

**CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE
LES ORTHOPTISTES LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE**

TEXTE ACTUALISE – 24 JUIN 2017 –

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.162-9, L.162-14-1 et L.162-15,
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L.1434-4

Il est convenu ce qui suit entre

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Et

Le Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthoptistes libéraux, les orthoptistes salariés de professionnels de santé exerçant à titre libéral et les organismes d'assurance maladie obligatoire, signée le 19 avril 1999, approuvée par arrêté du 5 juillet 1999, publiée au journal officiel du 5 août 1999 ainsi que ses avenants de 1 à 11 sont remplacés par les dispositions qui suivent.

PREAMBULE

Notre système d'assurance maladie universel et solidaire joue un rôle clef dans l'accès de tous à des soins de qualité.

Or, la filière visuelle est confrontée aujourd'hui à d'importants problèmes structurels en raison notamment de l'augmentation de la demande en soins liée à l'accroissement et au vieillissement de la population, au développement constaté de certaines pathologies chroniques (cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA), à l'évolution de l'activité des médecins ophtalmologistes vers la réalisation d'actes de plus en plus techniques.

Ces différents facteurs génèrent actuellement des difficultés d'accès aux soins traduites notamment par l'allongement des délais d'attente pour un rendez-vous chez un médecin ophtalmologiste.

Afin d'améliorer l'accès des patients aux soins visuels, le Ministère de la santé et l'UNCAM encouragent depuis plusieurs années le développement d'une meilleure coordination entre les médecins ophtalmologistes et les orthoptistes en assurant notamment le financement d'actes réalisés en coopération.

Cette évolution a été confortée en 2016 par la parution de dispositions législatives et réglementaires favorisant le travail en coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes avec l'élargissement du champ de compétences des orthoptistes pour faciliter l'accès aux soins visuels des patients pour les pathologies les plus courantes.

Les orthoptistes sont ainsi amenés dans les années à venir à jouer un rôle clef dans la nécessaire restructuration de la filière visuelle en assurant une prise en charge coordonnée du patient avec les médecins ophtalmologistes et les médecin traitants.

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire, l'assurance maladie et les représentants des orthoptistes libéraux conviennent de la nécessité de poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la filière visuelle, le soutien aux pratiques de coopération efficaces et de conforter la place de l'orthoptiste dans la prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'activité de bilan et de rééducation des orthoptistes afin de tenir compte de l'évolution des pathologies et de leur prise en charge, nécessitant des actes de technicité graduelle.

Les partenaires conventionnels s'accordent également sur l'importance de garantir à tous les assurés sur l'ensemble du territoire l'accès à des soins visuels de qualité en améliorant la répartition de l'offre. Dans ce cadre, ils souhaitent mettre en place, par une première étape dans un cadre expérimental, des mesures organisationnelles et incitatives visant à favoriser l'exercice des orthoptistes dans les zones déficitaires en offre de soins visuels notamment au sein des maisons de santé pluri-professionnelles.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser les nouveaux champs d'intervention des orthoptistes notamment en matière de prévention et de dépistage ou de prise en charge de certaines populations, enfants, patients atteints de

pathologies lourdes tout en réaffirmant leur engagement en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Enfin, ils souhaitent favoriser des outils, des systèmes d'information et des conditions de travail permettant aux orthoptistes libéraux d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients.

La présente convention s'attache à moderniser les conditions d'exercice des orthoptistes libéraux, simplifier les processus et les échanges entre les orthoptistes et l'assurance maladie. Ce cadre négocié est un levier important d'accompagnement et de soutien dans la durée à la transformation des organisations et des pratiques.

Pour ce faire, les partenaires conventionnels s'engagent à procéder, en tant que de besoin par voie d'avenant ou par négociation d'une nouvelle convention, à l'évolution du texte conventionnel afin que ce dernier soit le reflet le plus exact possible de l'évolution de l'exercice de la profession d'orthoptiste.

TITRE PRELIMINAIRE - PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article.1. Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les orthoptistes libéraux ayant adhéré à la présente convention et les orthoptistes salariés de professionnels de santé exerçant à titre libéral conventionnés ;
- d'améliorer l'accès aux soins visuels en favorisant notamment la coopération entre les orthoptistes et les autres professionnels de santé ;
- de valoriser la qualité des pratiques ;
- de renforcer les actions de prévention, de dépistage ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article.2. Champ d'application de la convention

La présente convention s'applique :

-aux orthoptistes exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient ou, le cas échéant, dans des structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés à l'acte.

-aux orthoptistes salariés de professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les orthoptistes exerçant dans les locaux commerciaux ou leurs dépendances¹ ;
- les orthoptistes salariés exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou dans un centre de santé.

La présente convention s'applique également 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.

La convention entre en vigueur le lendemain de la publication de son arrêté d'approbation.

¹ Au sens du droit commercial et conformément à l'article R.4342-16 du code de la Santé Publique.

Les orthoptistes placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux orthoptistes qui exercent à la place d'un orthoptiste conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, l'orthoptiste conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE 1 - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS

Article.3. Améliorer l'accès des patients aux soins visuels en favorisant la coopération entre les orthoptistes et les autres professionnels de santé

Article.3.1 Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut être dépistée par un examen régulier du fond de l'oeil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétiniennes, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité due à la rétinopathie.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine ont mis en place une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre médecins et orthoptistes. Ce type de dépistage avec lecture différée de rétino-graphies peut contribuer à l'optimisation des ressources médicales consacrées aux soins ophtalmologiques.

Afin de sensibiliser les prescripteurs à ce dispositif et favoriser ainsi la montée en charge de ce dépistage, les parties signataires s'engagent à poursuivre l'accompagnement de cette mesure par une nouvelle campagne d'information auprès notamment des assurés, des médecins traitants, des médecins ophtalmologistes, diabétologues et endocrinologues.

Par ailleurs, et pour faciliter la montée en charge de ce dépistage, les partenaires conventionnels s'engagent également à recenser conjointement sur le territoire les orthoptistes libéraux équipés de rétino-graphes afin de pouvoir diffuser cette information auprès des médecins prescripteurs via différents canaux d'information.

Article.3.2 Mise en place d'expérimentations pour améliorer l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire

Les parties signataires constatent qu'il existe des disparités géographiques d'offre de soins visuels selon les départements. Cette situation pose d'ores et déjà, dans les zones à faible densité en orthoptistes et en médecins ophtalmologistes, des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients qui se traduisent notamment par des délais d'attente importants pour obtenir un rendez-vous chez un médecin ophtalmologiste.

Elles souhaitent contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en oeuvre des actions en faveur d'une meilleure répartition de l'offre en soins visuels pour garantir l'accès aux soins des assurés sur le territoire national.

En outre, elles s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de vie des patients et de la qualité des soins.

Le développement du travail en équipe, notamment dans le cadre des maisons pluri-professionnelles, contribue à conforter l'offre de soins tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé.

A ce titre, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place un certain nombre d'expérimentations dans les maisons de santé pluri-professionnelles notamment dans les zones sous-denses en offres de soins visuels dans la mesure où ces structures constituent un cadre propice à la mise en place de coopérations entre les orthoptistes, les médecins ophtalmologistes et les médecins généralistes.

Ces expérimentations pourront s'appuyer sur le contrat de coopération collectif pour les soins visuels prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ayant pour objet de développer l'offre en soins visuels dans les maisons de santé pluri-professionnelles et incitant ces structures à développer les coopérations entre orthoptistes et médecins ophtalmologistes pour la réalisation de consultations ophtalmologiques.

Des expérimentations vont également être envisagées au-delà du cadre des maisons de santé pluri-professionnelles pour favoriser le dépistage des troubles visuels chez les enfants.

Les expérimentations pourraient s'articuler autour de trois thèmes :

- le suivi de pathologies chroniques ,
- le dépistage,
- le renouvellement d'équipements optiques.

Les cadres des interventions pourraient donc être selon les cas, les maisons de santé pluri-professionnelles, le cabinet libéral de l'orthoptiste ou le milieu scolaire. Plusieurs modèles expérimentaux sont envisagés. Ils visent tous à améliorer la prise en charge des patients et favoriser la prévention, en promouvant l'exercice des orthoptistes libéraux, notamment dans des zones sous-denses, en élargissant leur champ d'activité en coopération avec un ou plusieurs ophtalmologistes libéraux et les médecins traitants.

Pour les expérimentations au sein des maisons de santé pluri-professionnelles, l'adhésion au contrat collectif (défini dans le cadre d'une décision Etat-UNCAM) serait un pré-requis qui permettrait de bénéficier d'une part, de la garantie de la mise en place d'un partenariat formalisé entre la structure, un orthoptiste et un ou plusieurs ophtalmologistes et d'autre part, d'une aide à l'investissement pour l'équipement nécessaire à l'orthoptiste.

Les trois expérimentations ayant vocation à être menées dans les maisons de santé pluriprofessionnelles pourraient être couplées avec la mise en place, toujours à caractère expérimental, d'une mesure visant à inciter les orthoptistes libéraux à exercer ponctuellement dans des structures implantées dans des zones sous denses en offre de soins visuels (valorisation de l'activité réalisée au sein de la structure, prise en charge des frais de déplacement,...).

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un groupe de travail issu de la CPN dès la parution du présent texte pour préparer le contenu et les modalités de mise en œuvre de ces différentes expérimentations exposées au présent article. L'objectif assigné à ce groupe de travail est de permettre la mise en œuvre des premières expérimentations au cours du 1^{er} semestre 2018.

Un suivi régulier de ces dispositifs expérimentaux sera réalisé en Commission Paritaire Nationale et, le cas échéant, en Commission Paritaire Régionale.

A l'issue des expérimentations, un bilan sera réalisé par la Commission Paritaire Nationale afin d'évaluer si la mise en place des mesures définies dans ce cadre a permis de contribuer à l'amélioration de l'offre en soins visuels sur le territoire sur les zones concernées.

Si tel est le cas, les parties signataires s'engageront à conclure un avenant conventionnel qui pourra pérenniser les mesures mises en place dans le cadre expérimental en les adaptant le cas échéant.

Article.3.2.1. Mise en place de protocoles organisationnels au sein de maisons de santé pluri-professionnelles

La mise en place de protocoles organisationnels visent à favoriser le travail en coopération entre les orthoptistes qui interviendraient dans la maison de santé (temps plein ou intervention ponctuelle) pour le suivi de patients atteints de pathologies chroniques stabilisées (par exemple glaucome, DMLA), et le ou les médecins ophtalmologistes exerçant en lien avec la maison de santé qui assureraient l'interprétation des résultats des examens et l'élaboration du compte rendu avec détermination de la conduite à tenir.

Des travaux préliminaires avec des experts seront nécessaires pour définir les conditions minimales de réalisation et les actes attendus des orthoptistes.

Article.3.2.2. Développement d'actions de dépistage au sein de maisons de santé pluri-professionnelles

Les maisons de santé constituent un cadre privilégié du fait de la proximité d'exercice des orthoptistes et des médecins généralistes de la structure, ces derniers pouvant orienter leurs patients vers les orthoptistes en vue de la réalisation d'actes de dépistage.

Le dépistage de la rétinopathie diabétique avec lecture différée sans présence du patient est une première action de dépistage à renforcer. D'autres types de dépistage dans le cadre de protocoles organisationnels pourraient être développés sur un même modèle (exemple : dépistage des troubles visuels chez l'enfant de moins de 3 ans comme l'amblyopie ou le strabisme, dépistage d'un glaucome, etc.).

L'interprétation des résultats des examens serait réalisée par les médecins ophtalmologistes (le pédiatre pour certains dépistages de la petite enfance) et nécessiterait le plus souvent de recourir à des actes de télé-médecine.

Article.3.2.3. Le circuit de renouvellement de lunettes au sein de maisons de santé pluri-professionnelles

Mise en application du protocole « Muraine »

Ce protocole a été validé par la HAS dans le cadre de la procédure définie à l'article 51 de la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009. Le cadre d'exercice des maisons de santé est adapté à la mise en place de ce protocole car les orthoptistes pourraient réaliser l'ensemble du bilan visuel prévu au protocole (bilan oculomoteur, réfraction/AV, tonométrie, rétinographie) au sein de la structure (ayant bénéficié d'une aide à l'équipement dans le cadre du contrat collectif défini par décision Ministère/UNCAM) puis enverraient en télétransmission les résultats du bilan aux médecins ophtalmologistes exerçant en lien avec ladite structure. Ces derniers effectueraient l'interprétation des résultats et l'envoi de la prescription au patient.

Expérimentation du renouvellement de lunettes en lien avec un médecin généraliste au sein de la maison de santé

Un processus d'amélioration de l'accès aux soins visuels des patients nécessitant un renouvellement de lunettes peut également être expérimenté avec l'intervention du médecin généraliste.

Ainsi, le médecin généraliste de la maison de santé orienterait le patient vers l'orthoptiste (avec élaboration d'une prescription) en vue d'un renouvellement de lunettes. Une organisation spécifique au sein de la structure devra alors être mise en place pour la transmission au patient, le nécessitant, de la prescription de lunettes établie par le médecin généraliste mentionnant la nouvelle mesure de la correction à partir des examens réalisés par l'orthoptiste.

Article.3.2.4. Autres types d'expérimentation

Action de dépistage des troubles visuels chez l'enfant avec 2 types d'intervention selon la tranche d'âge de l'enfant

- Expérimentation de la mise en œuvre d'une action de dépistage précoce et individuel des troubles de la fonction visuelle chez les enfants en période préscolaire (9 mois à 3 ans) au cabinet de l'orthoptiste (qui peut le cas échéant être installé au sein d'une maison de santé) à la demande des médecins généralistes ou des pédiatres avec pour objectif principal le dépistage précoce de l'amblyopie et du strabisme (notamment si présence de facteurs amblyogènes).

Le bilan est standardisé et décrit par la HAS et les actes du bilan entrent tous dans le décret de compétence des orthoptistes. L'interprétation des résultats serait effectuée par le médecin prescripteur, avec orientation vers le médecin ophtalmologiste en cas d'anomalies détectées.

- Expérimentations de la mise en place d'actions de dépistage collectif des troubles de la fonction visuelle chez les enfants en période scolaire (3 à 8 ans) ciblées sur les zones

d'éducation prioritaires (ZEP), en s'inspirant du modèle du dépistage bucco-dentaire en milieu scolaire (Examen Bucco-Dentaire – EBD). L'objectif est de favoriser le dépistage des formes non diagnostiquées ou plus tardives d'amblyopie/strabisme et les troubles de la vision (réfraction, vision stéréoscopique, des couleurs...).

Le bilan est standardisé et décrit par la HAS, les actes entrent tous dans le décret de compétence des orthoptistes. Un compte rendu serait systématiquement transmis au médecin traitant et aux parents avec les conseils ad hoc (algorithme décisionnel à construire) et la préconisation, le cas échéant, de consulter rapidement un médecin ophtalmologiste.

A partir des recommandations de la HAS, il conviendra de préciser les indications et modalités de ce dépistage des troubles visuels dans la petite enfance. De façon générale, il conviendrait dans la mesure du possible d'envisager cette action par les orthoptistes en lien avec d'autres professionnels de santé impliqués dans le dépistage auprès des enfants.

Intervention de l'orthoptiste à l'école pour le suivi d'enfants handicapés

Les orthoptistes sont amenés à intervenir à la demande de l'équipe éducative au sein des établissements scolaires pour des enfants atteints de (*poly*)handicap visuel important scolarisés en milieu ordinaire. L'objectif est de vérifier avec l'équipe éducative et éventuellement d'autres professionnels de santé, que les préconisations et conseils d'aménagement de poste et organisationnels ont été correctement mis en œuvre, qu'ils sont bien adaptés et suffisants pour tenir compte du handicap visuel et favoriser l'insertion scolaire et sociale de l'enfant. L'expérimentation aurait pour objet de définir les conditions de renforcement de ce type d'action et les valorisations susceptibles d'être mises en place au profit des orthoptistes qui s'impliquent dans ces démarches.

Des travaux complémentaires seront menés par les partenaires conventionnels pour préciser l'opportunité d'une intervention des orthoptistes pour le suivi d'enfants handicapés pris en charge en établissements médico-sociaux.

Article.4. Les outils en faveur de la coordination

Le déploiement d'outils dématérialisés facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragée dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients entre les différents professionnels de santé en ville.

TITRE 2 - VALORISER L'ACTIVITE DES ORTHOPTISTES LIBERAUX

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de valoriser l'activité de bilan et de rééducation afin de tenir compte de l'évolution des pathologies et de leur prise en charge, nécessitant des actes de technicité graduelle. Cette évolution se traduit d'ailleurs dans les modifications récentes de la définition des actes d'orthoptie et des modalités d'exercice de la profession, introduites par le décret n°2016-1670 du 5 décembre 2016.

Ce décret a notamment étendu le champ des actes réalisables par les orthoptistes et introduit la notion de protocoles organisationnels entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes.

Article.5. La valorisation de l'activité de bilan orthoptique

L'examen orthoptique dans son ensemble est à la base de l'évaluation des capacités visuelles en fonction des plaintes décrites, de la pathologie, de l'âge du patient et de l'expression de ses besoins dans ses activités.

Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins proposé. Ce bilan, accompagné du choix des actes et techniques appropriés, est communiqué au médecin prescripteur. La nomenclature des actes professionnels ne distingue jusqu'à présent que 3 bilans :

- le bilan des déséquilibres oculomoteurs,
- le bilan de la basse vision,
- le bilan des déficiences neuro-visuelles.
-

Les partenaires conventionnels conviennent que cette segmentation s'avère restrictive et ne couvre pas l'ensemble du champ des bilans réalisés par les orthoptistes au regard des besoins des patients.

En conséquence, ils proposent la création des actes suivants au 1^{er} janvier 2018 :

- un acte de mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, afin de répondre notamment aux besoins des patients dans le cadre d'un trouble réfractif ou du suivi d'une pathologie oculaire;
- deux nouveaux actes de complexité croissante pour distinguer les différents bilans des déséquilibres de la vision binoculaire et pour lesquels la demande s'est considérablement accrue ces dernières années en raison de l'usage intensif des écrans par les patients ;
- deux nouveaux actes pour distinguer les bilans des troubles oculomoteurs de celui de l'amblyopie.

Les parties signataires souhaitent également valoriser le bilan pour déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) et le bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle (déficience neuro-visuelle).

Ces mesures conduisent à supprimer le supplément pour mesure de l'acuité visuelle ou test de déviométrie, ainsi que pour l'analyse fonctionnelle des troubles neuro-visuels la réalisation de ces actes étant incluse dans les bilans correspondants aux différentes situations pathologiques décrites dans le présent article.

Article.6. La valorisation de l'activité de rééducation

La rééducation orthoptique est un projet individualisé, adapté à chaque patient tant dans les techniques que dans la durée des séances.

Les objectifs du traitement orthoptique peuvent être multiples :

- rééduquer tout ou partie de la fonction visuelle défaillante et améliorer l'efficacité visuelle chez les patients atteints de déséquilibre binoculaire, d'insuffisance de convergence ou de divergence, de strabisme, d'amblyopie, de paralysie oculomotrice, des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique, des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle,
 - diminuer l'incapacité des patients déficients visuels en améliorant l'orientation du regard, la localisation visuelle et en développant certaines stratégies de lecture et d'écriture,
 - diminuer la fatigue visuelle et développer l'endurance de fixation,
 - améliorer les relations entre la vision et la posture : apprendre une meilleure utilisation de sa vision en cas de handicap moteur ou d'infirmité motrice cérébrale (IMC)
- ...

Les partenaires souhaitent la mise en œuvre d'une revalorisation de l'ensemble des actes de rééducation à l'exception de la rééducation des hétérophories, en deux temps :

- au 1^{er} janvier 2018, une 1^{ère} augmentation des cotations de la rééducation du strabisme et de l'amblyopie ,
- au 1^{er} janvier 2019, une 2^{nde} augmentation de la rééducation du strabisme et de l'amblyopie et des rééducations des déficiences visuelles d'origine organique ou fonctionnelle.

Article.7. Le calendrier de mise en œuvre des valorisations

Libellés retenus en vue d'une inscription à la NGAP Titre III – Chapitre II-Orbite Œil	Cotation AMY 2017	Nouvelle Cotation	Date d'effet
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation		8,5	01/01/2018
Bilans des déséquilibres de la vision binoculaire liés à un trouble des capacités fusionnelles	10	10	01/01/2018
Bilans des déséquilibres de la vision binoculaire liés à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement)	14,1	14,5	01/01/2018
Bilan des troubles oculomoteurs: hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices	14,1	15	01/01/2018
Bilan d'une amblyopie	14,1	15,5	01/01/2018
Bilan orthoptique fonctionnel de la basse vision	20	30	01/01/2018
Bilan des troubles neuro visuels diagnostiqués	20,1	30,5	01/01/2018
Traitement de l'amblyopie par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	5,4	5,8	5,6 au 01/01/2018 5,8 au 01/01/2019
Traitement du strabisme par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	5,4	6,5	6,1 au 01/01/2018 6,5 au 01/01/2019
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	4	4	cotation inchangée
Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle d'une durée de l'ordre de 30 mn pour les enfants et de 45 mn pour les adultes			
Pour les plus de 16 ans	16,2	18	01/01/2019
Pour les 3 à 16 ans	11,2	12	01/01/2019
Pour les moins de 3 ans	10,2		

Les mesures proposées s'appliqueront sous réserve de 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.8. Création d'un forfait pour l'évaluation de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle nécessitant une rééducation, les partenaires conventionnels se sont accordés pour créer un forfait pour réaliser au domicile ou lieu de vie une évaluation de l'environnement du patient (organisation du lieu de vie, présence ou non d'aidants, etc) ainsi que la mise en place, le suivi de la rééducation réalisée par le patient à son domicile et de ses conditions de réalisation en complément des séances dispensées par l'orthoptiste.

L'objectif est de définir une stratégie de prise en charge personnalisée pour améliorer la compensation du handicap sévère dans le milieu de vie et adapter le contenu des séances de rééducation orthoptique au cabinet.

Cette évaluation est réalisée après un bilan pour déficience visuelle et au cours de la rééducation.

Ce forfait d'un montant de 33 euros comprend l'indemnité de déplacement. Il doit être coté en association d'un acte de rééducation réalisé au domicile ou lieu de vie. Il est facturable dans ce cadre une fois par an par patient et, le cas échéant, en cas d'aggravation importante de l'état de santé du patient sans qu'il soit nécessaire que la prescription précise la mention « prise en charge à domicile ».

Article.9. Le rôle de l'orthoptiste dans les programmes d'accompagnement du retour à domicile des patients après hospitalisation

Les évolutions actuelles de l'organisation des soins ambulatoires et des besoins des patients rendent nécessaire le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients.

A cette fin, et dans un contexte de vieillissement de la population et du développement des maladies neurodégénératives, les parties signataires affirment la nécessité d'impliquer les orthoptistes, en coordination avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge, dans les dispositifs mis en place pour améliorer le maintien ou le retour à domicile des patients.

Ainsi, les orthoptistes sont impliqués notamment dans les expérimentations des dispositifs d'accompagnement de retour à domicile des personnes âgées et des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral afin qu'ils puissent intervenir auprès de ces patients dans une démarche de soins coordonnés avec les autres professionnels de santé assurant la prise en charge et ce, le plus précocement possible.

Ce dispositif contribue à améliorer la prise en charge coordonnée des patients après une hospitalisation et permet d'assurer la continuité entre l'hôpital et la ville.

TITRE 3 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article.10. Démarches de l'orthoptiste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Les orthoptistes qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectue les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les orthoptistes sont notamment tenus de faire connaître aux Caisses leur numéro d'inscription sur la liste régionale établie par l'Agence Régionale de Santé ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et, le cas échéant, secondaire. Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe quelle que soit la forme juridique retenue. Les orthoptistes doivent faire connaître aux Caisses toutes les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur profession dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Lorsqu'un orthoptiste a la qualité de salarié d'un médecin libéral conventionné, il a l'obligation de faire connaître aux Caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur, ainsi que son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

Article.11. Démarches de l'orthoptiste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

L'orthoptiste qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, l'orthoptiste n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'orthoptiste justifie a posteriori cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, etc.).

Article.12. Modalités d'exercice

Les orthoptistes placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité³ et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins orthoptiques par les Caisses d'Assurance Maladie.

Les orthoptistes salariés et leurs employeurs sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux orthoptistes libéraux.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, dans des locaux distincts de tout local commercial et sans communication aucune avec celui-ci.

³ La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet ou un établissement de soins déterminé

Article.13. Situation des orthoptistes exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel.

Au sein des sociétés d'exercice, les orthoptistes, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article.14. Situation du remplaçant

L'orthoptiste, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un orthoptiste exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

L'orthoptiste remplacé vérifie que l'orthoptiste 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.

Le remplaçant d'un orthoptiste placé sous le régime de la présente convention est tenu de faire connaître aux Caisses son numéro d'inscription sur la liste régionale établie par l'Agence Régionale de santé et son domicile ainsi que l'adresse du cabinet professionnel ou l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure à titre principal son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, l'orthoptiste remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Les Caisses peuvent, en tant que de besoin, demander la communication d'un contrat de remplacement.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'orthoptiste remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un orthoptiste déconventionné.

Par ailleurs, un orthoptiste interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

A noter que l'orthoptiste remplaçant peut disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) pour facturer les soins. Dans ce cas, il est identifié comme l'exécutant des soins facturés sous le numéro de facturation Assurance Maladie de l'orthoptiste remplacé.

Article.15. De la qualité et du bon usage des soins

Les orthoptistes libéraux ou salariés, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

L'orthoptiste, dans la limite de sa compétence et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur, les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la prescription médicale, demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à une cotation supérieure ou à un dépassement tarifaire (à l'exception du cas du dépassement exceptionnel tel que défini à l'article 21).

Les orthoptistes conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins.

Article.16. Le respect du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les orthoptistes légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les orthoptistes et les autres praticiens ou professionnels conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des orthoptistes de leur circonscription au regard de la présente convention. Les organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

Article.17. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les orthoptistes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux orthoptistes les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les orthoptistes doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les orthoptistes attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'orthoptiste est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Article.18. Rédaction des ordonnances

Les orthoptistes peuvent prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie, hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

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 contenir les informations suivantes :

- nom, adresse du prescripteur,
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer,
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance,
- le nom et le prénom du bénéficiaire.
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire. Elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Ainsi, les orthoptistes ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée de la prise en charge au regard de la prescription médicale, sauf indication contraire du médecin.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, l'orthoptiste en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

Article.19. Facturation des honoraires

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'orthoptiste atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Lors de chaque acte, l'orthoptiste porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'orthoptiste est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Il est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE défini à l'article 21) qu'il a perçu au titre des actes remboursables.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

Lorsque l'orthoptiste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, il n'établit pas de feuilles de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où l'orthoptiste 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, l'orthoptiste porte sur la feuille de soins la mention « acte à titre gratuit ».

L'orthoptiste ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent article, l'orthoptiste peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Par exception, si, dans le cas d'une série d'actes, un ou plusieurs actes sont exécutés par un orthoptiste remplaçant, l'ensemble des honoraires peut être encaissé par l'orthoptiste exécutant habituellement les actes. L'orthoptiste remplaçant appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution de l'acte.

L'orthoptiste remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'accord préalable dans les conditions prévues à la Nomenclature générale des actes professionnels.

Article.20. Facturation des actes effectués par un orthoptiste salarié

Lorsque les actes sont effectués par un orthoptiste salarié d'un médecin ou d'un auxiliaire médical conventionné, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes :

- les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification de l'orthoptiste salarié;
- L'employeur est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'orthoptiste salarié est identifié comme exécutant de l'acte.

L'orthoptiste salarié atteste la prestation de l'acte et l'employeur 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 de l'employeur sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'orthoptiste, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Article.21. Mode de fixation des honoraires

L'orthoptiste établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe I de la présente convention.

Les Caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les orthoptistes placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions et sur la base des tarifs de la présente convention.

L'orthoptiste s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liées à un motif médical, telles que les soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal de l'orthoptiste, déplacement anormal imposé à l'orthoptiste à la suite du choix par le patient d'un orthoptiste éloigné de sa résidence, etc.

Dans ce cas, l'orthoptiste fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant perçu ainsi que le motif du dépassement (dépassement exceptionnel : DE).

L'orthoptiste fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Conformément à l'article 22 de la présente convention, l'orthoptiste ne peut, lorsqu'il utilise la procédure de dispense d'avance des frais, percevoir de dépassements d'honoraires

Article.22. Mettre en œuvre la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées à l'orthoptiste par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

- Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

- Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par l'orthoptiste aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

-Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la réglementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par l'orthoptiste aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité.

-Tiers payant pour les actes liés au dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération

Afin de faciliter le recours aux soins des patients diabétiques, les orthoptistes amenés à pratiquer des actes de rétinographie dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération pratique la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dans ce cas, l'orthoptiste indique sur la feuille de soins la mention "dispense d'avance des frais" à la place de l'acquit des honoraires.

L'orthoptiste ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE).

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'orthoptiste.

-Autres Tiers payants

Durant la période de montée en charge du Tiers Payant Généralisé sur la part obligatoire prévu par la loi, l'orthoptiste peut pratiquer le Tiers Payant dans les cas de situations sociales particulières ou dans les cas de non paiement direct par le patient même pour des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

TITRE 4 - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES ORTHOPTISTES ET L'ASSURANCE MALADIE

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Sous-Titre 1. Moderniser les échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Article.23. 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 paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.
- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc.

En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.

- La garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) 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.

- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article.24. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie

Article.24.1 Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 25.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 25.2.

Les orthoptistes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

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.24.2 L'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. Il en va de même pour les cartes CPS remplaçant.

Article.24.3 L'utilisation de la carte vitale

L'orthoptiste consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, l'orthoptiste peut utiliser le service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article.24.4 Les règles de télétransmission de la facturation

Article.24.4.1. L'équipement informatique 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.24.4.2. Equipement informatique de l'orthoptiste

L'orthoptiste met en oeuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes 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 et des pièces justificatives.

Article.24.4.3. Liberté de choix du réseau

L'orthoptiste 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.

L'orthoptiste a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lorsqu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en oeuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

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 l'orthoptiste a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de l'orthoptiste avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, l'orthoptiste doit impérativement s'assurer que les procédures mises en oeuvre 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 régime obligatoire.

Article.24.4.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques

L'orthoptiste 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 l'orthoptiste à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par l'orthoptiste.

Article.24.5 Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article.24.5.1. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des orthoptistes, et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues 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.24.5.2. Délai de transmission des FSE

L'orthoptiste 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.24.5.3. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours, une indemnité est versée aux orthoptistes dans les conditions définies réglementairement.

Article.24.5.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Utilisation du service ADRi (Acquisition des droits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service

ADRI (Acquisition des Droits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

Article.24.5.5. – Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins Electronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, l'orthoptiste 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, l'orthoptiste 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, l'orthoptiste signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou 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.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'orthoptiste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'orthoptiste remplit une feuille de soins papier.

Article.24.6 Les aides à la télétransmission

Article.24.6.1. – Aide pérenne

Les orthoptistes reçoivent, à compter de la date d'entrée en vigueur et pour la durée de la convention, une aide forfaitaire annuelle dont le montant est fixé comme suit.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par l'orthoptiste et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins au taux mentionné ci-après. Ce taux de télétransmission s'apprécie à compter du premier jour du mois qui suit la date de démarrage de la télétransmission par le professionnel de santé ; il est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total.

Les orthoptistes qui ont réalisé un taux de télétransmission d'au moins 75 % reçoivent une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 euros.

Les commissions paritaires régionales peuvent examiner les situations particulières des professionnels de santé ayant télétransmis des flux pour un taux compris entre 65 % et 75 % et décider, à titre dérogatoire, du versement de l'aide pérenne.

La transmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut faire l'objet de l'aide mentionnée ci-dessus.

Article.24.6.2. – Aide à la maintenance

En contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire annuelle de 100 euros est versée à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

Article.24.6.3. – Modalités de versement

Chaque aide est versée annuellement par les caisses d'assurance maladie, au plus tard au mois de mars de chaque année au titre de l'année civile précédente.

Elle est versée par la CPAM du lieu d'installation de l'orthoptiste pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article.24.7 Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

Les modalités du dispositif SCOR comprenant la numérisation des pièces justificatives et de leur transfert vers les organismes d'assurance maladie sont décrites en annexe IV.

Les parties signataires conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe IV de la présente convention.

Tout orthoptiste libéral conventionné utilisant le dispositif SCOR, dès lors qu'il dispose d'un logiciel professionnel agréé par le CNDA perçoit une aide pérenne de 90 euros par an, à l'issue de la période de vérification de ses flux de 90 jours après l'envoi des premiers flux, et sous réserve d'atteindre le taux d'exploitabilité des pièces requis (soit un taux de conformité des pièces de 99 %).

A noter que la première année de l'entrée du professionnel dans le dispositif SCOR, le paiement de l'aide de 90 euros s'effectue à l'issue de la période d'observation des 90 jours et sous réserve de la conformité des flux aux conditions requises.

A compter de l'année suivante dans le dispositif SCOR, donc de la 2ème année d'envoi des flux SCOR par le professionnel le paiement s'effectue, au cours du 1er trimestre de l'année N+1 au titre de l'année N au moment du versement des aides définies à l'article 24.6.

Article.24.8 Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Dans l'hypothèse où l'orthoptiste n'utilise pas le dispositif SCOR défini à l'article 24.7 en cas de dispense d'avance des frais, il s'engage à transmettre les ordonnances sur support papier à l'organisme d'assurance maladie dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse avec une demande d'entente préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par la caisse.

Article.25. Les autres procédures de facturation

Article.25.1 La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article.25.1.1. – Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, l'orthoptiste réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires régionales.

Article.25.1.2. – Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, L'orthoptiste réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.

L'orthoptiste 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). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 24.5.4.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'orthoptiste 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.

Article.25.2 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, l'orthoptiste 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 à l'orthoptiste 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.

Article.26. Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », l'orthoptiste bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
 - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
 - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire),
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
 - de la nature de la prestation,
 - du libellé de rejet.
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures,
 - régularisation de factures,
 - paiements ponctuels ou forfaitaires,
 - retenues ponctuelles après accord formel de l'orthoptiste.

Ce service va être prochainement ouvert aux orthoptistes.

Sous-Titre 2. La simplification des échanges entre les orthoptistes et l'assurance maladie

Article.27. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des orthoptistes un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients quel que soit leur régime d'assurance maladie.

Ces services sont accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les téléservices suivants en support des tâches et démarches administratives sont d'ores et déjà disponibles sur le portail Espace pro et permettent à l'orthoptiste d'accéder à des informations

administratives concernant leur activité : informations concernant les paiements effectués par l'Assurance Maladie, leur relevé d'activité (RIAP).

L'assurance maladie s'engage à développer cette offre de téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. Elle s'engage notamment à initier une réflexion en vue de réaliser des demandes d'accord préalable dématérialisées.

Article.28. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

L'assurance maladie s'engage à mettre en oeuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

De son côté, les professionnels et notamment les orthoptistes adhérant à la présente convention qui souhaite bénéficier de ces modalités d'échange privilégié communique leurs coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article.29. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

TITRE 5 - DISPOSITIONS SOCIALES

En application du 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les orthoptistes libéraux conventionnés selon les modalités suivantes :

Article.30. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Les orthoptistes libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L.722-4 du Code de la sécurité sociale.

La participation des caisses dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe III de la présente convention est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des orthoptistes, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les orthoptistes soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

Article.31. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

La participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les orthoptistes libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de la dite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les orthoptistes libéraux conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par décret.

Article.32. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement sur leur appel.

TITRE 6 - VIE CONVENTIONNELLE

Article.33. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article.34. La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies aux articles 39.1.1 et suivants.

Article.35. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision des organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux signataires de la convention au plus tard six mois avant leur date d'expiration, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les orthoptistes libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Article.36. Notification de la convention

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

Article.37. Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale :

- les orthoptistes précédemment placés sous le régime de la convention signée le 19 avril 1999 applicable aux orthoptistes libéraux à la date d'entrée en vigueur du présent texte, sont considérés tacitement comme y adhérant.
- les orthoptistes exerçant hors du régime de la convention signée le 19 avril 1999 à la date d'entrée en vigueur du présent texte et les professionnels s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande soit par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent, soit lors d'un rendez-vous de préparation à l'installation avec la caisse primaire d'assurance maladie. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article.38. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'orthoptiste qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. L'orthoptiste reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article.39. Instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative.

Article.39.1 La Commission Paritaire Nationale

Il est institué, entre les Parties Signataires, une Commission Paritaire Nationale composée paritairement.

Article.39.1.1. – Composition de la composition paritaire nationale

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale;
- de représentants des organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 4 représentants désignés par les organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les orthoptistes libéraux adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

La section sociale est composée de 4 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 2 représentants
- régime agricole : 1 représentant
- régime sociale des indépendants : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un orthoptiste exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe V de la présente convention.

Article.39.1.2. – Mise en place de la composition paritaire nationale

La CPN se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.39.1.3. – Rôle de la composition paritaire nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local en application de la convention.

La CPN délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins en orthoptie ;
- le suivi des expérimentations pour améliorer l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire mises en place dans les conditions définies à 3.2 ;
- les proposition d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en oeuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession.

En outre, la CPN :

- veille au respect des dispositions conventionnelles par les orthoptistes et les caisses au niveau local ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales ;
- suit les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes ;
- étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les orthoptistes et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés.
- recueille les résumés des travaux des CPR. Le secrétariat transmet ces résumés aux membres de la CPN

Article.39.2 Les Commissions paritaires régionales

Il est institué dans chaque région, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire régionale composé paritairement.

Article.39.2.1. – Composition de la composition paritaire régionale

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale;
- de représentants des organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 4 représentants désignés par les organisations syndicales représentatives des orthoptistes libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les orthoptistes libéraux adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les orthoptistes siégeant en CPR peuvent être installés dans d'autres départements ou régions que celles où sont implantées les CPR au sein desquelles ils siègent.

Section sociale

La section sociale est composée de 4 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 2 représentants
- régime agricole : 1 représentant
- régime sociale des indépendants : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un orthoptiste exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe V de la présente convention.

Article.39.2.2. – Mise en place de la composition paritaire régionale

La CPR se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.39.2.3. – Rôle de la composition paritaire régionale

La CPR délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention nationale par une concertation permanente sur le plan local entre les Caisses et les représentants des orthoptistes.
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- elle suit, le cas échéant, les expérimentations pour améliorer l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire, mises en place dans les conditions définies à l'article 3.2.
- elle émet un avis sur les situations individuelles de non-respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite à l'annexe VI de la présente convention ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux

Article.40. Le non respect des engagements conventionnels

Article.40.1 De l'examen des manquements

En cas de non-respect par l'orthoptiste des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie et notamment les dispositions conventionnelles, une procédure conventionnelle d'examen des manquements conventionnels ou réglementaires est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP) ;
- le non respect du droit à la dispense d'avance des frais défini dans le cadre de la présente convention
- le non-respect 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.

Article.40.2 Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Lorsqu'un orthoptiste ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut après mise en œuvre de la procédure prévue à l'annexe VI de la présente convention, encourir une des sanctions suivantes :

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux 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 de l'orthoptiste par la CPR.

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas dans le cas ci-après :

- la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois.
- interdiction temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), de pratiquer le DE, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non respect des règles encadrant la pratique du DE définies dans la présente convention.
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux.

Lorsqu'un orthoptiste est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un orthoptiste exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article.40.3 Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité

sociale en application du 3^{ème} alinéa de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la Caisse du lieu d'exercice de l'orthoptiste peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'annexe VI . Le préalable de l'avertissement décrit à l'annexe VI ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut exercer un recours en référé contre la décision du Directeur de Caisse devant le tribunal administratif.

Article.41. Des conséquences des sanctions ordinaires et des décisions juridictionnelles

Lorsque le conseil de l'Ordre des médecins ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un orthoptiste :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement,

l'orthoptiste se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinaire ou judiciaire ou de la mesure de liquidation judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la Caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues à l'article 40.2 de la présente convention.

Article.42. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte. Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 19 avril 2017

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Nicolas REVEL

Le Président du Syndicat National Autonome des orthoptistes
Laurent MILSTAYN

**ANNEXE I
TARIFS**

Les tarifs des honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

LETTRE-CLE	METROPOLE	DOM
AMY	2,60 €	2,72 €
Indemnité Forfaitaire de Déplacement	2,50 €	2,50 €
Majoration		
. Nuit	9,15 €	9,15 €
. Dimanche	7,62 €	7,62 €
Indemnité Kilométrique		
. Plaine	0,24 €	0,27 €
. Montagne	0,37 €	0,40 €
. A pied - A ski	1,07 €	1,07 €
Forfait pour l'évaluation de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient	33 €	33 €

ANNEXE II

COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES

Afin d'assurer une plus grande concertation entre partenaires en matière de hiérarchisation des actes, une commission de hiérarchisation des actes et des prestations d'orthoptie est mise en place en application de l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité Sociale.

a) Rôle de la commission

La commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations d'orthoptie pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des économistes.

b) Composition de la commission

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Sont membres avec voix délibérative:

Deux collèges comprenant autant de membres chacun:

- le collège professionnel composé de 4 membres titulaires et 4 membres suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives des orthoptistes ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres, titulaires et suppléants, que le collège professionnel;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux de la commission avec voix consultative:

- un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction générale de l'offre de soins (DGOS);
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le secrétariat de la commission est assuré par l'UNCAM.

c) Indemnisation des membres de la commission

Le Président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources et de frais de déplacement dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des orthoptistes pour la commission paritaire nationale.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le Président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le Président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

d) Règlement intérieur de la commission

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

ANNEXE III

MODALITES DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITE, DECES DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX CONVENTIONNES

La participation des caisses mentionnée aux articles 30 et suivants de la présente convention est calculée de la manière suivante :

1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés.

Un taux d'honoraires sans dépassements est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires liés à l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération des orthoptistes.

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des orthoptistes 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.

3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès.

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

ANNEXE IV – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES

Article 1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation, notamment les ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, l'orthoptiste s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par l'orthoptiste, et ce quel que soit le destinataire de règlement, se fait selon les modalités décrites à l'article 24.7 de la convention nationale.

L'orthoptiste s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

Article 2 - La pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'assurance maladie est désignée ci-après « 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 selon les principes définis à la présente annexe, l'orthoptiste se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'orthoptiste est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives de l'orthoptiste et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'orthoptiste s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

Article 3 - La numérisation des pièces justificatives

L'orthoptiste s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'orthoptiste s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, l'orthoptiste transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'un soin réalisé après une demande d'accord préalable, l'orthoptiste transmet de nouveau l'ordonnance numérisée à l'appui de la facturation du soin.

Article 4 - Délai de transmission des pièces justificatives

L'orthoptiste s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation que la facturation ait lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

Article 5 - La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent que, en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE

SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Article 6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, l'orthoptiste met tout en oeuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'orthoptiste transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure. Dans ce cas, aucune copie ne sera exigée.

De la non-réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'orthoptiste par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'orthoptiste transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies ci-dessus (cas de dysfonctionnement).

De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée trop blanche ;
- image numérisée trop noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ;
- décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type présignée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'orthoptiste les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans, ce cadre, il en avise l'orthoptiste dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'orthoptiste s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

Article 7- La valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'orthoptiste dans les conditions définies dans la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'orthoptiste, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 8 - La conservation des preuves et de la protection des données

L'orthoptiste conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées définies à la présente annexe, l'orthoptiste conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'orthoptiste s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'orthoptiste ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'orthoptiste et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

Annexe V – REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à la commission paritaire régionale visés aux articles 39.1 et 39.2 de la présente convention.

Article 1 Organisation de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales

Article 1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN et par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à cinq par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un orthoptiste, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la 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.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence.

Article 1.3. Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

La présidence de la commission sera assurée la première année du présent texte par le président de la section professionnelle.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal Officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 Délibérations

Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité 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.

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. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2. 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 nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est acté dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente 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 oeuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3 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 imparti.
- défaut de parité 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.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. 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 4 Groupe de travail pour la CPN et les CPR

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 50 AMY par séance et une indemnité de déplacement.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux orthoptistes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Les indemnisations des orthoptistes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

Annexe VI – PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN ORTHOPTISTE

Article 1 Procédure de sanction

Article 1.1 procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par un orthoptiste des dispositions de la présente convention lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

L'orthoptiste dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de 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, l'orthoptiste dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Article 1.2 Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPR

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que l'orthoptiste n'a pas modifié sa pratique, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations à l'orthoptiste concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPR.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement, l'orthoptiste a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés à l'orthoptiste, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

L'orthoptiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, l'orthoptiste peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et l'orthoptiste. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre de l'orthoptiste. Elle doit nécessairement aviser la CPR de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la Commission Paritaire Régionale. L'absence de signature de l'orthoptiste ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 1.3 Examen par la commission paritaire régionale

Lorsque les manquements reprochés à l'orthoptiste sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire régionale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit. Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations de l'orthoptiste ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé à l'orthoptiste pour présenter ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations de l'orthoptiste, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPR au moins quinze jours avant la réunion. L'orthoptiste est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, l'orthoptiste peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention et/ ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPR émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'annexe V de la présente convention sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé le cas échéant.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais, l'avis de la CPR est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPR est transmis à l'orthoptiste.

Article 1.4 Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPR rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose à l'orthoptiste et sa date d'application.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose l'orthoptiste pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après deux mois à compter de la date de notification.

La décision est alors exécutoire.

L'orthoptiste dispose des voies de recours devant les tribunaux administratifs conformément à l'article L. 162-34 du Code de la sécurité sociale.