

ENTRE

.....
Sis au
Représentée par en qualité de et dûment mandaté à cet effet,
Ci-après dénommé le *Médecin* ;

ET :

L'Association Santé-Pharma, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est à Paris (75009) 13 rue Ballu, déclarée à la Préfecture de police de Paris, sous le n° 85/2165, et publiée au Journal Officiel le 3 juillet 1985, dûment mandatée par ses membres - Porteurs de Risques et des Délégués de Gestion (ci-après dénommés AMC) et représentée par son Président, Monsieur Didier PERSYN,

Ci-après dénommée *SP santé*.

ONT CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet la mise en place d'une procédure de délégation de paiement à la charge des AMC membres de *SP santé*, visant à garantir, au *Médecin*, le remboursement des dépenses engagées par leurs assurés au titre de la dispense d'avance de frais dont ils bénéficient, dans les conditions et les limites décrites ci-après.

Article 2 : Champ d'application

Les AMC s'engagent à assurer le règlement, au *Médecin*, des prestations de soins dans le cadre des soins de ville réalisées par ce dernier au bénéfice de leurs assurés dans les conditions définies ci-dessous.

Prestations éligibles

La délégation de paiement porte sur les actes remboursables par le régime obligatoire qui ont fait l'objet d'une dispense d'avance de frais pour la partie relevant dudit régime, à l'exception :

- des actes soumis à entente préalable qui ont été refusés par la caisse de régime obligatoire de l'assuré ou de l'ayant droit
- des actes effectués hors du parcours de soins coordonné, qui font l'objet de la majoration de participation de l'assuré visée à l'article R 322-1-1 du code de la sécurité sociale (i.e. les actes pour lesquels s'applique la majoration de ticket modérateur pour non respect du parcours de soins).

Champ de la garantie

La délégation de paiement porte sur le montant de la part laissée à la charge de l'assuré ou de ses ayants droit après intervention du régime obligatoire, dans la limite du taux et de la base de calcul indiqués sur l'attestation d'assurance complémentaire. La base de calcul peut notamment être exprimée par référence au ticket modérateur, au tarif de responsabilité, au tarif de convention, ou à la dépense réelle. L'éventuelle part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une facture séparée remise à l'assuré.

Bénéficiaires

La délégation de paiement s'applique aux assurés et à leurs ayants droit, bénéficiant d'une garantie d'assurance complémentaire gérée auprès d'un AMC membre de *SP santé*. Ces bénéficiaires doivent figurer sur l'attestation d'assurance complémentaire normalisée SP santé dont le modèle est joint en annexe.

La liste des AMC membres de *SP santé* pratiquant le tiers payant avec les médecins est communiquée au *Médecin* lors de la confirmation de l'enregistrement de son adhésion. Elle fait l'objet de mises à jour périodiques consultables par le *Médecin* dans les conditions déterminées par l'annexe technique.

Article 3 : Engagement des parties

Les parties signataires s'engagent à développer l'envoi des demandes de remboursement par télétransmission, dans le but de supprimer, au plus tôt, les documents papier et d'accélérer les règlements.

Le bénéfice de la délégation de paiement implique, de la part du *Médecin*, le respect d'un certain nombre d'obligations découlant de la présente convention et de ses annexes – indissociables de celle-ci -, et notamment d'obligations techniques définies dans son annexe technique, dont le respect par le *Médecin* conditionne la mise en œuvre et l'application de la présente convention.

Dès lors que le *Médecin* a vérifié que l'attestation d'assurance complémentaire normalisée SP santé et que la carte d'assurance maladie (carte Vitale ou attestation) présentées par l'assuré sont **toutes deux à jour de droits**, les demandes de remboursement faisant l'objet d'une avance de frais éligibles au titre de la présente convention et de ses annexes, bénéficient d'une **garantie de paiement** par l'AMC ayant émis cette attestation.

L'AMC est responsable du paiement au *Médecin* de la dispense de frais dont a bénéficié son assuré ou ses ayants droit. En cas de litige, quelle qu'en soit la nature, l'AMC est juridiquement et financièrement seul responsable. *SP santé* et l'opérateur technique assurant la transmission des flux (« opérateur technique SP »), agissant en qualité de simples mandataires des AMC au sens des articles 1984 et suivants du Code Civil, doivent être tenus indemnes de toute demande ou réclamation relative au règlement d'une demande de remboursement.

Article 4 : Prise d'effet de la garantie - durée et résiliation de la convention

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée.

La délégation de paiement prend effet au plus tôt à réception par le *Médecin* de la confirmation de l'enregistrement de son adhésion.

La convention pourra être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties moyennant le respect d'un préavis de six mois.

Elle pourra également être résiliée de plein droit à tout moment par *SP santé* en cas de manquement grave du *Médecin* à ses obligations. La résiliation prend alors effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec avis de réception adressée par *SP santé* au *Médecin* concerné, préalablement mis en demeure de présenter ses observations.

En cas de modification des règles de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ou de modification substantielle du système de la Sécurité Sociale par des textes législatifs ou réglementaires, la présente convention pourra être modifiée ou supprimée sans préavis. Le *Médecin* en est alors immédiatement informé. Des modifications de la présente convention sont proposées par *SP santé*. A défaut, la convention est résiliée.

Article 5 : Contestation relative au règlement d'une demande de remboursement

En cas de contestation ou de trop perçu, le *Médecin* devra en aviser l'AMC dans un délai maximum de trois mois à compter de la date d'envoi de la facture relative à la prestation en cause.

De son côté, l'AMC peut, après en avoir informé le *Médecin*, procéder à tout contrôle afférent à un règlement qu'il a effectué dans les trois mois précédents.

Le *Médecin* et l'AMC s'engagent à faire leur affaire de tout litige ou contestation concernant une demande de remboursement ou un règlement.

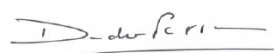
Fait à, le En deux exemplaires

Pour le Médecin

Nom et signature

Pour l'Association Santé-Pharma

M. Didier PERSYN



**NOTE TECHNIQUE DEFINISSANT LES MODALITES
DU DISPOSITIF DE DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS**

Cette annexe concerne le processus de délégation de paiement de la part complémentaire pour le *Médecin*.

SP santé met en œuvre une solution de centralisation des flux et des paiements pour le *Médecin*, pour tous les AMC l'ayant mandaté. L'opérateur technique qui centralise les flux de facturation et les flux de règlement pour le compte des AMC est désigné ci-après sous le terme Opérateur technique SP.

1 - Modalités d'application

Le bénéficiaire de la dispense d'avance de frais doit présenter au *Médecin* l'attestation d'assurance complémentaire normalisée SP santé accompagnée de sa carte d'assurance maladie (carte Vitale ou attestation d'assuré social) en cours de validité.

Le Médecin s'assure :

- que le bénéficiaire des soins est bien inscrit sur l'attestation d'assurance complémentaire,
- que l'assuré dispose bien de droits à tiers payant gérés par *SP santé* pour les soins dispensés par les médecins (mention « SP » dans la colonne MED ou MEDG),
- de la validité, à la date d'exécution de l'acte¹, de l'attestation d'assurance complémentaire,
- que les soins présentés au remboursement sont couverts par l'un et l'autre des régimes obligatoire et complémentaire, dans le cadre du risque maladie ou maternité,
- que l'assuré bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la part obligatoire,
- que les soins présentés au remboursement se situent dans le parcours soins coordonné, lorsque le respect de celui-ci conditionne le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire
- de la concordance des informations entre l'attestation d'assurance complémentaire et la carte d'assurance maladie,
- du taux d'exonération du Ticket Modérateur dont bénéficie le bénéficiaire au titre de l'acte considéré.

Le Médecin calcule le montant de la part complémentaire objet de la dispense d'avance de frais à partir du taux de prise en charge et de la formule de calcul indiqués sur l'attestation d'assurance complémentaire. En aucun cas le total des remboursements effectué par le régime obligatoire et le régime complémentaire ne peut excéder le montant de la dépense réelle engagée par l'assuré.

Le Médecin fait son affaire du règlement de la part du régime obligatoire qui sera effectué par l'organisme de régime obligatoire dont dépend l'assuré, et de l'éventuelle part restant à la charge de l'assuré² (après calcul de la part complémentaire). L'éventuelle part restant à la charge de l'assuré (après calcul de la part complémentaire) fera l'objet d'une facture séparée qui lui sera remise.

2 - Modalités de facturation et de règlement

Le Médecin établit et transmet les demandes de remboursement (papier ou électroniques) à l'opérateur technique SP lors de l'envoi des éléments de facturation au régime obligatoire et au plus tard dans un délai maximum d'un mois suivant cet envoi. Les demandes de remboursement, papier ou électroniques, doivent **obligatoirement** mentionner au minimum les éléments suivants :

- Identification de l'organisme complémentaire et du bénéficiaire (informations relevées sur l'attestation SP santé) :

- . Numéro d'Organisme Complémentaire,
- . Nom de l'Organisme Complémentaire (uniquement pour les demandes de remboursement papier),
- . Numéro INSEE de l'assuré,
- . Date et rang de naissance du bénéficiaire des soins,

¹ En cas de séries d'actes, la date de validité de l'attestation d'assurance complémentaire doit être contrôlée pour l'ensemble de la période de prestations.

² La franchise médicale visée à l'article L.332-2 III du code de la Sécurité sociale est incluse dans la part du régime obligatoire, elle n'est pas remboursée par l'AMC.

- . Numéro « d'adhérent »,
- . Nom et prénom du bénéficiaire des soins (uniquement pour les demandes de remboursement papier)
- Nature du risque

- Identifiant du Médecin :

- . Nom et Adresse du *Médecin*
- . Numéro ADELI d'identification du Médecin utilisé dans le cadre de la facturation (qui doit avoir été préalablement déclaré lors de l'adhésion du *Médecin* à *SP santé*).

- Demande de remboursement :

- . Numéro et date de la demande de remboursement
- . Total de la part du régime obligatoire, de la part à rembourser par l'organisme complémentaire, du reste à charge de l'assuré et de la dépense réelle.

- Pour chaque acte :

- . Date d'exécution des actes
- . Code des actes effectués, Coefficient, Prix Unitaire et Quantité
- . Le montant de la dépense réelle, le taux de participation du régime obligatoire, le montant du remboursement du régime obligatoire et le montant à rembourser par l'organisme complémentaire.

3. Modalités de transmission des demandes de remboursement

Deux modes de transmission des demandes de remboursement sont possibles : papier ou électronique.

Dans tous les cas, les demandes de remboursement, qu'elles soient papier ou électroniques, doivent être **adressées à l'opérateur technique SP** (en aucun cas celles-ci ne transitent par l'organisme de régime obligatoire)

Précisions concernant les demandes de remboursement électroniques :

La télétransmission des informations exonère le *Médecin* de l'expédition de tout élément papier, le règlement se fondant alors sur les éléments reçus par télétransmission. De même, l'AMC est exonéré dans ce cadre de toute édition de décompte papier vers le *Médecin*, l'opérateur technique SP procédant au "retour électronique de liquidation" tel que prévu par les normes en vigueur.

Les échanges de données électroniques entre le *Médecin* et l'opérateur technique SP pourront s'effectuer, au choix du *Médecin*, soit directement du *Médecin* vers l'opérateur technique SP, soit par l'intermédiaire d'un Organisme Concentrateur Technique (OCT) auquel le *Médecin* est abonné. L'OCT sélectionné doit satisfaire aux contraintes imposées par la CNIL aux OCT, notamment dans sa délibération n°93-053 du 15 juin 1993.

Les échanges électroniques entre le *Médecin* et l'opérateur technique SP doivent être conformes au cahier des charges SESAM-Vitale (les échanges entre les OCT et l'opérateur AMC seront définis dans un cahier de charges particulier). Pour cela, le *Médecin* doit disposer d'un logiciel agréé SESAM-Vitale version 1.40 et ultérieures et utiliser la table de convention et la table de regroupements dans les conditions prévues au point 5.

A défaut, si toutefois le *Médecin* dispose d'un logiciel capable d'émettre des flux à destination des AMC, la télétransmission peut être mise en œuvre après qu'une étude ait été effectuée et des tests réalisés pour établir les conditions de fonctionnement de cette télétransmission.

Ces modalités de fonctionnement peuvent changer avec l'évolution des cahiers des charges de SESAM-Vitale (évolution des normes, des réseaux, des cartes,... etc).

A des fins de contrôle (et quel que soit le mode de transmission choisi), le *Médecin* s'engage à conserver pendant 90 jours à compter de la date d'envoi, et à mettre à disposition des AMC, une copie, sous forme papier ou électronique, des éléments constitutifs des demandes de remboursement et des feuilles de soins.

4 – Règlement

Le règlement des demandes de remboursement au *Médecin* intervient :

- pour les demandes de remboursement électroniques, dans un délai moyen de 6 jours ouvrés (par référence au calendrier bancaire) à réception des demandes de remboursement par l'opérateur technique SP. Pour être prises en compte dans la journée, les demandes de remboursement doivent avoir été reçues par l'opérateur technique avant 19 heures ;
- pour les demandes de remboursement papier, dans un délai moyen de 20 jours ouvrés (par référence au calendrier bancaire) à réception des demandes de remboursement par l'opérateur technique SP.

Le *Médecin* reçoit un bordereau retour (papier ou électronique selon le circuit de transmission choisi par lui) précisant les demandes de remboursement acceptées en règlement, et, éventuellement, les demandes de remboursement rejetées, accompagnées d'un motif de rejet. Le paiement des demandes de remboursement acceptées en règlement est effectué par

virement globalisé sur le compte préalablement indiqué par le *Médecin* lors de la procédure d'adhésion à la présente convention.

5 - Diffusion des listes et gestion des tables de conventions et de regroupement

Le *Médecin* peut consulter la liste des AMC membres de *SP santé* pratiquant le tiers payant dans son domaine d'activité sur le site Internet : www.spsante.fr. **Le *Médecin* s'engage à paramétrer ces AMC dans son système d'information.** Pour bénéficier de la télétransmission dans le cadre de SESAM-Vitale, le *Médecin* doit mettre à jour les éléments des tables de conventions (table de convention et table de regroupement) tels que définis par le cahier des charges de la version SESAM-Vitale en vigueur.

Le *Médecin* s'engage à maintenir à jour son système SESAM-Vitale, et en particulier les référentiels de convention et de tarification de la part complémentaire.

