

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 24 juin 2022 portant extension d'application de la convention nationale organisant les rapports entre les opticiens délivrant des produits et prestations inscrits au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et l'assurance maladie

NOR : SPRS2218742A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et la ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4362-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-1 et L. 165-6 ;

Vu la convention conclue le 14 octobre 2003 entre, d'une part, les caisses nationales d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération nationale des opticiens de France et l'Union nationale de l'optique mutualiste ;

Vu l'avis du comité économique des produits de santé en date du 13 avril 2022,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale, la convention nationale organisant les rapports entre les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 4361-1 du code de la santé publique délivrant des produits et prestations inscrits au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté et conclue le 31 mars 2021 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, la Fédération nationale des opticiens de France, le Rassemblement des opticiens de France et le Syndicat national des opticiens mutualistes, est rendue applicable à l'ensemble des professionnels de santé mentionnés à l'article L. 4362-1 du code de la santé publique.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 24 juin 2022.

*La ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

Le directeur général de la santé,

J. SALOMON

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

CONVENTION NATIONALE

**entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,
l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
et les organisations professionnelles représentant les opticiens**

Conclue entre

- l'Union nationale des caisses d'assurance maladie représentée par son directeur général,
- l'Union nationale des organismes complémentaire d'assurance maladie représentée par son président,
- la Fédération nationale des opticiens de France représentée par son président,
- le Rassemblement des opticiens de France représenté par son président,
- le Syndicat national des opticiens mutualistes représenté par sa présidente.

Table des matières

Préambule

Titre I : CHAMP DE LA CONVENTION

- Article 1 : Partenaires conventionnels
- Article 2 : Objet de la convention
- Article 3 : Bénéficiaires de la convention

Titre II : ADHÉSION DE L'OPTICIEN À LA CONVENTION NATIONALE

- Article 4 : Identification préalable
- Article 5 : Volontarisme de l'adhésion
- Article 6 : Eligibilité au conventionnement
- Article 7 : Situations d'exercice
- Article 8 : Modalités de reconnaissance de l'adhésion
- Article 9 : Changements intervenant dans la situation ou dans l'activité de l'opticien
- Article 10 : Résiliation de l'adhésion de l'opticien à la convention
- Article 11 : Respect par l'opticien de ses engagements
- Article 12 : Référencement des opticiens par l'assurance maladie

Titre III : CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX D'OPTIQUE

- Article 13 : Cadre général de l'exercice professionnel
- Article 14 : Procédés de communication et d'information des assurés
- Article 15 : Présence d'un professionnel opticien sur le lieu d'exercice
- Article 16 : Libre choix de l'assuré
- Article 17 : Prise en charge du patient par l'opticien
- Article 18 : Bonnes pratiques
- Article 19 : Traçabilité des produits
- Article 20 : Renouvellement des équipements d'optique par l'opticien
- Article 21 : Téléservice sécurisant le renouvellement des équipements d'optique
- Article 22 : Nécessité d'une formation professionnelle continue adaptée
- Article 23 : Assurances souscrites par l'opticien

Titre IV : SUIVI DE L'APPLICATION DU DISPOSITIF « 100 % SANTÉ »

- Article 24 : Respect des prix limites de vente
- Article 25 : Couverture du panier 100 % santé

Titre V : FACTURATION, TRANSMISSION DES ORDONNANCES ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Sous-titre I : PRINCIPES GÉNÉRAUX DE FACTURATION

- Article 26 : Dispense d'avance des frais
- Article 27 : Modalités de facturation des dispositifs médicaux d'optique
- Article 28 : Engagements ayant trait à la complémentaire santé solidaire
- Article 29 : Prise en charge des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- Article 30 : Motivation des refus de prise en charge

Sous-titre II : FACTURATION EN SESAM-VITALE

- Article 31 : Principe de la facturation en SESAM-Vitale
- Article 32 : Exigence d'adaptation des équipements informatiques
- Article 33 : Moyens à mettre en oeuvre
- Article 34 : Établissement des feuilles de soins électroniques
- Article 35 : Traitement des incidents
- Article 36 : Retours d'information

Sous-titre III : TRANSMISSION DES ORDONNANCES

- Article 37 : Tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale
- Article 38 : Tri et transmission des ordonnances numérisées (dispositif SCOR)
- Article 39 : Définition de la pièce numérique
- Article 40 : Qualité de la pièce numérique
- Article 41 : Conditions techniques de télétransmission des ordonnances
- Article 42 : Convention de preuve
- Article 43 : Conservation des preuves et de la protection des données

Sous-titre IV : AIDE À LA TÉLÉTRANSMISSION SÉCURISÉE

Article 44 : Modalités d'attribution des aides

Article 45 : Montant et octroi des aides

Titre VI : SUIVI DE L'APPLICATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL**Sous-titre I : COMMISSION PARITAIRE NATIONALE**

Article 46 : composition de la Commission paritaire nationale

Article 47 : Fonctionnement de la Commission paritaire nationale

Article 48 : Rôle de la Commission paritaire nationale

Sous-titre II : COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE

Article 49 : Composition de la commission paritaire régionale

Article 50 : Fonctionnement de la commission paritaire régionale

Article 51 : Non respect des engagements conventionnels par l'opticien

Article 52: Sanctions conventionnelles

Article 53 : Publicité des sanctions conventionnelles

Article 54 : Incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle

Article 55 : Continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Titre VII : RÈGLES PARTENARIALES GÉNÉRALES

Article 56 : Entrée en application de la convention

Article 57 : Règles de représentation professionnelle présidant au partenariat conventionnel

Article 58 : Retrait d'une partie de la convention

Article 59 : Résiliation de la convention

ANNEXES

ANNEXE 1a : Formulaire d'adhésion à la convention nationale

ANNEXE 1b : Courrier-type d'information de la caisse par l'entreprise

ANNEXE 2 : Organismes gestionnaires de la convention en métropole

ANNEXE 3 : Liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques

ANNEXE 4 : Modalités de sécurisation et d'envoi des FSE

Préambule

La présente convention organise les relations entre l'assurance maladie obligatoire et les opticiens délivrant des dispositifs médicaux inscrits au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ci-après désignée par ses initiales communément admises : LPP.

L'application de l'ensemble des dispositions qu'elle contient s'inscrit dans le cadre plus large d'un strict respect des obligations légales et réglementaires régissant :

- les conditions d'exercice et les règles de bonne pratique devant présider à la réalisation des équipements d'optique médicale, notamment déterminées par les articles L.4362-1 et suivants du code de la santé publique, et en toutes circonstances dans l'intérêt de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap ;
- les modalités de délivrance des produits et prestations définies, notamment en ce qui concerne les critères temporels et économiques conditionnant l'exécution des prescriptions médicales, par les articles R. 165-36 à R. 165-44 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de définir les conditions d'un exercice professionnel offrant toute garantie aux bénéficiaires des organismes d'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires santé :

- d'information et de traçabilité en matière de délivrance et d'adaptation des équipements optiques, conformément à l'article L.165-9 du code de la sécurité sociale ;
- de qualité des prestations dans le secteur de l'optique médicale délivrées aux bénéficiaires de ces mêmes organismes.

Le développement de la formation professionnelle des opticiens leur semble indispensable pour permettre à ceux-ci d'assumer pleinement leur mission de professionnels de santé.

Elles soulignent l'exigence d'un comportement professionnel et éthique, exempt d'incitation à la prescription.

Elles partagent la nécessité de favoriser :

- l'accès des personnes subissant un déficit visuel à un appareillage adapté à leur besoin et de concourir notamment, dans ce but, au développement des dispositifs exonérant ces personnes d'un reste à charge financier : CSS, 100 % santé, AME.
- l'amélioration de l'accès aux soins visuels en favorisant notamment la coopération entre les opticiens et les autres professionnels de santé ;

- le développement des outils et systèmes d'information permettant aux opticiens d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée des patients en encourageant notamment le recours au dossier médical personnel (DMP), au traitement de la e-prescription par les opticiens et à la messagerie sécurisée.

Elles s'accordent sur l'importance du dialogue pour moderniser et simplifier les échanges entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires santé et les opticiens, notamment par la dématérialisation et la sécurisation des procédures de facturation des produits et prestations dans le respect de chacune des parties.

TITRE I

CHAMP DE LA CONVENTION

Article 1^{er}

Partenaires conventionnels

La présente convention régit les rapports partenariaux entre :

- au niveau national :
 - les organisations nationales syndicales représentant les opticiens,
 - l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),
 - l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM),
- et aux niveaux local et régional :
 - les représentants régionaux désignés par les organisations nationales syndicales signataires appelés à défendre les intérêts des opticiens ;
 - et les organismes de l'assurance maladie obligatoire qui ont en charge les intérêts des assurés affiliés à leur régime respectif ;
- ainsi que lesdits opticiens qui ont choisi de placer leur activité sous le régime organisé par la convention ;

Est désigné par la présente convention comme « opticien » la personne morale qui délivre des dispositifs médicaux inscrits au chapitre 2 du titre II de la LPP et qui facture ses prestations aux organismes d'assurance maladie obligatoire conformément aux textes régissant son exercice et aux présentes dispositions conventionnelles.

Le professionnel diplômé habilité à exercer la profession d'opticien, qu'il soit salarié ou dirigeant, est appelé ci-après le « professionnel opticien ».

Est ci-après qualifié d'« organisme gestionnaire de la convention » l'organisme d'assurance maladie chargé de l'animation des relations entre les partenaires conventionnels dans chaque circonscription régionale. L'annexe 2 de la présente convention recense les 12 organismes visés et leurs circonscriptions régionales de compétence en métropole, en plus des départements et régions d'outre-mer.

Est désigné ci-après comme « organisme de rattachement » l'organisme d'assurance maladie du régime général dans le ressort duquel l'opticien est installé et auprès duquel il demande son adhésion à la convention.

Les parties reconnaissent qu'aucune convention non conforme au présent dispositif et non validée par la Commission paritaire nationale créée par l'article 41 de la présente convention ne peut régir les rapports entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les opticiens.

Article 2

Objet de la convention

L'objet de la présente convention nationale est de :

- organiser les rapports entre l'assurance maladie obligatoire et les opticiens de manière à satisfaire aux exigences d'efficacité des soins, de transparence des conditions de dispensation des prestations et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ;
- déterminer les modalités pratiques de mise en place du dispositif « 100 % santé » ;
- définir les conditions de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais par l'assurance maladie obligatoire pour les dispositifs médicaux inscrits au chapitre 2 du titre II de la LPP, outre la dispense d'avance des frais garantie aux personnes relevant de dispositifs de tiers payant instaurés par le législateur : affections de longue durée, maternité, complémentaire santé solidaire, aide médicale d'État, accidents du travail et détention ;
- arrêter les principes et modalités permettant la dématérialisation des circuits de facturation entre les opticiens et l'assurance maladie obligatoire par la mise en œuvre des dispositifs SESAM-Vitale et Acquisition des droits en ligne intégrée (ADRI), ainsi que le développement de la scannérisation des ordonnances (SCOR) ;
- mettre en œuvre un suivi régulier des facturations établies à l'occasion de renouvellements ;
- déterminer les modalités d'échange d'informations à caractère économique entre les partenaires conventionnels en favorisant notamment la communication et l'examen en commun des résultats des traitements automatisés des données du codage des produits et prestations inscrits à la LPP.

Article 3

Bénéficiaires de la convention

La présente convention est applicable à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, par les dispositifs de la Complémentaire santé solidaire et par celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE II

ADHÉSION DE L'OPTICIEN À LA CONVENTION NATIONALE

Article 4

Identification préalable

Paragraphe 1

Identification de l'activité en optique

Les prestations de l'opticien ne peuvent pas être présentées au remboursement des organismes de l'assurance maladie obligatoire s'il n'a pas été préalablement enregistré au Fichier national des professions de santé et si un identifiant de facturation ne lui a pas été délivré par son organisme de rattachement.

Pour des raisons tenant aux spécificités de l'organisation de l'activité des opticiens, un numéro identifiant est attribué à chaque magasin d'opticien, qu'il s'agisse d'un établissement principal ou secondaire, par l'organisme de rattachement du magasin considéré.

L'opticien déjà détenteur d'identifiants de facturation délivrés par les organismes de rattachement pour chacun de ses magasins avant l'entrée en vigueur de la présente convention les conserve et est donc dispensé de formuler une nouvelle demande.

L'opticien nouvellement installé demande à être identifié par son organisme de rattachement. Il fournit dans ce but :

- une copie de l'attestation d'enregistrement au répertoire national ADELI délivrée par l'Agence régionale de santé dont il dépend, pour chacun des professionnels opticiens exerçant en son sein, gérants et salariés,
- l'extrait *Kbis* sur lequel figure le magasin, s'agissant des entreprises, ou l'attestation SIRET délivrée au centre par l'INSEE, s'agissant des centres mutualistes ;

Dès lors que le dossier est complet, l'organisme de rattachement dispose d'un délai maximal de 30 jours, à compter de la date de réception de la demande, pour notifier à l'opticien son identifiant de facturation.

Paragraphe 2

Identification des activités secondaires

Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas à la date d'entrée en vigueur de la présente convention. Dans un délai de 12 mois suivant cette date, les parties signataires élaborent les solutions techniques adaptées aux systèmes informatiques de tous les acteurs concernés et permettant l'application de ces dispositions.

Les mêmes modalités s'appliquent aux sites internet pure player. Dans l'attente de cette évolution, l'opticien exerçant exclusivement par internet sollicite son identification par l'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun notamment prévues par la présente convention.

Lorsque l'ouverture d'un site internet ne donne pas lieu à la naissance d'une nouvelle entité juridique et prolonge l'activité d'un magasin d'optique ouvert au public, l'opticien n'est appelé à solliciter ni une nouvelle identification de l'assurance maladie obligatoire ni un nouveau conventionnement.

L'opticien qui développe une activité relevant d'une autre spécialité est dispensé d'obtenir un identifiant distinct. Il informe l'organisme de rattachement de cette extension de son activité par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximal d'un mois avant qu'il ne transmette sa première feuille de soins dans ce même champ. Il utilise dans ce but le courrier type figurant à l'annexe 1b auquel il joint l'éventuelle attestation ADELI délivrée par l'Agence régionale de santé qui a enregistré le titre de compétence du personnel auquel est confié l'exercice professionnel correspondant à cette activité secondaire.

Article 5

Volontarisme de l'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met la convention et ses éventuels avenants à disposition des opticiens sur son site internet : www.ameli.fr.

L'opticien précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention. Dans ce cas, il le fait savoir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme de rattachement.

L'opticien non conventionné qui souhaite devenir adhérent en fait la demande en adressant à l'organisme de rattachement, par lettre recommandée avec accusé de réception, le formulaire d'adhésion figurant à l'annexe 1a de la convention. Son adhésion est effective à la date à laquelle la caisse la lui notifie dans les conditions de l'article 8.

En cas de conclusion d'un avenant à la présente convention, l'opticien qui en refuse les termes renonce au bénéfice de la présente convention dans son intégralité. Il adresse à l'organisme de rattachement dans le ressort duquel il est implanté un courrier recommandé avec accusé de réception l'en informant, dans les conditions prévues à l'article 10 de la présente convention. Une copie de ce courrier est adressée par l'organisme de rattachement aux autres organismes locaux relevant de l'UNCAM.

Article 6

Eligibilité au conventionnement

Ne peuvent adhérer à la présente convention que les personnes morales dont l'activité, exercée à titre principal ou non, consiste à délivrer, en magasin, sur internet ou de manière itinérante, tout ou partie des équipements d'optique médicale, ainsi que les éventuelles personnes morales gestionnaires de centres mutualistes :

- qui s'engagent à mettre en œuvre l'ensemble des moyens susceptibles de garantir le strict respect des règles d'exercice et des règles de délivrance conditionnant la prise en charge de ces produits, en veillant notamment à ce que la formation et la compétence de leurs personnels salariés soient conformes aux obligations réglementaires, en tenant compte de leurs évolutions, et aux impératifs de qualité définis par les règles de prise en charge ;
- qui disposent de locaux d'activité installés, agencés et équipés conformément aux normes fixées par les textes applicables et à l'article 13, sous réserve des dispositions de l'article 7 paragraphe 3.

Un établissement non doté de la personnalité juridique, telle qu'une succursale, ne peut adhérer à la présente convention indépendamment de la personne morale dont il dépend.

Par principe, les opticiens appelés à facturer des produits ou prestations à l'assurance maladie obligatoire s'engagent à connaître et respecter les dispositions des conventions couvrant leurs activités. Ainsi, lorsque l'activité en optique est développée par une entreprise déjà placée sous le régime d'une autre convention au titre d'une autre activité, ladite entreprise dépose une demande d'adhésion conforme à l'annexe 1a, fournit le certificat de conformité ainsi que les attestations ADELI des professionnels opticiens pour facturer en tiers payant les prestations d'optique qu'elle dispense. De même, elle est réputée connaître et appliquer l'ensemble des textes légaux et réglementaires présidant à la profession d'opticien.

De la même manière, lorsque l'opticien développe une activité relevant d'un autre dispositif conventionnel dans le champ de la LPP, il est réputé connaître et respecter la totalité des dispositions de celui-ci.

Article 7

Situations d'exercice

Paragraphe 1

Pluralité des locaux

L'activité de l'opticien peut s'exercer dans différents locaux d'accueil des assurés (magasins, points de vente...) inscrits au registre du commerce.

On entend par local la résidence professionnelle de l'opticien correspondant à un établissement destiné à recevoir du public au sens de la réglementation et bénéficiant d'un bail commercial.

Toute ouverture de local destiné à une pratique professionnelle entrant dans le champ de la convention est déclarée à l'organisme de rattachement. Chaque local se conforme aux conditions d'installation et d'équipement prévues par la convention.

Dans le cas où l'opticien possède différents locaux dans une circonscription régionale répertoriée à l'annexe 2, il détermine librement un magasin référent au titre duquel il entend formaliser son adhésion conventionnelle pour l'ensemble des magasins ou points de vente qu'il possède dans la même circonscription régionale. Il ne dépose qu'une seule demande d'adhésion conventionnelle auprès de l'organisme de rattachement dans la circonscription duquel le magasin référent est situé mais il signale à cet organisme la totalité de ses magasins ou points de vente dans cette circonscription et, le cas échéant, son activité itinérante ou sur internet.

Lorsqu'il demande l'adhésion pour un local déterminé, l'opticien indique s'il a déjà obtenu une adhésion conventionnelle au titre d'un local situé dans une autre circonscription régionale.

Dans les cas où l'opticien possède des locaux d'exercice ouverts au public dans plusieurs circonscriptions régionales recensées à l'annexe 2, il demande son adhésion à la convention dans chacune d'entre elles, en déterminant chaque fois le site référent au titre duquel cette adhésion est formalisée et en signalant chaque fois à l'organisme de rattachement l'ensemble des locaux où il mène son activité dans la circonscription concernée.

Chaque ouverture de local postérieure à l'adhésion conventionnelle de l'opticien fait l'objet d'une déclaration de la part de ce dernier à l'organisme de rattachement dans un délai de 30 jours suivant la date d'attribution du numéro SIRET par l'INSEE.

Les parties étudient, à l'occasion de leurs travaux au sein des instances partenariales mises en place conformément aux articles 46 et 49, les nécessaires évolutions à promouvoir pour que les modalités d'identification dans le secteur de l'optique reposent à terme sur le double critère de droit commun à la LPP : attribution à chaque entité personnifiée juridiquement dans un périmètre régional.

Paragraphe 2

Exercice itinérant de l'activité

L'opticien dont tout ou partie de l'activité est exercée en dehors de son local, comme la législation l'y autorise, n'est exempté d'aucune condition d'installation, d'équipement et de déclaration de ses locaux professionnels définie par le code de la santé publique et par la présente convention.

En application du code de la santé publique, l'opticien peut procéder à la délivrance des lentilles oculaires correctrices et verres correcteurs au domicile des patients. Les interventions en entreprises ou dans un lieu public, notamment via l'utilisation de véhicules, ne sont pas autorisées par la réglementation en vigueur.

En revanche, l'examen de la réfraction ne peut pas être réalisé en dehors du magasin de l'opticien, hormis dans le cadre d'expérimentations menées sous l'égide des pouvoirs publics.

Paragraphe 3

Vente par internet

Dès lors qu'un site de vente par internet se conforme strictement aux conditions légales de compétence et d'exercice de l'activité d'opticien, de mise sur le marché et de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique par l'assurance maladie obligatoire et qu'il satisfait bien à l'obligation d'identification mentionnée à l'article 4, il peut prétendre s'engager sur les termes de la présente convention.

Les numéros ADELI des professionnels opticiens exerçant pour la structure qui leur ont été attribués par l'Agence régionale de santé apparaissent de façon lisible et compréhensible sur le site.

Le site fait ressortir notamment :

- l'obligation de remise d'un devis,
- les heures et les jours pendant lesquels le professionnel opticien délivre, à la demande du patient et à titre gratuit, un conseil pertinent, ciblé, approprié et individualisé,
- le délai de conservation des données afférentes à la transaction,
- le prix de vente des verres, montures et traitements...

Le site permet à chacun de ses patients de créer un espace personnel sécurisé affecté aux transactions et permettant à ceux-ci de demander des conseils que seuls les professionnels opticiens du site peuvent dispenser.

Le renouvellement d'un équipement d'optique avec adaptation de la prescription n'est pas autorisé en ligne.

Article 8

Modalités de reconnaissance de l'adhésion

Le formulaire d'adhésion mentionné à l'article 4 ne peut pas être traité par l'organisme de rattachement si tous ses champs n'ont pas été renseignés.

La reconnaissance de l'adhésion conventionnelle par l'organisme de rattachement ne peut intervenir qu'après vérification par tout moyen du respect par l'opticien de ses conditions réglementaires et conventionnelles d'installation et d'exercice. Elle est notifiée par ce même organisme, au plus tard dans le délai de 30 jours suivant l'envoi du formulaire rempli par l'opticien, à celui-ci, ainsi qu'aux organismes locaux des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

Article 9

Changements intervenant dans la situation ou dans l'activité de l'opticien

Paragraphe 1

Situations nécessitant une nouvelle adhésion

Tout changement impactant la continuité de la personnalité morale de l'opticien motive le dépôt et l'instruction d'une nouvelle demande d'adhésion ; notamment en cas de :

- fusion de deux entreprises ;
- rachat de l'établissement référent par une autre personne morale ;
- changement d'établissement référent, au sens de l'article 7, dès lors qu'il est situé dans le ressort d'un autre organisme de rattachement auquel la nouvelle demande d'adhésion doit alors être adressée.

Durant cette période transitoire d'instruction de la demande par l'organisme de rattachement, l'adhésion initiale est maintenue de façon provisoire.

L'organisme de rattachement procède à la reconnaissance de l'adhésion conventionnelle de l'opticien au vu de ses nouvelles conditions d'exercice, ainsi qu'à la notification de cette reconnaissance à l'opticien lui-même et aux autres organismes de son ressort géographique selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 8 de la convention.

Parallèlement, l'enregistrement de l'opticien au fichier national des professions de santé et son identification sont actualisées.

Paragraphe 2

Situations ne nécessitant pas une nouvelle adhésion

L'opticien est dispensé de l'obligation de déposer une nouvelle demande d'adhésion lorsque :

- il cesse son activité dans un magasin autre que le magasin référent ;
- il développe son activité dans un nouveau magasin.

Toutefois, dans chacun de ces cas, il informe l'organisme de rattachement dans un délai de 30 jours.

En cas de changement d'adresse, qu'il concerne le magasin référent au titre duquel l'adhésion conventionnelle a été faite ou un autre magasin situé dans la même circonscription régionale, l'opticien en avise l'organisme de rattachement dans un délai maximal de 30 jours à compter de l'ouverture de l'établissement à la nouvelle adresse.

En cas de changement de raison sociale, l'opticien en avise l'organisme de rattachement dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date à laquelle ce changement est effectif.

L'opticien garde la possibilité d'informer à tout moment l'organisme de rattachement de son souhait de changer son magasin référent, dès-lors que le magasin choisi est situé dans la circonscription du même organisme de rattachement et lui a déjà été déclaré conformément à l'article 7.

Article 10

Résiliation de l'adhésion de l'opticien à la convention

Tout opticien garde la possibilité de résilier son adhésion à la convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de 30 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Il se place ainsi hors régime conventionnel mais reste habilité à formuler, à tout moment, une nouvelle demande d'adhésion.

En cas de cessation de son activité, l'opticien en avise son organisme de rattachement. Son conventionnement est alors résilié.

Article 11

Respect par l'opticien de ses engagements

En adhérant à la présente convention et en signant le formulaire mentionné à l'article 4, l'opticien s'engage à respecter l'ensemble des dispositions de la présente convention, l'ensemble de la réglementation en vigueur et notamment les obligations procédant de la réglementation du code de la santé publique et de tout texte ayant trait à son exercice professionnel, ainsi que de la nomenclature du chapitre 2 du titre II de la LPP.

Article 12

Référencement des opticiens par l'assurance maladie

L'organisme gestionnaire de la convention recueille auprès des organismes de rattachement, une fois par an, les informations nécessaires à la mise à jour d'un fichier des opticiens ayant adhéré à la convention dans sa circonscription. Ce fichier est accessible aux organisations et organismes signataires de la convention.

Ce fichier est tenu à la disposition des bénéficiaires des régimes d'assurance maladie obligatoire et peut être consulté par tous moyens de télécommunication dès lors que ces moyens ont été mis en œuvre par l'organisme gestionnaire de la convention.

A partir de l'ensemble des fichiers qui lui sont transmis par les organismes gestionnaires de la convention, l'UNCAM constitue un référentiel national des opticiens consultable sur le site www.ameli.fr. La situation de chaque opticien au regard de la vie conventionnelle est précisée. Ce référentiel est téléchargeable sous forme de fichier.

TITRE III

CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX D'OPTIQUE

Article 13

Cadre général de l'exercice professionnel

1° Aménagement et équipement des locaux professionnels

La notion de local ci-après utilisée désigne l'espace que l'opticien affecte à son activité professionnelle d'accueil des patients, de réalisation des examens de la réfraction nécessaires à l'équipement de ces derniers et de délivrance, d'adaptation, d'entretien et de réparation des équipements.

Les locaux de l'opticien répondent aux exigences fixées par les textes applicables en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

L'opticien dispose d'un matériel spécifique destiné aux tests d'évaluation :

- des lunettes et une boîte d'essais (sphère -16.00 à +16.00 et cylindre de 4.00) pour la mise en situation d'usage. La mise en situation d'usage est réalisée par le professionnel opticien et consiste à faire essayer à

- l'assuré la correction prescrite, en tenant compte de l'usage que ce dernier en fera : utilisation constante ou occasionnelle, vision de loin, de près ou intermédiaire, utilisation adaptée aux situations habituelles de vision ;
- un tableau d'optotype ou un projecteur de test ou tout autre système permettant d'apprécier la performance visuelle.

Les locaux permettent la confidentialité nécessaire à la dispensation de conseils au patient et offrent des conditions d'essayage des équipements adaptées, par exemple par un marquage au sol.

L'opticien dispose d'un atelier. Que cet atelier soit attenant à la surface de vente ou centralisé, tous les montages doivent être effectués sous le contrôle d'un professionnel opticien. Cet atelier doit notamment être équipé de tout le matériel d'usinage et de contrôle nécessaire à la réalisation des équipements d'optique médicale.

2° Espace réservé aux examens de la réfraction

L'opticien déterminant la réfraction reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie, dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées par la personne lors de l'examen optique. Les locaux sont équipés de manière à préserver l'intimité et le confort du patient.

Cet espace est :

- adapté à la parfaite réalisation de l'examen et garantisse une discrétion visuelle et phonique satisfaisante, dans des conditions d'hygiène optimales ;
- équipé d'un matériel permettant d'évaluer les capacités de vision de loin et de vision de près, de type lunette d'essai ou réfractomètre, éventuellement d'un autoréfractomètre, sachant cependant que l'examen de réfraction ne peut être considéré comme se limitant à l'usage du seul réfractomètre automatique.

Article 14

Procédés de communication et d'information des assurés

Les parties conviennent de la nécessité de garantir aux assurés la qualité des prestations qui leur sont servies par les opticiens. Dans ce but, ces derniers peuvent recourir à des procédés de communication à finalité informative permettant d'éclairer le choix des assurés et de les placer en situation d'obtenir des équipements d'optique médicale parfaitement adaptés à leurs besoins.

1° L'opticien s'oblige, pour toute forme de communication, quel que soit le support utilisé, ou quels que soient les procédés mis en œuvre, à ne pas inciter les assurés à une consommation non médicalement justifiée. Il est tenu de respecter les règles applicables en matière de publicité relative aux dispositifs médicaux établies par le code de la santé publique ainsi que les règles applicables aux pratiques commerciales encadrées par le code de la consommation.

L'opticien s'abstient notamment de toute allégation mensongère et autres pratiques commerciales trompeuses, ou plus largement, déloyales.

Il s'engage à communiquer de manière neutre et objective, en particulier sur l'offre 100% Santé pour laquelle il pourra se référer à l'action des pouvoirs publics ou indiquer la disponibilité de l'offre dans son magasin.

2° L'opticien ne peut communiquer auprès du public sur sa capacité à réaliser un examen de la réfraction que dans son local d'exercice et dans un but informatif. Il s'abstient de faire de cette capacité un argument exclusivement commercial.

3° Il s'interdit :

- la sollicitation de prescriptions de fournitures d'optique médicale remboursables par des moyens tels que le prêt ou le financement gratuit de matériel de diagnostic ;
- l'établissement de prescriptions préremplies en vue de leur remise aux prescripteurs ;
- l'encouragement, gratuit ou en échange d'avantages en nature ou en espèces, de la prescription ou du renouvellement d'une prestation ;
- la rémunération ou l'indemnisation, sous quelque forme que ce soit, de praticiens ou d'auxiliaires médicaux exerçant en établissement de soins ou ayant une activité libérale ; hormis, d'une part, pour les activités de conseil, de coordination ou de formation et, d'autre part, dans tous les cas prévus par les articles L.4113-6 et 4113-8 du code de la santé publique ;
- les opérations promotionnelles faussement présentées comme des actions de dépistage, hormis celles initiées, notamment, dans le cadre d'actions d'éducation à la santé susceptibles d'être menées en application de la présente convention ;
- le versement de remises ou ristournes à un intermédiaire dont l'activité n'est pas celle d'opticien.

La publicité pour les équipements d'optique médicale, dispositifs médicaux de classe IIa, n'est pas soumise à autorisation préalable, conformément aux articles L. 5213-1 et L. 5213-3 du code de la santé publique.

L'opticien peut délivrer une information neutre et objective sur ses modalités d'exercice, destinée à faciliter l'accès aux soins, sans chercher à se valoriser particulièrement. Ainsi, toute action de communication ou d'information à caractère objectif et à finalité scientifique, préventive ou pédagogique est permise dans la mesure où elle fait usage de données confirmées.

En ce qui concerne la mise en œuvre du dispositif « 100% santé », l'opticien informe le public, de manière neutre et objective, qu'il applique le dispositif « 100% santé ».

Le contrôle de cette publicité est effectué a posteriori par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qui peut, en cas de non-respect de la réglementation, imposer une mise en conformité et, le cas échéant, mettre en demeure l'opticien concernée de retirer la publicité (article L. 5213-5 du code de la santé publique).

Article 15

Présence d'un professionnel opticien sur le lieu d'exercice

L'exercice de l'activité exige la présence effective et permanente d'au moins un professionnel opticien à toutes les heures d'ouverture du local professionnel au public. Aucune vente d'équipement d'optique médicale n'est possible en l'absence de personnel habilité à l'exercice de la profession sur le point de vente, y compris quand celui-ci est un site internet ou en cas d'activité itinérante.

L'opticien veille donc à employer, en conformité avec les règles du droit du travail, un nombre de professionnels opticiens salariés requis par l'amplitude horaire d'ouverture de son local professionnel.

Conformément aux textes en vigueur, ceux-ci portent un badge signalant leur qualité de professionnels opticiens auprès de la patientèle.

Dès lors que le local n'est pas ouvert de façon continue, l'opticien informe l'organisme gestionnaire de la convention des jours et heures de présence effective de professionnels opticiens dans tout local ouvert au public. En dehors de ces jours et heures de présence, l'opticien s'interdit tout accueil du public dont la finalité résiderait dans la délivrance d'équipements d'optique médicale.

Dans ce cas, l'opticien affiche dans son ou ses locaux les jours et heures qu'il entend réserver aux opérations destinées à la délivrance de dispositifs médicaux d'optique au public.

Article 16

Libre choix de l'assuré

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les opticiens légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention. Les caisses de l'assurance maladie obligatoire ne font aucune discrimination entre les opticiens ayant adhéré à la présente convention. Elles donnent à leurs ressortissants toute information utile sur la situation des opticiens de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article 17

Prise en charge du patient par l'opticien

Paragraphe 1

Information de l'assuré

Par tout moyen à sa disposition dans son local d'exercice, l'opticien informe les assurés désirant bénéficier de ses prestations en matière de délivrance d'un équipement d'optique médicale ou d'examen de la réfraction, des obligations découlant de la réglementation en vigueur et de la présente convention, notamment :

- la garantie d'adaptation ;
- le cas échéant, les conditions d'examen de la réfraction ;
- le cas échéant, la formation qu'il a suivi conformément à ses obligations dans le cadre du développement professionnel continu.

Cette information peut prendre la forme d'un affichage bien visible dans le magasin d'optique spécifiant les formations suivies, ou de la remise au patient d'une documentation ayant cette même vocation.

Dans tous les cas où l'opticien est appelé à dispenser une prestation, il procède à un questionnement de l'assuré permettant de déterminer ses besoins spécifiques de nature non-médicale. Ce questionnement permet à l'opticien de formaliser une offre personnalisée. Les réponses pertinentes de l'assuré à ce questionnement relatif à ses besoins spécifiques peuvent être mentionnées sur le devis gratuit obligatoirement remis au patient de manière préalable à la vente.

Lorsqu'il délivre un équipement d'optique médicale, l'opticien remet au patient :

- une note détaillée, telle qu'elle est prévue à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, comportant l'ensemble des caractéristiques de l'équipement vendu.

La note détaillée, ou facture, s'entend comme le document récapitulatif des conditions financières qui ont fait l'objet de l'accord entre l'assuré et l'opticien sur la base du ou des devis proposés. Elle est établie en deux exemplaires dont un est remis à l'assuré lors du paiement. Elle reprend les éléments et informations prévus par le devis, ainsi que les éléments permettant l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis.

- une « carte de vue » spécifiant les données de corrections optiques (sphère, cylindre), les données d'identification du patient et les données relatives à l'identification des verres (nom du fabricant, nom du modèle).

Paragraphe 2

Mise en situation d'usage de l'assuré

Le professionnel opticien s'assure en premier lieu des besoins visuels de l'assuré en fonction de diverses utilisations du futur équipement. A titre indicatif et non exhaustif, ces situations peuvent être :

- vision sur informatique, écran et clavier,
- vision lointaine en situation de conduite automobile,
- vision dans le cadre de l'activité professionnelle ou des loisirs.

A l'issue de cette analyse et en tenant compte de la prescription médicale et des besoins spécifiques exprimés par le patient, le professionnel opticien propose à ce dernier la combinaison surface / traitement / matière la mieux adaptée :

- verres résistant aux chocs pour les enfants le sport et les professions à risque,
- verres allégés satisfaisant le confort physique et assurant la stabilité visuelle.

L'opticien est libre du choix des produits proposés à l'assuré. Il propose un large éventail de verres permettant de s'adapter aux besoins spécifiques exprimés par le patient sur la base d'une prescription médicale hors cas d'urgence prévu par la réglementation.

Lors de la première exécution d'une prescription, si la mise en situation d'usage n'est pas satisfaisante, il est recommandé que le professionnel opticien procède à un examen de la réfraction. Il en informe le médecin prescripteur afin que la correction puisse être adaptée en conséquence.

Dès lors que le prescripteur souhaite revoir son patient pour vérifier son besoin de correction visuelle et, le cas échéant, modifier sa prescription, l'opticien s'abstient de réaliser l'équipement. En revanche, s'il recueille l'accord du prescripteur, il peut procéder à la réalisation et à la facturation de l'équipement. Il mentionne alors sur la prescription la date de son entretien avec celui-ci, y appose la mention « accord du prescripteur » et sa signature, conformément à l'article R. 165-42 du code de la sécurité sociale.

Paragraphe 3

Etablissement d'un devis

L'opticien est toujours en mesure de fournir aux patients des prestations inscrites au Chapitre 2 du Titre II de la LPP, sur la base d'une prescription médicale, hors cas d'urgence prévus par la réglementation, et dans l'intérêt de leur bien-être visuel.

L'opticien informe l'assuré, à l'occasion de la délivrance de l'équipement individuel, des conditions de prise en charge des fournitures d'optique médicale qu'il lui propose par l'assurance maladie obligatoire telles qu'elles sont définies par les textes réglementaires en vigueur.

Préalablement à la délivrance de l'équipement prescrit, l'opticien établit un devis en deux exemplaires. Un exemplaire est remis ou transmis par voie électronique à l'assuré, le second étant conservé par l'opticien.

Le contenu de ce devis se conforme aux dispositions réglementaires en vigueur relatives à l'information du consommateur sur les équipements d'optique.

L'opticien doit proposer dans ce devis un équipement complet relevant de la classe A de la nomenclature de la LPP.

Il peut, en outre, établir une offre mixte associant une monture de la classe A à des verres de la classe B de la LPP et inversement, ainsi qu'une offre relevant entièrement de la classe B.

Le devis identifie clairement les fabricants de la monture et des verres.

Pour établir son devis, l'opticien s'appuie sur un éventail minimal de choix de 35 montures compatibles avec la classe A de la nomenclature de la LPP pour les adultes et 20 pour les enfants.

Ce devis peut être réclamé par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Article 18

Bonnes pratiques

1° **Transparence des prix**

L'opticien veille à respecter parfaitement la réglementation en vigueur en matière de transparence des prix, notamment en affichant de manière visible :

- en vitrine les prix des prestations, ainsi que ceux des montures qui y sont exposées,
- dans le magasin, les prix de tous les produits qui y sont exposés.

Les sites de vente sur internet mettent en évidence ces informations sur leur page d'accueil.

2° **Verres correcteurs et vision :**

L'opticien quantifie à la fois :

- la performance visuelle avec la correction initiale ou sans correction ;
- la performance visuelle de la nouvelle correction.

Il permet ainsi au patient de juger de l'efficacité du nouvel équipement d'optique médicale proposé.

3° Montures

L'opticien propose des montures répondant aux spécifications techniques déterminées par les conditions générales du chapitre 2 du titre II de la LPP relatif à l'optique. Elles se conforment notamment à la norme NF EN ISO 12870 en vigueur comprenant les types de construction, les désignations et la compatibilité physiologique.

Il est en mesure de proposer un choix varié de montures adaptées aux besoins spécifiques des différents porteurs, telles que des montures hautes adaptées à la vision des enfants et des montures avec pont médian et charnières élastiques pour le sport et les professions à risques, etc.

Pour les enfants, il privilégie des montures en matériau incassable, résistantes et assurant une bonne stabilité sur le visage.

Il conseille le porteur sur le confort anatomique de la monture en insistant sur la stabilité afin de conserver un confort visuel permanent.

4° Conseils divers

En tant que professionnel de la vue, le professionnel opticien participe à l'information des patients sur le bon usage de leur équipement d'optique médicale. Il dispense les conseils d'entretien des montures et verres correcteurs et invite l'assuré à venir régulièrement réaliser en magasin un contrôle régulier avec rectification éventuelle de son équipement pour conserver la stabilité de la performance visuelle.

5° Lentilles de contact

Le professionnel opticien donne au patient les instructions d'utilisation et d'entretien des lentilles de contact :

- respect des dates de péremption,
- respect du renouvellement des dispositifs de contact,
- apprentissage prothétique sans manipulation,
- hygiène lors de la manipulation,
- apprentissage à la manipulation et à la pose/dépose,
- adaptation.

6° Actions de prévention visuelle

Il participe aux actions d'éducation à la santé prévues en application de la présente convention et de la réglementation en vigueur.

Article 19

Traçabilité des produits

L'opticien assure la traçabilité de l'ensemble des fournitures délivrées par la conservation, pendant la durée prévue par l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, des éléments conformes suivants :

- la facture du fabricant,
- une copie de la prescription médicale, sauf opposition du patient, pendant sa durée de validité,
- une copie de la feuille de soins,
- les numéros de lots des lentilles et produits d'entretien,
- le devis préalable à la vente signé par l'assuré pendant une durée d'un an,
- la note détaillée prévue par l'article L. 165-89 du code de la sécurité sociale.

L'opticien communique ces éléments aux organismes d'assurance maladie obligatoire sur demande de leur part.

L'opticien remplit ses obligations en matière de matériovigilance et instaure, dans ce cadre, la traçabilité des lentilles et produits d'entretien. Cela lui permet, en cas de signalement par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), d'identifier précisément et rapidement les patients détenteurs des dispositifs médicaux visés.

En cas de rappel de lot, il assure le retour auprès de l'organisme désigné par le signalement.

Article 20

Renouvellement des équipements d'optique par l'opticien

Paragraphe 1

Conditions de renouvellement des verres correcteurs

L'opticien peut procéder au renouvellement à l'identique de lunettes ou de verres correcteurs d'amétropie, sur la base de la prescription en cours de validité d'un équipement précédent (article L.4362-10 du code de la santé publique). Dans un objectif de qualité, la réalisation d'un examen de la réfraction à cette occasion peut être nécessaire.

Il peut également adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance, les prescriptions médicales de verres correcteurs en cours de validité (article D.4362-12-1 du code de la santé publique). L'opticien reporte alors

sur la prescription médicale l'adaptation de la correction qu'il réalise et en informe le médecin prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises. Dans ces conditions, une prestation d'adaptation peut être facturée par l'opticien sur une feuille de soins à des fins de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La durée de validité d'une ordonnance initiale est de :

- un an pour les personnes de moins de 16 ans,
- cinq ans pour les personnes de 16 à 42 ans,
- trois ans pour les personnes de plus de 42 ans.

Le prescripteur peut limiter cette durée, par une mention expresse sur l'ordonnance.

Les parties observent que la prise en charge de la prestation d'adaptation diffère fortement selon la classe de l'équipement dans la nomenclature de la LPP, alors que l'acte professionnel réalisé est le même. Dans les 6 mois suivant l'entrée en application de la présente convention, la CNAM saisira les pouvoirs publics afin d'étudier la possibilité de mieux tenir compte de l'intérêt de cet acte par une amélioration de sa prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien peut délivrer sans ordonnance médicale un nouvel équipement après avoir réalisé un examen de réfraction (article D. 4362-13 du code de la santé publique). L'opticien remet au patient le résultat de l'examen de réfraction réalisé et le transmet au médecin prescripteur ou au médecin désigné par le patient.

Paragraphe 2

Conditions de renouvellement des lentilles correctrices

Conformément à l'article R. 4362-11, la délivrance de lentilles de contact oculaire correctrices par un opticien à une personne qui en porte pour la première fois est subordonnée à la présentation d'une ordonnance médicale comportant la correction et les caractéristiques essentielles de ces produits.

Dans le cas d'un premier port de lentilles par le patient, la durée de validité d'une première ordonnance de lentilles est d'un an.

Le professionnel opticien peut adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance, les corrections optiques des prescriptions médicales de lentilles de contact oculaire valides datant de moins de :

- un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;
- trois ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus ;

Le prescripteur peut limiter cette durée, par une mention expresse sur l'ordonnance.

Paragraphe 3

Conditions de prise en charge

Les conditions de prise en charge normales et dérogatoires des équipements d'optique médicale sont fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

Cet arrêté précise également les conditions de prises en charge des renouvellements anticipés en cas d'évolution de la vue et des renouvellements anticipés en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

L'opticien précise sur l'ordonnance l'ancienne et la nouvelle correction objectivant l'évolution de la correction du patient.

En cas de délivrance d'un équipement d'optique médicale dans les conditions de l'article Art. D. 4362-13 du code de la santé publique, la présentation au remboursement de l'assurance maladie obligatoire est possible dès lors que l'assuré obtient dans un délai de 15 jours une prescription médicale attestant du besoin et de la situation d'urgence ayant motivé la délivrance. L'envoi de la feuille de soins à la caisse d'affiliation de l'assuré ne peut être effectué avant l'obtention de cette prescription.

Paragraphe 4

Contrôle des prises en charge

L'assurance maladie obligatoire assure un contrôle des renouvellements d'équipements d'optique médicale présentés au remboursement, au regard de :

- leur fréquence,
- leurs conditions,
- la date de la dernière facturation,
- le respect des cas dérogatoires prévus par la réglementation.

Paragraphe 5

Renouvellement des équipements d'optique dans des zones géographiques à faible démographie médicale adaptée

Les parties signataires constatent que des problèmes de renouvellement des dispositifs médicaux d'optique peuvent se poser dans des zones géographiques où la présence des prescripteurs disposant de l'équipement nécessaire à la réalisation des examens visuels est insuffisante. Elles étudieront, dans le cadre de la commission instaurée par l'article 46, les solutions concevables pour remédier à ces situations ; telle que l'expérimentation d'une relation interprofessionnelle locale entre des professionnels opticiens et des médecins généralistes dénués de l'équipement nécessaire aux examens visuels. La finalité de ces travaux sera de faire des propositions aux pouvoirs publics.

Article 21*Téléservice sécurisant le renouvellement des équipements d'optique*

L'assurance maladie obligatoire met à la disposition des opticiens un téléservice retraçant l'historique de consommation de chaque assuré afin de vérifier le droit de celui-ci au renouvellement de son équipement optique et, le cas échéant, l'informer qu'il a déjà été remboursé d'un précédent équipement dans la période antérieure conditionnant son droit à une nouvelle couverture assurantielle.

La consultation de ce téléservice permet à l'opticien de sécuriser chacune de ses facturations à l'assurance maladie obligatoire.

A la date de signature de la présente convention, ce téléservice ne concerne que le régime général de l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les régimes qu'il héberge. Toutefois, l'objectif est d'étendre rapidement ce téléservice en inter-régime.

L'assurance maladie obligatoire est seule responsable des informations contenues dans ce téléservice.

Article 22*Nécessité d'une formation professionnelle continue adaptée*

La qualité et la fiabilité de l'exercice professionnel et, notamment, de l'examen de la réfraction qu'il réalise constituent une obligation professionnelle en matière de délivrance d'équipements d'optique. Pour ce faire, tout professionnel opticien satisfait aux obligations de développement professionnel continu dans les conditions définies par l'Agence National du Développement Professionnel Continu et la réglementation en vigueur.

Cet engagement de qualité et de fiabilité de l'exercice professionnel vaut pour les professionnels opticiens, gérants et salariés.

L'opticien tient les attestations des formations de développement professionnel continu validées à la disposition des organismes d'assurance maladie obligatoire sur simple demande de leur part.

Article 23*Assurances souscrites par l'opticien*

L'opticien est en mesure d'attester qu'il est titulaire d'un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle pour tous les actes qu'il réalise dans le but de délivrer aux assurés sociaux des dispositifs médicaux inscrits à la LPP.

TITRE IV

SUIVI DE L'APPLICATION DU DISPOSITIF « 100 % SANTÉ »

En prévoyant la possibilité de distinguer dans la nomenclature de la LPP des classes de produits bénéficiant d'une prise en charge renforcée, le législateur (article L. 165-1 alinéas 2 et 4 du code de la sécurité sociale) a souhaité améliorer l'accès à des équipements optiques de qualité par une optimisation de la prise en charge coordonnée de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La nomenclature de l'optique, au chapitre 2 du titre II de la LPP, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020, comporte ainsi une classe A correspondant à des verres correcteurs et montures référencés par les pouvoirs publics afin de garantir un niveau de performance adapté aux besoins des patients par la fixation de prix limites de vente et la double couverture assurantielle des régimes obligatoires et des organismes complémentaires.

Article 24*Respect des prix limites de vente*

Les verres correcteurs et montures répondant aux spécifications techniques de la classe A de la nomenclature de la LPP et les prestations et suppléments associés à cette classe (verres teintés, appairage), ainsi que les prestations d'adaptation, ne peuvent être facturés qu'à un prix inférieur ou égal au prix limite de vente. Tout dépassement de ce prix est illégal et entraîne une action de l'assurance maladie obligatoire à l'encontre de l'opticien, conformément à l'article L. 165-3-1 du code de la sécurité sociale :

- restitution à l'assuré du différentiel entre le prix limite de vente et le prix réellement acquitté ;

- récupération de ce différentiel auprès de l'opticien ;
- éventuel déconventionnement de ce dernier.

Les organismes de l'assurance maladie obligatoire effectuent un contrôle exhaustif du respect des prix limites de vente après paiement des feuilles de soins. Lorsqu'un manquement est constaté dans la facturation de l'opticien, l'organisme lui notifie les faits reprochés. L'opticien dispose alors de 30 jours pour adresser ses observations à l'organisme. Une copie est parallèlement envoyée à l'assuré concerné qui a également la possibilité de faire part de ses observations à l'organisme dans un même délai.

Dans le cas où l'opticien n'est pas en mesure de justifier d'une erreur de facturation l'exonérant de sa responsabilité (erreur de saisie du code ou du prix, erreur effective mais rectifiée par remboursement de l'assuré après envoi de la feuille de soins...), l'organisme restitue d'abord à l'assuré la différence entre le prix limite de vente et le prix qu'il a acquitté, puis met en demeure l'opticien de lui reverser le trop-perçu.

En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de l'opticien une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Lorsque les faits sont graves ou répétés, une suspension du conventionnement pour une durée maximale de deux ans peut être prononcée par l'organisme de rattachement de l'opticien sur saisine de l'organisme ayant repéré l'anomalie. Ce déconventionnement étant prévu par le législateur, la procédure de mise en cause conventionnelle organisée par les articles X à X de la présente convention n'a pas à être actionnée.

Toute décision de suspension du conventionnement ou de déconventionnement d'un opticien est notifiée aux instances conventionnelles et à l'UNOCAM.

Article 25

Couverture du panier 100 % santé

Souscrivant à la double ambition sociale et sanitaire du dispositif 100% santé qui vise à réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières, les parties signataires effectuent un suivi de l'évolution de la proportion d'équipements relevant de la classe A de la LPP par rapport à l'ensemble des équipements d'optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cette donnée est annuellement analysée dans le cadre partenarial de la Commission paritaire nationale instaurée par l'article 46. Les membres de la commission ont la possibilité de proposer des campagnes d'information et de sensibilisation du public et des opticiens favorisant le développement de l'offre 100 % santé.

TITRE V

FACTURATION, TRANSMISSION DES ORDONNANCES ET RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

SOUS-TITRE I

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE FACTURATION

Article 26

Dispense d'avance des frais

La possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins. La présente convention ouvre donc cette possibilité au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (complémentaire santé solidaire, aide médicale d'Etat, maternité, affections de longue durée, risques professionnels, détention).

L'opticien peut pratiquer la dispense d'avance des frais, telle que prévue par le législateur dans le code de la sécurité sociale, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit sans autre condition ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de facturation.

Pour leur part, les caisses n'instituent pas de seuil minimal de déclenchement du règlement des prestations dues à l'opticien.

Lorsqu'il applique la procédure de dispense d'avance des frais en ce qui concerne la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire, l'opticien vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ». A titre exceptionnel, pour les seules personnes qui n'ont pas la possibilité de présenter leur carte Vitale, l'opticien vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date de délivrance des produits de santé. La date de délivrance est la date à laquelle l'opticien remet l'équipement optique à l'assuré et est en situation de la facturer.

L'organisme de prise en charge règle alors directement à l'opticien les sommes correspondant au remboursement dû par l'assurance maladie obligatoire au regard des tarifs de responsabilité en vigueur. L'opticien se substituant donc à l'assuré pour l'obtention du paiement dû par la caisse, il dispose des mêmes droits que l'assuré vis à vis de ladite caisse.

Article 27

Modalités de facturation des dispositifs médicaux d'optique

Chaque fois que l'opticien délivre un équipement d'optique remboursable, que ce soit au titre de la classe A ou de la classe B de la nomenclature de la LPP, il établit une feuille de soins qu'il transmet à la caisse d'assurance maladie obligatoire de l'assuré.

Paragraphe 1

Pièces justificatives

La facturation de la ou des fournitures délivrées est conforme au devis établi préalablement à la vente et accepté par l'assuré. Elle est établie sur une feuille de soins conforme au modèle arrêté par la réglementation en vigueur. Elle distingue le coût de chacun des verres et de la monture, ainsi que les tarifs de responsabilité en vigueur et fait ressortir le montant total acquitté par le patient.

L'exemplaire dupliqué de la prescription médicale est joint à la feuille de soins en tant que pièce justificative de la facturation, lors de la transmission à la caisse. Cette transmission est obligatoire pour tout équipement délivré ou renouvelé sur prescription.

Paragraphe 2

Codage des prestations de renouvellement

1° Les codes informatifs spécifiques au renouvellement

Deux codes alphabétiques spécifiques sont utilisés par l'opticien dans tous les cas où il est amené à facturer à un organisme d'assurance maladie obligatoire un équipement d'optique médicale renouvelé sur la base d'une prescription valide, conformément aux modalités rappelées à l'article 21 :

- le code RI correspond à tout équipement renouvelé par l'opticien à l'identique,
- le code RA correspond à tout équipement renouvelé avec adaptation au sens de la réglementation, c'est-à-dire intégrant toute modification par rapport à la prescription.

Ces codes alphabétiques sont complémentaires des codes numériques à 7 caractères, dits codes LPP, identifiant les fabricants de verres et de montures dans la nomenclature du Chapitre 2 du Titre II de la LPP, ainsi que des codes dits « nature de prestations », en trois caractères alphanumériques, regroupant des ensembles de codes LPP. Ils sont donc mentionnés par l'opticien sur la feuille de soins au même titre que ces codes et que les libellés de nomenclature.

En télétransmission sécurisée, l'opticien renseigne directement sur la feuille de soins électroniques la zone « origine de prescription » avec les indicateurs « I » lorsqu'il s'agit d'un renouvellement à l'identique ou « A » lorsqu'il s'agit d'un renouvellement avec adaptation.

2° L'identification du prescripteur sur la feuille de soins en cas de renouvellement

L'opticien reporte sur la feuille de soins l'identifiant du médecin dans le champ « prescripteur » en cas de renouvellement comme pour toute autre facturation aux organismes de prise en charge.

Article 28

Prise en charge des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Les parties signataires soulignent la nécessité de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect par les opticiens de l'obligation de proposer aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) des dispositifs médicaux d'optique relevant de ce champ, tel qu'il est défini par des arrêtés interministériels, aux prix limites de vente déterminés par ces arrêtés. Dans ce but, pour tous les produits correspondant à ce champ et faisant l'objet de son activité courante, l'opticien :

- informe les bénéficiaires susvisés de leur droit à obtenir la délivrance de ces produits à des prix n'excédant pas les prix limites de vente et les exonérant de toute participation financière ;
- leur dispense, par l'intermédiaire d'un professionnel opticien, tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les équipements qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente arrêté ;
- dispose d'un stock montures qu'il est en mesure de leur proposer aux prix limites de vente de manière à être pleinement en mesure de répondre à leur besoin de correction visuelle et présentant la garantie de qualité et de solidité habituelle dans le champ de l'optique médicale et des caractéristiques esthétiques courantes.

Tout refus par l'opticien de servir un bénéficiaire de la CSS est assimilable à un refus de vente sanctionné pénalement en vertu de l'article L.122-1 du code de la consommation.

La prise en charge des ressortissants de la CSS par l'opticien, notamment dans l'exercice de sa vocation déontologique de conseil, ne diffère en aucun point de celle qu'il offre aux autres assurés.

L'éventuel déconventionnement de l'opticien dans le cadre de la procédure des articles 51 et 52 de la convention n'a pas d'effet sur la dispense d'avance des frais garantie aux bénéficiaires de la CSS.

Article 29

Prise en charge des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME)

Les équipements d'optique médicale de classe A ou de classe B délivrés aux bénéficiaires de l'AME sont pris en charge à 100% du tarif de responsabilité de la LPP et en tiers payant. Le différentiel entre le tarif de responsabilité et le prix de vente fait l'objet d'un paiement direct du bénéficiaire à l'opticien.

Lorsqu'il sert un bénéficiaire de l'AME, l'opticien se conforme à la totalité des obligations réglementaires et des engagements conventionnels présidant à la prise en charge des assurés sociaux ; notamment la mise en situation d'usage, la remise du devis et le respect des prix limites de vente de la classe A.

Article 30

Motivation des refus de prise en charge

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

SOUS-TITRE II

FACTURATION EN SESAM-VITALE

Les partenaires conventionnels soulignent l'importance du dialogue entre les différents acteurs pour améliorer et simplifier les échanges d'information entre les professionnels de santé, l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie, dans le respect de chacune des parties. Les services mis en place apportent une contribution à l'efficacité du système de santé et à la qualité du service rendu aux assurés.

Article 31

Principe de la facturation en SESAM-Vitale

La facturation à l'assurance maladie obligatoire s'effectue par feuille de soins électronique (FSE), 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 par le Centre national de dépôt et d'agrément de l'assurance maladie (CNDA) ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Le dispositif SESAM-Vitale n'intègre la catégorie opticien qu'à partir du socle fonctionnel 1.40 addendum 6. Son bon fonctionnement est garanti par l'utilisation de lecteurs de cartes homologués de dernière génération.

Article 32

Exigence d'adaptation des équipements informatiques

Paragraphe 1

Adaptation de l'équipement informatique des opticiens

L'opticien met en œuvre les moyens permettant d'organiser les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation ou par des changements techniques ; notamment en procédant aux évolutions matérielles et techniques favorisant le strict respect de la dernière version du système SESAM-Vitale diffusé par le GIE SESAM-Vitale.

Les parties examinent en Commission paritaire nationale les évolutions du cahier des charges du système SESAM-Vitale qui leur paraissent nécessaires dans leur pratique de facturation courante et motiver des demandes à adresser au GIE SESAM-Vitale.

Paragraphe 2

Adaptation de l'équipement informatique des caisses

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique (frontaux, systèmes informationnels, conseillers informatiques, etc.) permettant d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Paragraphe 3

Conseillers informatiques des caisses

Chaque caisse dispose de conseillers « informatique service » (CIS) chargés d'accompagner les opticiens dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

Les CIS sont à la disposition des opticiens pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du local et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices intégrés ou non à leurs logiciels métiers. Ils apportent également une information privilégiée sur l'ensemble des téléservices proposés par l'assurance maladie.

A ce titre, ils sont amenés à contacter ou rencontrer les opticiens à leur demande ou de manière proactive sur plusieurs versants :

- assistance technique dans les situations où l'éditeur de l'opticien n'est pas en mesure de lui apporter les solutions nécessaires (démarrages d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents),
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices).

Article 33

Moyens à mettre en œuvre

L'opticien s'assure, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données.

Paragraphe 1

Équipement informatique

L'opticien est libre du choix de l'équipement informatique grâce auquel il établit et télétransmet les FSE, sous réserve que son logiciel soit agréé par le CNDA et qu'il dispose d'un lecteur de cartes homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale ou d'un dispositif équivalent, homologué au référentiel publié par le GIE SESAM-Vitale.

Paragraphe 2

Réseau de télétransmission des FSE

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'opticien est libre de choisir le fournisseur d'accès internet ou tout service informatique offrant une solution qui permet la télétransmission des FSE par internet, respecte les spécifications du système SESAM-Vitale et est compatible avec la configuration de son équipement.

L'opticien peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), qui agit pour le compte et sous la responsabilité de l'opticien dans le respect :

- des dispositions légales et réglementaires relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE ;
- des procédures mises en œuvre par cet organisme tiers conformément aux spécifications du cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

L'OCT agit sous la responsabilité de l'opticien sur la base d'un contrat conclu à cet effet.

Paragraphe 3

Carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE, conformément aux spécifications SESAM-Vitale, nécessitent l'utilisation de cartes de la famille des CPx délivrées par l'Agence du numérique en santé (ANS). L'opticien se dote soit d'une carte de professionnel de santé (CPS) s'il fait partie des professionnels de santé réglementés, soit d'une carte de directeur d'établissement (CDE) s'il est directeur administratif non professionnel de santé.

Concernant les cartes nécessaires aux salariés de l'opticien, il s'agira de cartes de professionnels de santé (CPS) s'il s'agit de professionnels de santé réglementés et de carte de personnel d'établissement (CPE) nominative si tel n'est pas le cas.

Concernant ces cartes de personnel d'établissement (CPE) nécessaires aux salariés de l'opticien, elles sont délivrées en fonction des besoins de celui-ci, au regard soit du nombre de salariés, soit du nombre de lecteurs de cartes utilisés.

L'opticien procède aux démarches nécessaires, telles que décrites par la réglementation, pour obtenir les CPS, CDE et les CPE nécessaires aux salariés de l'opticien et délivrées par l'ANS.

En cas de difficulté, l'opticien peut s'adresser à l'organisme de rattachement afin qu'il mette en œuvre tous les moyens à sa disposition pour qu'il soit en possession de sa CPS ou CDE et des CPE nécessaires.

La CNAM se fait l'écho auprès de l'ANS des difficultés auxquelles les opticiens sont confrontés lorsque les délais de production des cartes dépassent le délai d'un mois.

L'opticien respecte les règles en vigueur concernant l'usage des cartes professionnelles qu'il utilise.

Le coût des CPS, CDE et CPE délivrées dans ce cadre est pris en charge par la CNAM pour la durée de la convention et pour la durée du conventionnement de l'opticien, dans la limite de cinq CPE, d'une CDE et d'une CPS par opticien diplômé pour chaque magasin identifié par l'assurance maladie obligatoire.

Article 34

Etablissement des feuilles de soins électroniques

Les trois modes de sécurisation des FSE sont détaillées à l'annexe 4.

Les modalités d'établissement et de transmission des FSE s'appliquent à l'ensemble des opticiens et des organismes d'assurance maladie obligatoire du territoire national, selon des règles prévues par les textes législatifs et réglementaires ainsi que par les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur, complétées des dispositions de la présente convention.

L'opticien réalise des télétransmissions de feuilles de soins électroniques pour toutes les catégories d'assurés sociaux.

Paragraphe 1

Validité des informations contenues dans la carte Vitale

La validité des droits ou de l'exonération du ticket modérateur relève de la seule compétence des caisses.

La mise à jour des données administratives contenues dans la carte Vitale de l'assuré relève de la responsabilité de celui-ci.

En mode SESAM-Vitale, les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de la facturation des produits de santé sont opposables aux caisses comme à l'opticien et sont prises en compte pour le règlement des prestations dues.

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, le professionnel peut utiliser un service intégré au logiciel SESAM-Vitale : le service ADri (Acquisition des DRoits intégrée) lui permet d'obtenir la situation de droits à jour de son patient et ainsi de fiabiliser parfaitement l'établissement de la FSE.

Paragraphe 2

Délai de transmission des FSE

Les FSE sont adressées par l'opticien à la caisse d'affiliation de l'assuré dans les délais réglementairement fixés à l'article R.161-47 du code de la sécurité sociale, que ce soit en cas de paiement direct ou de dispense d'avance des frais :

- 3 jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré,
- 8 jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

Paragraphe 3

Paiement en cas de dispense d'avance des frais

Les caisses liquident les FSE et émettent 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.

Paragraphe 4

Garantie de paiement

Afin de préserver l'accès aux soins et notamment le bénéfice de la dispense d'avance des frais et de développer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par l'opticien, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Les organismes de l'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des prestations facturées en 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.

Article 35

Traitement des incidents

Les parties signataires s'informent réciproquement de tout dysfonctionnement du système et collaborent pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Dans le cadre de la dispense d'avance des frais, en cas de dysfonctionnement ou en l'absence de carte Vitale pour l'élaboration d'une FSE, l'opticien peut télétransmettre des feuilles de soins SESAM-Vitale en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées électroniquement par la carte d'assurance maladie de l'assuré.

Parallèlement, l'opticien transmet la feuille de soins papier signée par le bénéficiaire des soins correspondante à son organisme de rattachement. La feuille de soins ainsi transmise comporte explicitement la notion de télétransmission en mode « dégradé ».

En cas d'échec de télétransmission d'une FSE, l'opticien 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 les textes en vigueur, l'opticien établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa

délivrance (échec de la télétransmission) 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, l'opticien 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 des frais, l'opticien 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. A défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique (dysfonctionnement logiciel, absence de connexion internet...), l'opticien remplit une feuille de soins papier.

Article 36

Retours d'information

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE PS concernant l'état de la liquidation des prestations servies par l'opticien. Ces retours ne sont transmis à l'opticien que dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'assurance maladie a déployé la norme NOEMIE afin de permettre à l'opticien de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

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

- un meilleur suivi des paiements, rejets et signalements auxquels donnent lieu les 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, le cas échéant, de la part complémentaire dans certains cas, pour chaque facture,
 - motifs des rejets ou signalements clairement identifiés avec l'indication :
 - de la part concernée par le rejet ou signalement (part obligatoire ou part complémentaire),
 - du niveau de rejet ou de signalement (facture, prestation, code affiné),
 - de la nature de la prestation,
 - du libellé de rejet ou de signalement ;
- 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 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 du professionnel.

SOUS-TITRE III

TRANSMISSION DES ORDONNANCES

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Dans le cas de la facturation en flux sécurisé SESAM-Vitale, les modalités de transmission des ordonnances sont ci-après décrites.

Article 37

Tri et transmission des ordonnances sous forme papier en SESAM-Vitale

Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

L'opticien transmet, à minima chaque mois, au centre de paiement ou point d'accueil relevant du régime général de l'assurance maladie le plus proche de son site d'activité faisant l'objet d'une identification au fichier national des professions de santé, les ordonnances papier des assurés du régime général, des sections locales mutualistes, de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et du régime agricole (MSA).

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau généré par le progiciel de facturation SESAM-Vitale, doivent être classées en cinq catégories matérialisées par des enveloppes distinctes :

- Régime général,

- Régime agricole : distinction des régimes MSA, GAMEX,
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

A l'extérieur de chaque enveloppe, l'opticien inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification de l'opticien.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par l'organisme payeur.

Article 38

Tri et transmission des ordonnances numérisées (dispositif SCOR)

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives par l'opticien et de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse.

Afin de simplifier les modalités de transmission des ordonnances par l'opticien et de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, un dispositif de « scannérisation » des ordonnances est organisé. Il comprend la numérisation des ordonnances originales exécutées par l'opticien et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie en télétransmission.

Ce dispositif de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées est inter-régimes, s'appliquant à tous les organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, signataires ou non de la présente convention.

Dans ce dispositif, le duplicata de l'ordonnance papier est remplacé par une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmission alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance papier, soit sur support CD-ROM, soit sur support papier, en dernier recours.

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologiques, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Dès lors que l'opticien remplit les conditions techniques et juridiques définies au présent article, il peut télétransmettre à l'organisme de rattachement les ordonnances numérisées. Il s'interdit toute télétransmission d'ordonnances numérisées dans des conditions non conformes aux dispositions de la présente convention.

L'opticien transmet la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

Article 39

Définition de la pièce numérique

La pièce justificative, constituée du duplicata ou de 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, réalisée par l'opticien.

L'ordonnance ainsi numérisée et télétransmise à l'organisme de rattachement 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 dans les conditions définies dans le présent titre, l'opticien est dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'opticien est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier et de son caractère durable.

Article 40

Qualité de la pièce numérique

L'opticien transmet des pièces numériques conformes, 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 inexploitables les pièces numériques est fixée en annexe 3 de la présente convention.

Article 41

Conditions techniques de télétransmission des ordonnances

Paragraphe 1

Equipement informatique

La transmission des pièces justificatives numérisées conformément aux dispositions du présent titre, s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes, dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale comprenant ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission, l'opticien s'équipe d'un logiciel agréé par le CNDA. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le point d'accueil inter-régimes, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

L'opticien a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il numérise et télétransmet les pièces justificatives, dans la limite des équipements agréés par le CNDA.

Paragraphe 2

Liberté de choix des services informatiques

L'opticien a la liberté de télétransmettre les pièces justificatives numérisées, soit directement en se connectant au réseau SESAM-Vitale, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau SESAM-Vitale, dans le respect de la réglementation en vigueur.

L'opticien a le libre choix de son fournisseur d'accès internet.

Lorsque l'opticien recourt à un service informatique notamment par un contrat avec un OCT, il s'assure que ce dernier agit dans les conditions définies par le présent titre.

Paragraphe 3

Respect des règles applicables aux informations électroniques

L'opticien doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données.

L'opticien numérise les pièces justificatives par ses propres moyens techniques. Ceux-ci garantissent la fidélité des pièces numériques aux pièces justificatives sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que de ses annexes fonctionnelles publiées par le GIE SESAM-Vitale.

Paragraphe 4

Traitement des incidents

En cas d'incident ne permettant pas de numériser les pièces justificatives, l'opticien met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la première tentative de numérisation. En cas d'impossibilité persistante de numériser à l'issue de ce délai, l'opticien en informe la caisse dès que possible et par tout moyen et transmet les duplicatas ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

En cas d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé de réception logique de la télétransmission des pièces justificatives numériques, l'opticien et la caisse mettent tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la première tentative de télétransmission. En cas de nouvel échec à l'issue de ce délai, l'opticien reproduit les pièces justificatives numériques sur CD-ROM selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges, ainsi que ses annexes fonctionnelles, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Article 42

Convention de preuve

Les parties signataires conviennent, conformément aux dispositions de la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 que la pièce numérique transmise par l'opticien a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale telle que définie dans le présent titre 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'opticien de son numéro d'identification vaut signature de l'ordonnance au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 43

Conservation des preuves et protection des données

L'opticien conserve sur le support de son choix la pièce numérique pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de sa télétransmission à la caisse primaire.

Lorsque l'opticien s'équipe de l'application SCOR, son organisme de rattachement soumet ses télétransmissions à une période de vérification de 90 jours durant laquelle il vérifie que les pièces justificatives sont transmises correctement (lisibilité, format, type de document...). Le cas échéant, il communique avec l'opticien afin de lui recommander les améliorations nécessaires. Durant cette période de vérification des pièces numériques, l'opticien conserve les copies d'ordonnances sous forme papier. L'organisme de prise en charge signale à l'opticien les éventuelles anomalies constatées et l'aide à procéder aux ajustements nécessaires.

L'organisme payeur conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives.

L'opticien et l'organisme s'assurent 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'opticien ou sur la caisse primaire au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'opticien et la caisse primaire respectent 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.

En cas d'incident ne permettant pas le recours aux pièces numériques, l'opticien en informe dès que possible par tout moyen la caisse et transmet les duplicata ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

SOUS-TITRE IV

AIDE À LA TÉLÉTRANSMISSION SÉCURISÉE

Article 44

Modalités d'attribution des aides

Est éligible à l'attribution des aides à la télétransmission sécurisée l'opticien ayant adhéré à la présente convention dans les conditions définies par les articles 5, 6,7 et 8, ayant à ce titre reçu un numéro de conventionnement de son organisme de rattachement et ayant été amené à facturer des équipements d'optique aux organismes d'assurance maladie obligatoire durant l'année calendaire écoulée.

Ces aides sont versées à l'opticien à condition qu'il ait envoyé aux organismes de l'assurance maladie obligatoire, durant la période considérée, les feuilles de soins correspondant à la totalité des équipements d'optique remboursables qu'il a délivrés à des assurés sociaux.

L'opticien nouvellement installé est éligible à l'octroi des aides à la télétransmission sécurisée s'il a facturé des équipements d'optique aux organismes d'assurance maladie obligatoire durant une période d'au-moins 6 mois au cours de l'année calendaire écoulée.

Paragraphe 1

Aide à la transmission des FSE

Au titre de son numéro de conventionnement, l'opticien perçoit de l'organisme de rattachement une aide financière à la télétransmission des FSE sécurisées chaque année, dès lors que :

- Le nombre de FSE sécurisées transmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire correspond à au moins 70 % de la totalité des feuilles de soins envoyées à ceux-ci durant l'année calendaire écoulée ;
- les FSE sécurisées ont été télétransmises dans les conditions détaillées aux articles 33 à 38 et reçues par les caisses de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'opticien possède plusieurs établissements dans une même circonscription régionale, il perçoit autant d'aides financières à la télétransmission des FSE que d'identifiants de facturation qui lui ont été délivrés par les Caisses primaires d'assurance maladie de cette région, dans la limite de 40. Le taux annuel de FSE par rapport à la totalité des feuilles de soins envoyées est calculé sur l'ensemble de ses magasins dans la même région.

Paragraphe 2

Aide à la télétransmission des ordonnances numérisées

Au titre de son numéro de conventionnement, l'opticien perçoit de l'organisme de rattachement une aide financière à la numérisation et à la télétransmission des ordonnances chaque année, au mois de mars, au titre de l'année précédente, dès lors que :

- le nombre d'ordonnances numérisées télétransmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire correspond à au moins 70 % de la totalité des ordonnances envoyées à ceux-ci durant l'année calendaire écoulée ;
- ces ordonnances ont été numérisées et télétransmises dans les conditions détaillées aux articles 39 à 45 et reçues par les caisses de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'opticien possède plusieurs établissements dans une même circonscription régionale, il perçoit autant d'aides financières à la télétransmission des ordonnances que d'identifiants de facturation qui lui ont été délivrés par les Caisses primaires d'assurance maladie de cette région, dans la limite de 40. Le taux annuel d'ordonnances numérisées télétransmises par rapport à la totalité des feuilles de soins envoyées est calculé sur l'ensemble de ses magasins dans la même région.

Article 45

Montant et octroi des aides

L'aide à la transmission de FSE dans les conditions ci-dessus requises est fixée au montant de 300 €.

L'aide à la télétransmission des ordonnances numérisées dans les conditions ci-dessus requises, est versée sous la forme d'un forfait annuel de 90 €.

Chacune de ces deux aides est attribuée indépendamment de l'autre.

Chacune est versée à l'opticien au mois de mars, au titre de l'année précédente, au vu du respect par l'opticien des conditions volumétriques fixées à l'article 44.

TITRE VI

SUIVI DE L'APPLICATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

SOUS-TITRE I

COMMISSION PARITAIRE NATIONALE

Article 46

Composition de la Commission paritaire nationale

La Commission paritaire nationale comporte deux sections :

- une section professionnelle composée de représentants des opticiens.

Le nombre et la répartition des sièges entre les organisations professionnelles signataires sont déterminés lors de la première réunion de la Commission paritaire nationale qui est organisée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la date de signature de la présente convention nationale. Ils sont actés dans le relevé de décisions de cette même séance.

Lors de cette première réunion puis, le cas échéant, aussi longtemps qu'un accord n'a pu être trouvé entre ces organisations, chacune d'entre elles possède deux sièges au sein de la section professionnelle.

Chaque siège affecté à une organisation professionnelle donne lieu à la désignation d'un représentant titulaire et de son suppléant.

- une section sociale composée de représentants titulaires de l'UNCAM et de l'UNOCAM, ainsi que leurs suppléants.

Le nombre de sièges attribués à l'UNCAM et à l'UNOCAM est déterminé lors de la première réunion de la Commission paritaire nationale. Il est égal à celui arrêté au sein de la section professionnelle.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait de signataires, la commission, constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans un délai de 60 jours à compter de la date à laquelle s'est produit l'un de ces événements. La commission comporte alors deux sections composées d'un même nombre de membres :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations professionnelles signataires au cours de la réunion de la commission ou, à défaut d'accord entre celles-ci, sont de droit d'un siège pour chacune d'entre elles ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle.

Les membres des sections sociale et professionnelle ont voix délibérative.

Les membres de la section professionnelle sont actifs dans le secteur qu'ils représentent au sein de la commission, que ce soit en tant que dirigeant ou en tant que salarié d'une entreprise. Celle-ci doit s'être placée sous le régime de la présente convention, avoir adhéré au syndicat que son dirigeant ou salarié représente et ne doit pas faire l'objet d'une procédure de mise en cause conventionnelle au titre de l'articles 51, d'une sanction conventionnelle mise en œuvre en vertu de l'article 52 ou d'une condamnation prononcée par une juridiction et affectant l'activité de l'opticien.

Chaque représentant titulaire de la commission peut se faire accompagner en séance de conseillers au nombre maximal de deux.

La commission peut également inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la commission sont informés de leur venue au moins deux semaines avant la date de la séance.

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

Le Président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Article 47

Fonctionnement de la Commission paritaire nationale

Paragraphe 1

Organisation de la commission

La Commission paritaire nationale se réunit sous l'égide de l'UNCAM sur convocation de son Président au moins une fois par an. Elle se réunit également en cas d'entrée de nouveaux signataires ou de retrait de signataires dans le champ conventionnel.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'UNCAM.

La convocation de chaque membre de la commission est adressée par le secrétariat de celle-ci à l'organisation professionnelle et à l'organisme qu'il représente et qui s'emploie à organiser la présence en réunion des titulaires ou de leurs suppléants. Les convocations sont envoyées au moins 15 jours avant la date de la réunion, sauf urgence,

accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

Paragraphe 2

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

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

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

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, un scrutin est organisé, dans un premier temps, au sein de chacune des deux sections composant la commission. Les présidents des deux sections présentent, dans un second temps, aux membres de la commission le résultat des délibérations menées au sein de leur section. En cas de partage égal des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le scrutin est alors plénier et le vote individuel s'établit à bulletin secret. Le nombre de vote est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

La Commission paritaire nationale est réputée arrêter sa position lorsqu'une proposition recueille la moitié des voix de l'ensemble de ses membres plus une voix. En cas de partage égal des voix, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la commission dans les 45 jours suivant celle-ci, hormis dans les cas régis par l'article 52 de la présente convention où ce délai est réduit. Il est signé par le président et le vice-président de la commission et adressé à chaque organisme national d'assurance maladie obligatoire et à chaque syndicat représenté au sein de la commission.

Paragraphe 3

Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- impossibilité pour le président ou le vice-président soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour commun du fait de l'un ou de l'autre durant une année de vie conventionnelle ;
- absence de quorum ou défaut de parité du fait de l'une ou l'autre section ;
- refus d'une section de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé par le secrétariat de la commission. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Lorsqu'aucune solution n'a pu être trouvée par les présidents de section dans les 30 jours suivant le constat de carence, la section qui n'est pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce que la situation entre les parties se normalise.

Paragraphe 4

Indemnisation des membres de la section professionnelle

Lorsqu'ils siègent en commission, les membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation de 230 € pour une séance, ainsi qu'une indemnité de déplacement et de séjour fixée, lors de la première réunion de la commission paritaire nationale, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Article 48

Rôle de la Commission paritaire nationale

La commission se réunit :

- à la demande de l'une des parties signataires de la présente convention nationale,
- au moins une fois par an,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel,
- en cas de retrait de signataires du champ conventionnel.

Elle étudie toute question soulevée par l'application du dispositif conventionnel tant au niveau régional qu'au niveau national et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter. Des groupes de travail peuvent dans ce cadre être organisés.

Elle émet un avis dans le cadre des sanctions de déconventionnement ferme de plus de 15 jours, ainsi qu'en cas de sanction de déconventionnement assortie d'un sursis supérieur à 3 mois, relevant de la compétence du directeur de l'UNCAM.

Elle examine les difficultés d'application ou le non respect de la réglementation présidant au remboursement des produits remboursables susceptibles d'être délivrés par les opticiens et de toutes les dispositions législatives ou réglementaires relatives à ce secteur d'activité.

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

Elle examine l'activité des commissions paritaires régionales et informe les instances ministérielles compétentes dans le domaine des dispositifs médicaux et des prestations associées des éventuelles propositions de modifications réglementaires et tarifaires formulées dans ce cadre.

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

Elle veille à la bonne application du dispositif SESAM-Vitale et aux évolutions nécessaires.

Elle étudie les données issues du codage de la LPP et envisage, selon les cas, les mesures que les parties estiment devoir prendre.

SOUS-TITRE II

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE

Une commission paritaire régionale est instituée dans chaque région visée à l'annexe 3 dans les quatre-vingt jours qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Article 49

Composition de la commission paritaire régionale

La commission paritaire régionale comporte :

- une section professionnelle composée de représentants des opticiens.

Le nombre et la répartition des sièges entre les organisations professionnelles sont alignés sur ceux de la section professionnelle de la Commission paritaire nationale.

Chaque siège affecté à une organisation professionnelle donne lieu à la désignation d'un représentant titulaire et de son suppléant dont les noms sont actés dans le relevé de décisions de la première réunion de la commission.

- une section sociale composée de représentants titulaires de l'assurance maladie obligatoire ainsi que de leurs suppléants.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait de signataires, la commission se réunit dans les 6 mois suivant la date d'envoi du relevé de décisions de la Commission paritaire nationale relatif à la nouvelle répartition des sièges. La commission comporte alors deux sections composées d'un même nombre de membre :

- une section professionnelle composée d'un même nombre de représentants que celui arrêté lors de la réunion de la Commission paritaire nationale,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle.

Les membres de la section professionnelle sont actifs dans le secteur qu'ils représentent au sein de la commission, que ce soit en tant que dirigeant ou en tant que salarié d'une entreprise. Celle-ci doit s'être placée sous le régime de la présente convention dans le ressort régional de la commission, avoir adhéré au syndicat que son dirigeant ou salarié représente et ne doit pas faire l'objet d'une procédure de mise en cause conventionnelle au titre de l'article 51, d'une sanction conventionnelle mise en œuvre en, vertu de l'article 52 ou d'une peine prononcée par une juridiction et affectant l'activité de l'opticien.

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

La commission peut inviter des experts mandatés par l'une des parties. Les autres membres de la commission en sont informés au moins deux semaines avant la date de la séance.

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

Le président de la section professionnelle et celui de la section de l'assurance maladie assurent, à tour de rôle, par période d'un an, en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Article 50

Fonctionnement de la commission paritaire régionale

Paragraphe 1

Organisation de la commission

Le secrétariat de la commission paritaire régionale est assuré par un membre du personnel administratif de l'organisme gestionnaire de la convention.

La convocation de chaque membre de la commission est adressée par le secrétariat de celle-ci à l'organisation professionnelle et à l'organisme qu'il représente et qui s'emploie à organiser la présence en réunion des titulaires ou de leurs suppléants. Les convocations sont envoyées au moins 30 jours avant la date de la réunion,

accompagnées de l'ordre du jour établi par une concertation des présidents de section et, le cas échéant, de la documentation correspondante.

Paragraphe 2

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

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

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

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, un scrutin est organisé, dans un premier temps, au sein de chacune des deux sections composant la commission. Les présidents des deux sections présentent, dans un second temps, aux membres de la commission le résultat des délibérations menées au sein de leur section. En cas de partage égal des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le scrutin est alors plénier et le vote individuel s'établit à bulletin secret. Le nombre de vote est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

La commission paritaire régionale est réputée arrêter sa position lorsqu'une proposition recueille la moitié des voix de l'ensemble de ses membres plus une voix. En cas de partage égal des voix lors d'un vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès verbal.

Le secrétariat est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décisions de chaque réunion de la commission dans les 45 jours suivant celle-ci, hormis dans les cas régis par les articles 51 et 52 de la présente convention où ce délai est réduit à 15 jours. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de 15 jours à compter de sa date de réception. Il est ensuite adressé à chaque caisse et syndicat représenté au sein de la commission, à charge pour les caisses de le transmettre aux organismes de prise en charge relevant de leur circonscription.

Paragraphe 3

Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a une situation de carence dans les cas suivants :

- impossibilité pour le président et le vice-président soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour commun du fait de l'un ou de l'autre durant une année de vie conventionnelle ;
- absence de quorum ou défaut de parité du fait de l'une ou l'autre section ;
- refus d'une section de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé par le secrétariat de la commission. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Quand aucune solution n'a pu être trouvée par les présidents de section dans les 30 jours suivant le constat de carence, la section qui n'est pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce que la situation entre les parties se normalise.

Paragraphe 4

Rôle de la commission paritaire régionale

Elle a pour rôle d'examiner les conditions d'application du présent régime conventionnel dans la circonscription de son ressort.

Elle est réunie avant toute décision susceptible d'être prise à l'égard d'un opticien défaillant, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 51 de la présente convention.

Elle se réunit à la demande de l'une au moins des parties signataires et au moins une fois par an. Elle établit un bilan annuel portant sur son fonctionnement et sur l'application de la présente convention. Ce bilan est transmis à la Commission paritaire nationale.

Paragraphe 5

Indemnisation des membres de la section professionnelle

Lorsqu'ils siègent en commission, les membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation de 230 € pour une séance, ainsi qu'une indemnité de déplacement et de séjour fixée, lors de la première réunion de la Commission paritaire nationale, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Article 51

Non-respect des engagements conventionnels par l'opticien

Conformément aux engagements qu'impose l'article 5 alinéa 4 de la présente convention, lorsque l'opticien n'a pas respecté des obligations relevant d'un autre champ conventionnel dans le cadre d'une autre activité, les faits qui lui sont imputés sont examinés au titre de la procédure instaurée par le dispositif conventionnel couvrant cette activité qu'il est présumé s'être engagé à respecter.

Lorsque les faits décelés concernent l'activité principale de l'opticien ou l'activité secondaire développée dans le champ de l'optique par une entreprise dont l'activité principale relève d'une autre convention, la procédure d'examen paritaire est menée conformément aux modalités décrites ci-après.

Paragraphe 1

Procédure d'examen préalable

L'organisme gestionnaire de la convention actionne la procédure conventionnelle à l'encontre de l'opticien lorsque sont imputables à celui-ci des faits susceptibles de s'analyser comme des anomalies. Il agit soit sur la base des contrôles qu'il a lui-même menés, soit sur saisine des caisses à la suite d'actions réalisées dans leur ressort respectif.

Sont ainsi visés tous les cas de manquement de l'opticien à ses obligations conventionnelles et réglementaires, notamment en matière de respect de la nomenclature de la LPP, de délivrance et de facturation des dispositifs médicaux d'optique, de dématérialisation des feuilles de soins et des ordonnances, etc.

Cette action ne constitue pas un préalable aux autres voies, notamment contentieuses, susceptibles d'être initiées à l'encontre de l'opticien.

Dès lors que les faits relevés ont motivé l'engagement d'une procédure devant la commission des pénalités compétente au regard de l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale, le dispositif conventionnel d'examen de ces faits ici décrit ne peut pas être mis en oeuvre.

En dehors des cas de saisine de la commission des pénalités, l'organisme gestionnaire de la convention notifie à l'opticien, par lettre recommandée avec accusé de réception, l'ensemble des faits relevés le concernant.

Lorsque ces anomalies portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification de la caisse, l'opticien dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de cette notification pour fournir ses explications écrites par lettre recommandée avec accusé de réception. Pour des faits plus anciens non prescrits, il dispose d'un délai de 60 jours.

A la demande d'une des parties, un entretien est organisé dans les 30 jours suivant la réception des explications écrites ou de l'échéance du délai de réponse. L'organisme gestionnaire de la convention en dresse le procès verbal signé des deux parties et le verse au débat en cas de réunion de la commission paritaire régionale. L'absence de signature par l'opticien ne fait cependant pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Paragraphe 2

Convocation de la commission paritaire régionale

Au terme de ces délais, si les explications fournies par l'opticien permettent d'écarter tout manquement aux obligations réglementaires ou conventionnelles, l'organisme gestionnaire de la convention l'informe par courrier de l'abandon de la procédure,

Si les faits reprochés se révèlent suffisamment fondés, l'organisme gestionnaire de la convention réunit la commission paritaire régionale prévue à l'article 46 de la présente convention dans un délai maximal de 60 jours. La notification, le procès-verbal d'entretien ainsi que tous documents utiles sont joints à l'ordre du jour.

L'opticien est invité à être auditionné et à présenter ses observations devant la commission paritaire régionale qui est chargée de statuer sur les faits qui lui sont reprochés, dans un délai minimal de 21 jours précédant la réunion de la commission, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire représenter ou assister d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat régulièrement inscrit au Barreau. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard 7 jours avant la commission.

En cas d'absence de l'opticien ou de son représentant et hors cas de force majeure, la commission en prend acte dans le relevé de décision de la séance, instruit le dossier et délibère.

Les organismes d'assurance maladie obligatoire et/ou le service médical de l'assurance maladie qui ont détecté les faits reprochés à l'opticien sont représentés au cours de l'audition de l'opticien. Ils ne participent pas aux délibérations de la commission.

La commission paritaire régionale émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition éventuelle de l'opticien. Un relevé d'avis est établi par le secrétariat de la commission. Il est transmis dans un délai de 15 jours aux présidents des deux sections de la commission qui l'approuvent et le signent dans un délai de 7 jours. Il est ensuite transmis dans un délai de 7 jours au directeur de l'organisme gestionnaire de la convention.

Article 52

Sanctions conventionnelles

Paragraphe 1

Décisions susceptibles d'être prononcées

La commission paritaire régionale peut proposer un classement du dossier sans suite lorsque les faits examinés ne nécessitent pas de sanction. Elle peut aussi estimer que les faits justifient que l'opticien soit mis en demeure de rectifier ses pratiques.

La commission paritaire régionale ne peut proposer que des sanctions pour manquement à l'application des dispositions législatives et réglementaires et des dispositions de la présente convention. Sans qu'aucune hiérarchie ne soit établie entre elles, ces sanctions sont les suivantes :

- soit un déconventionnement avec sursis,
- soit un déconventionnement ferme pour une durée ne pouvant excéder 5 ans.

La bonne foi de l'opticien mis en cause est un facteur d'appréciation des faits.

Paragraphe 2

Prononcé des sanctions

Les sanctions sont décidées par le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM.

En cas de sursis, la sanction est rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux faits réalisés postérieurement à la notification de la sanction définitive ont été détectés à l'encontre de l'opticien par la commission paritaire régionale. Elle se cumule, dans ce cas, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux faits.

La sanction est prononcée à l'encontre de l'opticien, tel qu'il est envisagé dans la présente convention, en tant que personne juridique ayant adhéré au régime conventionnel. Elle s'applique donc à l'ensemble des locaux d'activité professionnelle que l'opticien possède dans la circonscription où la procédure conventionnelle a été engagée à son encontre.

L'opticien subissant une sanction de déconventionnement ferme dans une circonscription perd le droit de faire bénéficier les assurés sociaux de la procédure de dispense d'avance des frais dans cette circonscription et il est réputé ne plus pouvoir placer de nouveaux locaux sous régime conventionnel, dans aucune circonscription, pour toute la durée de la sanction.

Le déconventionnement interdit à l'opticien la pratique du tiers payant conventionnel pour toutes les feuilles de soins qu'il établit au titre des délivrances d'équipements réalisées pendant la période couverte par la sanction.

En revanche, le déconventionnement ne peut pas avoir pour effet de priver du bénéfice de la dispense d'avance des frais les personnes relevant d'un dispositif de tiers payant prévu par le législateur :

- la complémentaire santé solidaire,
- l'aide médicale d'Etat,
- la maternité,
- les affections de longue durée,
- les accidents du travail,
- la détention pénitentiaire.

Lorsqu'il est établi que les anomalies relevées ne concernent qu'un ou certains magasins de l'opticien, la suspension du tiers payant inhérente au déconventionnement ne s'applique qu'à ceux-ci. En revanche, les modalités d'éligibilité aux aides à la facturation sécurisée et à la transmission des ordonnances déterminées par l'article 44 continuent de s'appliquer à l'ensemble des magasins de l'opticien dans la région.

Toutefois, lorsque le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention estime que les faits relevés appellent une sanction de déconventionnement ferme de plus de 15 jours, quelle que soit sa durée, ou de déconventionnement assortie d'un sursis supérieur à 3 mois, à l'exclusion des cas de non-conformité aux critères conventionnels ou réglementaires d'exercice, la décision de sanction revient alors au directeur de l'UNCAM après avis de la Commission paritaire nationale.

Paragraphe 3

Notification des sanctions relevant de la compétence de l'organisme gestionnaire de la convention

Les sanctions sont notifiées à l'opticien par le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis de la commission paritaire régionale par le directeur général de L'UNCAM. Les notifications précisent les voies et délais de recours et la date d'application de la sanction.

L'organisme gestionnaire de la convention transmet cette décision dans les mêmes délais au secrétariat de la Commission paritaire nationale, ainsi que le procès verbal de la délibération de la commission paritaire régionale correspondant. Le secrétariat de la Commission paritaire nationale transmet ces informations aux organisations professionnelles membres de celle-ci.

En cas de déconventionnement, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Paragraphe 4

Notification des sanctions relevant de la compétence du directeur de l'UNCAM

Dans le cas où l'organisme gestionnaire de la convention, au nom des trois régimes d'assurance maladie relevant de l'UNCAM, souhaite que soit prononcée une sanction de déconventionnement ferme de plus de 15 jours ou de plus de 3 mois avec sursis, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention saisit la Commission paritaire nationale dans un délai de 30 jours à compter de la date de transmission de l'avis de la commission paritaire régionale à son endroit. Il étaye sa saisine de la Commission paritaire nationale par tout moyen qu'il juge adapté, y compris le cas échéant l'avis de la commission paritaire régionale.

La Commission paritaire nationale se réunit dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la saisine du directeur.

L'opticien est invité à être auditionné et à présenter ses observations devant la Commission paritaire nationale dans un délai minimal de 21 jours précédant la réunion de la commission, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire représenter ou assister d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense, sous forme numérisée, au plus tard 7 jours avant la commission.

La commission auditionne, au cours de la même séance, l'opticien mis en cause et l'organisme ou les organismes concernés.

Elle émet en séance un avis sur la sanction proposée par le directeur de la caisse.

Les membres de la Commission paritaire nationale chargés de se prononcer en l'espèce, ne peuvent être ceux qui ont siégé au sein de la commission paritaire régionale qui a émis un avis dans la même procédure visant l'opticien.

Le secrétariat de la commission établit un relevé d'avis qui est signé dans un délai de 15 jours par le président et le vice-président de la commission.

Le directeur de l'UNCAM décide de la sanction à retenir. La décision du directeur de l'UNCAM est notifiée à l'opticien dans un délai de 45 jours à compter de la date de réunion de la Commission paritaire nationale. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose l'opticien pour contester la décision, ainsi que la date d'application de celle-ci fixée à échéance d'un délai minimal de 30 jours.

Le directeur de l'UNCAM adresse parallèlement copie de sa décision aux membres de la Commission paritaire nationale et au directeur de l'organisme gestionnaire de la convention à l'origine de la saisine de la Commission paritaire nationale, à charge pour ce dernier d'en aviser l'organisme de rattachement et les organismes des autres régimes.

Article 53

Publicité des sanctions conventionnelles

Lorsqu'une sanction définitive de déconventionnement ferme est prononcée à l'encontre de l'opticien, quelle qu'en soit la durée, ce dernier affiche dans sa surface de vente, de manière lisible et intelligible par tous les visiteurs, une information faisant état de son déconventionnement et précisant la période qu'il couvre.

A partir d'une seconde sanction définitive de déconventionnement ferme, cet affichage est en outre effectué en vitrine du magasin de l'opticien.

Lorsque l'opticien exerce tout ou partie de son activité par l'intermédiaire d'un site internet, une information relative à son déconventionnement et à ses dates de début et de fin est mentionnée sur la page d'accueil du site,

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux par affichage dans leurs locaux, les sanctions conventionnelles définitives prises à l'encontre de l'opticien et ce uniquement pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 54

Incidence des décisions juridictionnelles sur la vie conventionnelle

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

En cas de condamnation définitive et exécutoire de l'opticien par les tribunaux pour des faits relevant de ses rapports avec l'assurance maladie, la commission paritaire régionale est saisie d'office. Après avoir laissé la possibilité à l'opticien d'être entendu dans les conditions prévues par le présent titre, la commission paritaire régionale envisage la sanction adaptée que le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention arrête.

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme d'assurance maladie en application du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant quinze plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention peut

décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder quatre-vingt-dix jours.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention notifie à l'opticien par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

L'opticien 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 de l'opticien ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension à l'opticien par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention engage une procédure de déconventionnement de l'opticien dans les conditions définies aux articles 51 et 52. Le préalable des observations écrites prévues à l'article 51 ne s'applique pas à cette procédure.

L'opticien dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.

Lorsque la peine prononcée par une juridiction consiste en une interdiction pénale d'exercer l'activité professionnelle, l'opticien se trouve de ce seul fait automatiquement placé hors convention à partir de la date d'application de la peine et pour une durée identique.

Le directeur de l'organisme gestionnaire de la convention notifie à l'UNOCAM le déconventionnement de l'opticien dans chacune des situations ici visées.

Article 55

Continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'application de la convention se poursuivent et sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

TITRE VII

RÈGLES PARTENARIALES GÉNÉRALES

Article 56

Entrée en application de la convention

La présente convention annule toute autre convention antérieure ayant le même champ et le même objet. Elle est conclue pour une durée de 5 ans. Elle est prorogée par tacite reconduction pour des périodes de même durée.

Article 57

Règles de représentation professionnelle présidant au partenariat conventionnel

En l'absence de conditions de représentativité des organisations professionnelles définies par le législateur, les signataires considèrent que le respect des critères ci-après énumérés est requis des postulants au partenariat organisé par la présente convention :

- l'indépendance, notamment financière, du syndicat ;
- son ancienneté minimale de deux ans ;
- la répartition de ses adhérents dans au moins 7 régions administratives ;
- un nombre d'identifiants assurance maladie représentant au moins 5 % du total des identifiants délivrés par les organismes de l'assurance maladie obligatoire dans le secteur de l'optique ;

Ces critères sont cumulatifs.

Article 58

Retrait d'une partie de la convention

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

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

Article 59*Résiliation de la convention*

La présente convention est résiliée par les parties signataires soit par décision de la majorité des organisations professionnelles signataires, soit par décision de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie obligatoire.

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

Fait à Paris, le 31 mars 2021.

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

T. FATOME

*Le président de l'Union nationale
des organismes complémentaires
d'assurance maladie,*

M. RONAT

*Le président de la Fédération nationale
des opticiens de France,*

A. GERBEL

*Le président du Rassemblement
des opticiens de France,*

A. BALBI

*La présidente du Syndicat national
des opticiens mutualistes,*

E. ORTA

ANNEXE 1a

FORMULAIRE D'ADHÉSION À LA CONVENTION NATIONALE DES OPTICIENS (1)

<p>A REMPLIR PAR LE DIRIGEANT/GERANT</p> <p>Je soussigné</p> <p>Dirigeant/gérant de :</p> <p>numéro SIREN :</p> <p>adresse du ou des magasins dans la circonscription régionale :</p> <p>.....</p> <p>..... (2)</p> <p>déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur et avoir pris connaissance de la convention nationale susmentionnée ainsi que de toute autre convention également applicable à mon activité dont je m'engage à respecter tous les termes.</p> <p>A, le</p>
--

(1) Ce modèle type de formulaire indique les mentions minimales que doit contenir le formulaire utilisé par l'organisme de rattachement. Il peut être adapté par l'ajout de mentions justifiées par des particularités locales, en accord avec les représentants de la profession.

(2) Préciser, le cas échéant, les modalités pratiques d'exercice de l'activité, si elle est à temps partiel (jours et heures de présence obligatoire du ou des opticiens diplômés pour recevoir les assurés) ou tout autre renseignement utile.

<p>A REMPLIR PAR LE DIRIGEANT/GERANT</p> <p>Opticiens exerçant dans le ou les magasins :</p> <p>Nom et n° ADELI (3) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(3) Fournir copies des attestations délivrées par l'ARS

<p>A REMPLIR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE</p> <p>Je soussigné, Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de.....</p> <p>après avoir vérifié la régularité de la situation juridique du professionnel et avoir effectué un contrôle favorable du local ou des locaux où il exerce, reconnais l'adhésion de l'opticien à la convention nationale susmentionnée.</p> <p>A, le</p>
--

<p>Le Directeur de la caisse</p>	<p>Le dirigeant/gérant de l'entreprise</p>
--	--

ANNEXE 1b

COURRIER TYPE D'INFORMATION DE LA CAISSE PAR L'OPTICIEN
MENTIONNÉ AU DERNIER ALINÉA DE L'ARTICLE 4

(à envoyer à la CPAM de rattachement en lettre recommandée avec accusé de réception)

Coordonnées du dirigeant/gérant de l'entreprise	Coordonnées de l'organisme de rattachement
---	---

Lieu et date :

Objet : extension d'activité couverte par une convention autre que la convention nationale des opticiens

Madame, Monsieur,

Je soussigné (e)

Dirigeant/gérant la (personne morale) :

forme juridique : ;

numéro SIREN :

adresse du local ou des locaux dans la circonscription régionale :

.....

.....

.....

.....

.....

déclare étendre mon activité initiale en dehors du champ couvert par le chapitre 2 du titre II de la LPP, comme
suit : (à renseigner par le professionnel).

Signature du dirigeant/gérant

ANNEXE 2

ORGANISMES GESTIONNAIRES DE LA CONVENTION EN MÉTROPOLE

Régions	Organismes gestionnaires
Corse	CPAM Marseille
PACA	
Bourgogne – Franche Comté	CPAM Dijon
Bourgogne – Franche Comté	CPAM Dijon
Languedoc - Roussillon - Midi-Pyrénées	CPAM Toulouse
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charente	CPAM Bordeaux
Bretagne	CPAM Rennes
Pays de Loire	CPAM Nantes
Centre – Val de Loire	CPAM Orléans
Nord - Pas-de-Calais - Picardie	CPAM Lille
Alsace – Champagne – Ardennes - Lorraine	CPAM Strasbourg
Auvergne – Rhône-Alpes	CPAM Lyon
Ile de France	CRAMIF
Haute Normandie et Basse Normandie	CPAM Rouen

ANNEXE 3

LISTE DES ANOMALIES RENDANT INEXPLOITABLES LES PIÈCES NUMÉRIQUES

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 ou sans posologie ou sans durée ;
- 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'opticien 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'opticien dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'opticien 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.

ANNEXE 4

MODALITÉS DE SÉCURISATION ET D'ENVOI DES FSE

Les parties signataires s'entendent sur les définitions suivantes.

- On entend par « feuille de soins électronique », communément appelée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale et de la carte du professionnel.

Ce mode d'envoi est appelé B2S.

- On entend par feuille de soins « SESAM sans Vitale » la feuille de soins sécurisée uniquement avec la carte du professionnel.

Ce mode d'envoi est appelé B2F.

- On entend par feuille de soins SESAM « dégradé » la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

Ce mode d'envoi est appelé B2D.

- On entend par feuille de soins « en norme IRIS B2 » la feuille de soins télétransmise par un autre dispositif que le module SESAM-Vitale, sans carte CPS.

Ce mode d'envoi est appelé B2.

- On entend par feuille de soins papier la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle Cerfa en vigueur.

Seules les feuilles de soins envoyées en flux B2S et B2F sont éligibles à l'accompagnement financier de l'équipement SESAM-Vitale prévu aux articles 41 et 42.