2 représentants professionnels du SNADOM, ainsi que 2 suppléants ;
  - 2 représentants professionnels de l'UNPDM, ainsi que 2 suppléants.
- une section sociale composée de :
  - 2 représentants de la caisse régionale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et 2 suppléants ;
  - 2 représentants de la caisse de mutualité sociale agricole et 2 suppléants ;
  - 2 représentants de la caisse régionale d'assurance maladie des professions indépendantes et 2 suppléants ;

Les représentants de la section professionnelle doivent exercer leur activité de prestataire dans le ressort régional de la Commission.

Chaque membre de droit de la Commission peut se faire accompagner en séance de conseillers au nombre maximal de deux.

La Commission peut inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la Commission doivent alors en avoir été avertis au moins deux semaines avant la date de la séance.

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission.

## **Paragraphe 2 : du fonctionnement de la Commission Paritaire Régionale**

Le secrétariat de la Commission Paritaire Régionale est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses régionales.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins un mois avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence, les membres de la Commission peuvent soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation, soit se faire représenter par leurs suppléants.

Les membres de la Commission sont soumis au secret des délibérations.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la Commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la Commission dans les deux mois suivant celle-ci. Il est adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la Commission, à charge pour les caisses de le transmettre aux organismes de prise en charge relevant de leur circonscription, ainsi qu'aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la présente convention.

## **Paragraphe 3 : du rôle de la Commission Paritaire Régionale**

Elle a pour rôle d'examiner les conditions d'application du présent régime conventionnel.

Elle doit être réunie avant toute décision susceptible d'être prise à l'égard d'un prestataire défaillant, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 32 de la présente convention.

Elle se réunit à la demande de l'une au moins des parties signataires et au moins une fois par an. Elle doit établir un bilan annuel portant sur son fonctionnement et sur l'application de la présente convention.

En cas de refus d'une partie des représentants professionnels signataires de voir se réunir la Commission Paritaire Régionale, les autres membres de droit constatent cette carence, examinent les points de l'ordre du jour et délibèrent.

**Article 31 : du non respect des engagements conventionnels par le prestataire**

Lorsque les caisses constatent un non respect par le prestataire de ses engagements conventionnels, notamment en matière de délivrance des produits et prestations, de facturation de ceux-ci ou de télétransmission, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés lui adresse une demande d'explication valant notification des anomalies relevées par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lorsque ces anomalies portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification de la caisse, le prestataire dispose d'un délai d'un mois à compter de cette notification pour fournir ses explications écrites. Pour des faits plus anciens, il dispose d'un délai de deux mois. Au terme de ce délai et si les faits reprochés se révèlent suffisamment fondés, la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés réunit la Commission Paritaire Régionale prévue à l'article 30 de la présente convention dans un délai maximal d'un mois.

Le prestataire est convoqué à la Commission chargée de statuer sur les faits qui lui sont reprochés, dans un délai minimal d'un mois précédant la réunion de la commission, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'un conseiller ou d'un avocat de son choix.

Les organismes payeurs qui ont détecté les faits reprochés au prestataire doivent être représentés au cours de la séance. Ils n'ont pas voix délibérative.

La Commission Paritaire Régionale émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition de l'intéressé. Un compte rendu est adressé par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés au Président de la section professionnelle de la Commission dans un délai de deux semaines. Il appartient à ce dernier de valider ce compte rendu dans les 7 jours suivant sa réception.

En cas d'absence du prestataire et hors cas de force majeure, la Commission en prend acte dans le relevé de décision de la séance, instruit le dossier et délibère.

## **Article 32 : des sanctions conventionnelles et de leurs conséquences**

### **Paragraphe 1 : des sanctions susceptibles d'être prononcées**

La Commission Paritaire Régionale ne peut proposer que des sanctions touchant à la situation du prestataire au regard de l'application des dispositions de la présente convention :

- soit un avertissement avec mise en demeure,
- soit un déconventionnement avec ou sans sursis pour une période pouvant aller jusqu'à la date de renouvellement de la convention.

La proposition de déconventionnement doit, dans tous les cas, être motivée et, notamment, étayée par :

- la gravité des faits constatés, notamment au regard de la nature de la transgression de dispositions réglementaires ou conventionnelles et de l'importance des sommes en jeu,
- la répétition de faits ayant déjà donné lieu à un avertissement prononcé contre le même prestataire,

La bonne foi du prestataire mis en cause peut être considérée comme un facteur d'atténuation de la sanction.

Les sanctions sont décidées par les caisses régionales et notifiées par la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, pour son compte et sur délégation des autres caisses, au prestataire par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois à compter de la date de la réunion de la commission, en précisant les voies et délais de recours et la date d'application de la sanction.

En cas de déconventionnement d'un prestataire disposant de locaux situés dans plusieurs circonscriptions de caisses régionales, il est convenu que la caisse régionale ayant instruit une procédure de sanction contre ce prestataire en informe les autres caisses régionales afin de donner à celles-ci la possibilité d'engager des enquêtes permettant de révéler également d'éventuelles anomalies.

### **Paragraphe 2 : des recours du prestataire contre les sanctions prononcées**

En cas de déconventionnement notifié, le prestataire dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la décision pour présenter un recours auprès de la Commission Paritaire Nationale prévue et organisée par l'article 29 de la présente convention. Le recours est suspensif. Le déconventionnement n'est définitif qu'à partir du moment où les procédures conventionnelles sont épuisées.

La commission paritaire nationale se réunit dans le délai d'un mois à compter de la réception du recours adressé par lettre recommandée avec accusé de réception à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Elle auditionne, au cours de la même séance, le prestataire mis en cause et le ou les organismes intéressés.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés transmet à la caisse régionale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés compétente, dans un délai de quinze jours suivant la date de réunion de la Commission Paritaire Nationale, l'avis émis par celle-ci. Ladite caisse arrête ensuite, en concertation avec les organismes régionaux des autres régimes de son ressort géographique, la décision définitive qui s'impose au prestataire.

Le prestataire conserve, de plein droit, la possibilité d'actionner les recours de droit commun.

Les sanctions conventionnelles sont applicables indépendamment des décisions des juridictions civiles ou pénales.

#### **Article 33 de l'incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle**

En cas de condamnation définitive et exécutoire du prestataire par les tribunaux pour fraude ou escroquerie dans ses rapports avec la Sécurité Sociale, la Commission Paritaire Régionale est saisie d'office. Après avoir laissé la possibilité au prestataire d'être entendu dans les conditions prévues par le présent Titre, les instances paritaires conventionnelles envisagent la sanction adaptée que les organismes régionaux concernés arrêtent.

## **Titre VII : de l'échange de données économiques entre les partenaires**

### **Article 34 : de la finalité des échanges de données**

La transmission mutuelle de données ici prévue a pour objet de favoriser l'analyse concertée entre l'ensemble des parties, au sein des instances conventionnelles paritaires, des évolutions observées en matière de dépenses et de pratiques professionnelles, des tendances pouvant être dégagées et des mesures d'accompagnement susceptibles d'être soit mises en oeuvre par les parties soit proposées aux pouvoirs publics.

### **Article 35 : de la communication des données statistiques issues du codage**

Les organismes nationaux signataires s'engagent à transmettre annuellement aux syndicats signataires les données statistiques obtenues grâce au codage de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et faisant ressortir principalement :

- les montants de dépenses et les dénombrements, correspondant à chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie qu'ils représentent, par produit inscrit sur la liste précitée, ainsi que par regroupements homogènes de produits inscrits sur ladite liste ;
- la déclinaison de ces montants en valeur et en volumes par région ;
- le taux moyen de remboursement pour chaque produit inscrit ;
- le coût moyen des différents types de prestations requérant l'utilisation des produits inscrits sur la liste précitée. La nomenclature de ces prestations est décidée après concertation entre toutes les parties signataires.

Les données économiques communiquées évolueront en fonction des développements qui pourront intervenir dans les outils de recueil mis en place par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

### Article 36 : des données transmissibles par les syndicats

Les organisations professionnelles signataires conviennent de la nécessité de s'employer à recueillir, par les moyens qui leur sont propres, des données afférentes à leur secteur d'activité favorisant et alimentant l'échange d'informations à caractère économique avec les caisses au sein de la Commission Paritaire Nationale.

Elles s'efforcent notamment de remettre annuellement à la CNAMTS, à charge pour celle-ci de les transmettre aux autres parties, des études dégageant, pour le moins dans les domaines identifiés par des Sections au Titre I de la liste prévue par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, le reste à charge moyen pour les assurés en fonction du différentiel existant entre les montants totaux facturés par les prestataires aux organismes de prise en charge et les montants remboursés par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Elles mettent également en oeuvre tout moyen permettant d'établir la structure du secteur d'activité visé par la présente convention. A cette fin, elles établissent un panel permettant de distinguer les principaux archétypes d'acteurs en raison de leur poids économique, d'une part dans le champ des entreprises et d'autre part dans le champ des associations, en fonction des deux critères suivants :

- le montant des facturations annuelles de produits inscrits sur la liste précitée que les différents acteurs adressent aux organismes d'assurance maladie,
- le nombre d'assurés auxquels les différents acteurs servent des prestations dans les domaines visés par la liste précitée.

Les résultats de l'étude réalisée à partir de ce panel et transmise aux organismes nationaux signataires mettent en évidence :

- la part de marché respective représentée, dans le secteur d'activité visé par la présente convention, par chacun des archétypes d'acteurs définis selon les deux critères susmentionnés,
- le nombre moyen d'assurés servis par chacun de ces archétypes,
- le montant total moyen des facturations respectivement adressé par chacun de ces archétypes aux organismes de prise en charge,
- le montant moyen facturé à ces mêmes organismes par chacun de ces archétypes dans chacun des domaines cités à l'alinéa 2 du présent article.

Chaque organisation signataire procède à cette étude annuelle à partir des seules données qui lui sont accessibles au titre de sa fonction représentative. Toutes les données communiquées préservent le nécessaire caractère anonyme des sources utilisées.

**Article 37 : de la mise en oeuvre effective de cet échange de données économiques**

Les parties s'accordent sur la nécessité d'initier cette transmission mutuelle de données économiques au terme d'une période d'application de la présente convention d'un an au moins et de dix-huit mois au plus.

## **Titre VIII de la durée du régime conventionnel**

### **Article 38 : de l'entrée en application de la convention**

La présente convention annule toute autre convention antérieure ayant le même champ et le même objet. Elle est conclue pour une durée de 4 ans. Elle est prorogée par tacite reconduction pour des périodes de même durée.

Les parties signataires ont la faculté, si elles l'estiment nécessaire, de se concerter 6 mois avant l'expiration de la période de validité de la convention en vue d'étudier, en commun, les résultats de son application et les adaptations qui leur paraîtraient devoir y être apportées par avenant.

### **Article 39 : du retrait d'une partie de la convention**

Chaque partie signataire a la faculté de se retirer du régime instauré par la présente convention en informant la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés par lettre recommandée avec accusé de réception, à charge pour cette dernière d'en aviser les autres parties. Son retrait est effectif au terme d'un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

Une nouvelle demande d'adhésion de la part du prestataire ne peut alors être formulée qu'à l'occasion du renouvellement de la convention ou de la date d'entrée en vigueur d'une nouvelle convention.

### **Article 40 : de la résiliation de la convention**

La présente convention peut être résiliée par les parties signataires soit par décision de deux au moins des organisations professionnelles signataires, soit par décision de deux au moins des organismes nationaux signataires dont la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;

- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait à Paris, le

Le Président  
de la Caisse Nationale  
de l'Assurance Maladie  
des Travailleurs Salariés

La Présidente  
de la Caisse Centrale  
de Mutualité Sociale  
Agricole

Monsieur SPAETH

Madame GROS

Le Président  
de la Caisse Maladie Nationale  
des Professions Indépendantes

- Le Président  
du SYNALAM

Monsieur QUEVILLON

Monsieur PELAY

Le Président  
du SNADOM

La Présidente  
de l'UNPDM

Professeur JONQUET

Madame WITTEVRONGEL