

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

NOR : SANS0622889A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-16-1,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, conclue entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et le directeur général de la forêt et des affaires rurales au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 juillet 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Pour le ministre et par délégation :
*L'adjointe au directeur général
de la forêt et des affaires rurales,*
S. ALEXANDRE

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,*
PHILIPPE BAS

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-16-1,

Il est convenu ce qui suit :

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

D'une part,

Et :

La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

L'Union des syndicats de pharmaciens d'officine ;

L'Union nationale des pharmacies de France,

D'autre part.

Préambule

La loi du 13 août 2004 réaffirme le partenariat conventionnel qui doit présider aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et le rôle de chacun en faveur du bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie, pour préserver son caractère universel, obligatoire et solidaire.

Dans ce cadre, les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine et l'UNCAM ont construit les fondements d'une politique contractuelle en signant, le 6 janvier 2006, l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques et un protocole relatif à la permanence des soins pharmaceutiques.

Par cette démarche partenariale, ils décident de conclure une convention nationale confortant le pharmacien dans son rôle de professionnel de santé, grâce à son analyse éclairée des prescriptions, aux conseils et informations qu'il prodigue et à l'accompagnement ou au suivi thérapeutique qu'il accorde aux patients particulièrement exposés.

Ce rôle confirme l'importance du pharmacien au sein du système de santé et ainsi :

- son droit exclusif de dispensation des médicaments qu'il entend voir préservé ;
- sa détermination à renforcer les liens entre l'ensemble des professionnels de santé appelés à prendre en charge les malades, par une meilleure coordination des soins.

La mise en place de la formation conventionnelle, l'indemnisation de la permanence des soins pharmaceutiques et le financement de la télétransmission, en contrepartie de l'amélioration des services rendus par le pharmacien, notamment dans le domaine du médicament générique, témoignent de la volonté des parties d'établir les bases d'engagements réciproques permettant de sauvegarder notre système d'assurance maladie solidaire.

Dans cet esprit, les parties reconnaissent la nécessité de veiller à la bonne gestion des dépenses de l'assurance maladie, en accroissant la dispensation de médicaments génériques dans un cadre de concertation que le présent accord organise et en mettant en place les moyens destinés à garantir le respect du périmètre des soins remboursables.

TITRE I^{er}

DE LA PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

SOUS-TITRE I^{er}

DU CHAMP DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er}

De l'objet de la convention

Dans la présente convention, les parties signataires se fixent comme objectifs :

- de rassembler en un dispositif conventionnel unique l'ensemble des principes, modalités et procédures appelés à régir leurs relations ;
- de préciser les dispositions applicables aux pharmaciens d'officine tendant à l'amélioration de leurs pratiques ;
- de développer la coordination des soins, les nouvelles missions des pharmaciens, ainsi que tous les outils mis en place dans l'intérêt du malade ;
- de déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables ;
- de définir les conditions de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais qui peut être proposée aux assurés par les pharmaciens lors de la dispensation des prestations ;
- d'assurer le financement de la permanence des soins pharmaceutiques ;
- de déterminer les conditions de mise en œuvre et de financement de la formation conventionnelle des pharmaciens ;
- de placer les relations entre les caisses et les pharmaciens dans la perspective d'une régulation optimale des dépenses d'assurance maladie, tout en se conformant aux impératifs d'un système de soins de qualité, l'objectif étant d'améliorer l'efficacité du système de soins ;

- d'organiser les instances paritaires afin de favoriser la concertation entre les partenaires.

Article 2

De l'obligation de conventionnement

En application de la volonté du législateur, pour que les prestations qu'il dispense soient remboursables par l'assurance maladie, tout pharmacien d'officine adhère à la présente convention.

Le pharmacien qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations.

La présente convention s'applique dès l'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, signataires ou non.

Est appelé à être conventionné et est désigné comme « le pharmacien » dans la présente convention tout pharmacien titulaire d'une officine exerçant son activité en France, au sein d'une officine, à titre libéral, dans le respect des textes régissant son activité, inscrit au tableau des sections A et E de l'ordre national des pharmaciens, et appelé à dispenser des prestations remboursables à des assurés sociaux.

Sont désignés comme les « caisses » les organismes d'assurance maladie auxquels la convention s'applique. Lorsque seule la caisse primaire d'assurance maladie est visée par la présente convention, elle est réputée agir pour son compte et au nom et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie auxquels cette dernière s'applique.

Article 3

Du caractère unique et national de la convention

Les parties signataires reconnaissent qu'aucune autre convention, nationale ou locale, ayant un objet relevant de l'article 1^{er} de la présente convention ne peut régir les rapports entre les caisses et les pharmaciens, à l'exception des accords que ces mêmes parties acceptent de voir conclure.

La présente convention rend donc caduc tout accord existant et ayant un objet entrant dans le champ de l'article 1^{er} de la convention à l'exception des accords que ces mêmes parties souhaitent voir perdurer. La commission paritaire nationale (CPN) définie à l'article 59 examine lors de sa première réunion la liste des accords que les parties signataires souhaitent maintenir.

Article 4

Du champ des prestations

La présente convention s'applique à l'ensemble des produits de santé susceptibles d'être délivrés par les pharmaciens et facturés aux caisses dans le respect des textes en vigueur.

La notion de produits de santé désigne, dans la convention, tous les médicaments et dispositifs médicaux, au sens du code de la santé publique, remboursables par l'assurance maladie.

Les parties conviennent d'utiliser en outre, dans la convention, les termes de « dispositifs médicaux » pour l'ensemble des produits et prestations associées inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Article 5

Des bénéficiaires des dispositions conventionnelles

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

SOUS-TITRE II

DE L'ADHÉSION À LA CONVENTION NATIONALE

Article 6

Des modalités d'adhésion

Dans un délai maximal d'un mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté d'approbation de la convention, afin de permettre à tous les pharmaciens titulaires d'officine installés dans sa circonscription d'adhérer à la convention, la caisse primaire d'assurance maladie leur adresse un exemplaire de la convention accompagné d'un formulaire d'adhésion, en double exemplaire, conforme au modèle figurant à l'annexe I-1.

La caisse primaire d'assurance maladie informe à cette occasion les pharmaciens de l'entrée en vigueur de la présente convention et de son caractère obligatoire pour que les produits de santé qu'ils dispensent soient remboursables par l'assurance maladie.

Lors de l'entrée en application de la présente convention, les pharmaciens déjà conventionnés auprès d'organismes des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre d'un précédent dispositif, conservent le bénéfice de leur conventionnement antérieur en attendant que la procédure relative à leur adhésion au titre de la présente convention ait été menée à son terme.

Il appartient à tout pharmacien commençant à exercer en tant que titulaire au sein d'une officine postérieurement à l'entrée en application de la présente convention de présenter une demande d'adhésion à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription dans laquelle il exerce. Celle-ci lui envoie en retour un exemplaire de la convention accompagné du formulaire d'adhésion susmentionné, en double exemplaire.

En cas de pluralité de pharmaciens titulaires au sein d'une même officine, ces derniers doivent se déterminer de manière identique au regard du régime conventionnel. A défaut, ils sont tous réputés non conventionnés.

Article 7

Des modalités de reconnaissance de l'adhésion

Afin de se placer sous régime conventionnel, le pharmacien renvoie à la caisse primaire d'assurance maladie les deux exemplaires du formulaire d'adhésion prévu à l'article 6, dûment rempli, dans le délai de deux mois à compter de la date de réception du document. Il précise la dénomination sociale, l'adresse et la forme juridique de l'officine ainsi que le numéro d'inscription à l'ordre, et le numéro d'identification délivré par la DDASS.

En cas de pluralité de pharmaciens titulaires dans l'officine, chaque titulaire indique son nom, prénom et son numéro d'inscription à l'ordre ainsi que son numéro d'identification délivré par la DDASS sur le même formulaire et cosigne celui-ci.

Lorsque le pharmacien renonce à adhérer à la convention, il en informe la caisse primaire par lettre recommandée avec accusé de réception. Il conserve la possibilité de formuler, à tout moment, une demande d'adhésion.

Dans le cas où le pharmacien ne s'est pas manifesté dans les deux mois requis, la caisse lui notifie par lettre recommandée avec accusé de réception un délai supplémentaire d'un mois, au terme duquel il est réputé hors convention.

La caisse primaire d'assurance maladie communique aux caisses des autres régimes du même ressort géographique, la liste des pharmaciens n'ayant pas adhéré dans les délais requis.

Article 8

De la résiliation de l'adhésion

Le pharmacien garde la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse primaire d'assurance maladie. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de la première présentation de la lettre à la caisse.

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

Article 9

De l'engagement conventionnel du pharmacien

En adhérant à la présente convention par la signature du formulaire mentionné ci-dessus, le pharmacien s'engage à en respecter toutes les dispositions.

Conformément à la volonté exprimée par le législateur, cet engagement s'impose :

- aux pharmaciens adjoints sous la responsabilité du pharmacien titulaire ;
- au pharmacien amené à remplacer le pharmacien titulaire dans les conditions définies par les textes en vigueur.

Dans ces deux cas, le pharmacien titulaire informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

SOUS-TITRE III

DE LA VIE CONVENTIONNELLE

Article 10

De la durée de la convention

La présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation. Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée.

Article 11

De la signature de la convention par une nouvelle partie

Tout syndicat reconnu légalement représentatif peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions des articles 59 et 62.

Article 12

Du retrait d'une partie signataire de la convention

Après en avoir avisé la CPN, chaque partie signataire a la faculté de se retirer du régime instauré par la présente convention en informant par lettre recommandée avec accusé de réception chacun des autres signataires, simultanément. Son retrait est effectif au terme d'un délai de deux mois à compter de la date de la première présentation de la lettre recommandée.

La qualité de partie signataire peut être à nouveau obtenue sur demande à compter de la date anniversaire de la convention.

Article 13

De la résiliation de la convention

Après en avoir avisé la CPN, la présente convention peut être résiliée par les partenaires soit par décision conjointe des organisations professionnelles signataires, soit par décision de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à chaque partie signataire, simultanément :

- en cas de violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- en cas de modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les pharmaciens.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la première présentation de la lettre recommandée, pendant lequel une nouvelle convention est négociée et signée par l'UNCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives. Ce délai peut être prorogé à la demande de l'une ou l'autre des parties.

TITRE II

**DES CONDITIONS ET CRITÈRES DE LA DISPENSATION
DE PRODUITS DE SANTÉ AUX ASSURÉS SOCIAUX**SOUS-TITRE I^{er}**DES CONDITIONS GÉNÉRALES DE DISPENSATION**

Article 14

Du libre choix de l'assuré

L'assuré choisit librement son pharmacien.

Article 15

De l'information de l'assuré

A l'occasion de la dispensation de produits de santé remboursables, le pharmacien informe l'assuré des conditions de prise en charge par les régimes d'assurance maladie définies par les textes réglementaires en vigueur.

Article 16

De l'espace de confidentialité

Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité.

SOUS-TITRE II
DE LA QUALITÉ
DE LA DISPENSATION PHARMACEUTIQUE

Article 17

De l'objectif de qualité

Les partenaires conventionnels confirment leur volonté de poursuivre la recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique des produits de santé. Ils soulignent les principaux éléments concourant à cette qualité :

- favoriser l'observance des traitements ;
- prévenir les incidents ou accidents iatrogènes ;
- prodiguer des conseils de prévention ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient ;
- exercer si nécessaire en coordination avec les autres professionnels de santé ;
- soutenir les campagnes de santé publique et participer, le cas échéant, à leur élaboration.

A cette fin, les partenaires reconnaissent l'intérêt de développer d'un commun accord, au-delà des obligations réglementaires qui incombent aux pharmaciens, des outils favorisant le bon usage par les patients des médicaments et des dispositifs médicaux.

S'agissant des dispositifs médicaux qui répondent à des critères de délivrance souvent spécifiques, l'exigence de qualité implique que le pharmacien respecte non seulement les textes réglementaires relatifs à la formation, à la compétence et à l'exercice professionnel dans ce domaine, mais aussi les modalités de délivrance particulières définies à l'annexe II-2.

Article 18

De la nature et du contenu de la dispensation pharmaceutique

Les parties signataires considèrent que l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale effectuée par le pharmacien au cours de l'acte de dispensation est un facteur essentiel contribuant à la qualité de cet acte. Elle le conduit plus particulièrement à :

- apporter aux assurés sociaux les informations et les conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements, notamment au bon usage des produits de santé ;
- opérer un suivi de l'utilisation des produits de santé pour chaque assuré qui recourt régulièrement à ses services, notamment en veillant à ce que les quantités délivrées à l'occasion de dispensations successives par son officine soient en adéquation avec le ou les traitements prescrits ;
- rechercher, si nécessaire, la concertation avec les prescripteurs ainsi que les autres acteurs du champ de la santé.

Article 19

De l'accompagnement pharmaceutique du patient

Les partenaires conventionnels considèrent que le bon usage des produits de santé est favorisé par la précision et la pertinence des informations et des recommandations qui sont dispensées aux malades. En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien est amené à jouer, dans cette optique, un rôle primordial.

Les parties signataires soulignent qu'au-delà des obligations réglementaires générales applicables en matière d'information des assurés, il importe de renforcer le suivi des patients par les pharmaciens dans certains cas visés ci-dessous.

La finalité de l'accompagnement pharmaceutique du patient par le pharmacien est de garantir les meilleures conditions d'initialisation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement. Cet accompagnement est effectué par tout moyen d'information à la disposition du pharmacien.

Les partenaires conviennent que la transmission aux patients de ces informations est particulièrement nécessaire dans plusieurs situations, notamment :

- dispensation de traitements à des enfants en bas âge ;
- initialisation ou modification d'un traitement chronique ;
- affection de longue durée ;
- dispensation de traitements à des personnes âgées ;
- suivi des patients sous traitement particulier ;

- dispensation de médicaments à conditions de prescription et de délivrance particulières.

Les informations et préconisations suivantes sont alors fournies aux patients :

- la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;
- les informations nécessaires au bon usage du médicament délivré, et en particulier en cas de dispensation de médicaments génériques ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient.

Les parties signataires étudient, dans le cadre des instances conventionnelles, l'évolution et l'adaptation des outils et des moyens favorisant la qualité de la dispensation pharmaceutique et l'information des malades.

Article 20

Du suivi pharmaceutique

Le pharmacien d'officine est un acteur prépondérant dans la prévention des incidents ou accidents iatrogènes. En effet, certains médicaments présentent de forts risques d'effets indésirables et nécessitent par conséquent un suivi, voire une adaptation régulière de la posologie.

Ainsi, le pharmacien assure le suivi des actes de dispensation successivement accomplis au sein de son officine au profit d'un même patient et fournit à ce dernier toutes les recommandations pharmaceutiques de bon usage que requièrent les produits de santé qui lui sont délivrés.

Le pharmacien instaure des échanges avec le ou les prescripteurs, ainsi que les autres professionnels de santé, quand l'état du patient ou la complexité des traitements le justifie.

Article 21

Des objectifs partenariaux concourant à la qualité de la dispensation pharmaceutique

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de développer des actions poursuivant des objectifs de qualité. Ces objectifs sont définis dans le cadre d'accords de bon usage du médicament prenant en compte des objectifs de santé publique.

Il s'agit de contrats fixant des objectifs ayant trait à la pratique de la dispensation pharmaceutique, intéressant l'ensemble de la profession et concernant notamment l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle, la contraception d'urgence, la vaccination antigrippale et les associations formellement contre-indiquées.

Ces accords font l'objet d'avenants à la présente convention.

Article 22

De la formation conventionnelle

Les parties considèrent que la formation continue des pharmaciens est une garantie indispensable à l'optimisation de la qualité de la dispensation pharmaceutique. Elle permet l'actualisation et l'amélioration des connaissances acquises, ainsi que l'apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles contribuant à la réalisation des impératifs de santé publique.

Dans cette optique, elles définissent par avenant un dispositif destiné à encourager la formation conventionnelle des pharmaciens.

Conformément à la volonté du législateur, la formation conventionnelle porte prioritairement sur des thèmes définis par les partenaires en adéquation avec les objectifs de l'assurance maladie. Sa finalité est notamment de favoriser :

- l'optimisation de l'acte de dispensation pharmaceutique ;
- la participation à la coordination interprofessionnelle des soins ;
- la réalisation des objectifs de qualité fixés par la convention ;
- la prise en compte dans l'exercice professionnel des priorités de santé publique ;
- la dispensation des médicaments génériques ;
- la prise en charge et l'information des patients sur la bonne utilisation des produits de santé ;
- la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique.

Le financement de la formation est effectué par l'UNCAM sous forme d'une dotation annuelle versée à l'organisme gestionnaire conventionnel défini par avenant. Cette dotation est arrêtée en CPN au cours de l'exercice qui précède l'exercice de réalisation des actions de formation conventionnelle.

Un protocole de financement, conclu entre l'organisme gestionnaire et l'assurance maladie, pour la durée de la convention nationale, fixe les conditions d'utilisation et les modalités de versement de la dotation.

Article 23

Du suivi des objectifs de qualité

L'assurance maladie organise des échanges d'information sur le suivi des objectifs de qualité.

Des échanges confraternels entre le service du contrôle médical de l'assurance maladie et les pharmaciens peuvent avoir lieu dans ce cadre.

SOUS-TITRE III

DE LA COORDINATION ENTRE PHARMACIENS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Article 24

De la nécessité d'un partenariat entre professionnels de santé

Les parties signataires se déclarent attachées au renforcement des liens devant s'établir, dans l'intérêt des malades, entre l'ensemble des professionnels de santé. Elles observent que, dans ce but, le pharmacien peut participer à une concertation organisée avec d'autres professionnels de santé.

Cette concertation interprofessionnelle peut revêtir différentes formes décrites ci-dessous.

Article 25

Des réseaux de santé

Les parties reconnaissent que la participation des pharmaciens aux réseaux de santé améliore la prise en charge des patients, pour certaines pathologies et certaines populations, grâce à la coordination des soins dispensés par les différents professionnels de santé participant à ces réseaux et grâce au dialogue régulier et à l'échange de données entre ces mêmes professionnels. Cette participation relève alors du droit commun régissant les conditions de constitution et de financement de ces réseaux.

Les modalités de cette participation sont définies dans une annexe à la convention insérée par avenant.

Article 26

Des accords de santé publique

Les parties peuvent conclure des accords permettant aux pharmaciens d'accompagner la mise en œuvre de certains contrats de santé publique signés entre les caisses et les autres professions de santé dans le but de renforcer la permanence et la coordination des soins et de développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Les parties étudient, au sein de la CPN, les thèmes et le contenu de tels accords à annexer par avenant à la convention.

Article 27

De la dispensation dans le cadre des établissements médico-sociaux

Les parties signataires souhaitent préciser les modalités d'exercice de la dispensation pharmaceutique dans les cas où le pharmacien est appelé à réaliser cet acte au profit de personnes hébergées au sein d'un établissement médico-social. Ces modalités, définies par avenant avant le 31 décembre 2006, sont axées sur la qualité, la sécurité et la proximité de la dispensation.

Article 28

Du soutien à domicile

Les partenaires conviennent :

- de rechercher les meilleurs moyens permettant la continuité des traitements que suivent les malades soignés ou maintenus à leur domicile ou à l'occasion de leur retour à domicile après une hospitalisation ;

- de promouvoir à l'occasion du suivi du patient à domicile, chaque fois que possible, une concertation entre professionnels permettant d'aboutir à une prise en charge coordonnée.

SOUS-TITRE IV

DE LA CONTRIBUTION DU PHARMACIEN À UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS

Article 29

De la participation du pharmacien à la continuité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses

29.1. La continuité des soins

Dans le cas des traitements chroniques, les parties signataires recherchent, en concertation avec les organisations syndicales signataires de la convention médicale, les solutions permettant aux pharmaciens de mettre en œuvre la continuité des soins prescrits au patient en cas d'indisponibilité du prescripteur.

29.2. Le rôle du pharmacien dans la maîtrise des dépenses de santé

Par une dispensation la mieux adaptée aux besoins du patient et dans le respect de la prescription, le pharmacien joue un rôle actif en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

29.3. Le rôle moteur du pharmacien dans le développement des spécialités génériques

La croissance continue de la dispensation des spécialités génériques contribue à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, tout en garantissant la pérennité de la qualité des soins dispensés. Les partenaires conventionnels souhaitent marquer leur attachement constant au maintien et au développement de cette croissance.

Pour ce faire, la CPN veille à la réalisation des actions nationales relatives au développement des médicaments génériques et déterminées par les partenaires dans le cadre des accords qu'ils concluent.

SOUS-TITRE V

DE LA PERMANENCE PHARMACEUTIQUE CONVENTIONNELLE

Article 30

De la nécessité d'un service de garde et d'urgence pharmaceutiques

Les parties s'accordent à considérer que la permanence pharmaceutique est l'une des garanties de l'accès aux soins et de leur continuité. Sa pleine efficacité constitue un objectif à poursuivre par la mise en œuvre de moyens optimisés. Conformément au protocole d'accord national relatif à la permanence pharmaceutique des soins qu'elles ont signé le 6 janvier 2006, elles entendent contribuer à l'organisation et à la pérennité d'un dispositif efficace.

Pour ce faire, elles conviennent de la nécessité de mieux rémunérer les périodes d'exercice de garde et d'urgence en mettant en place un dispositif financier conventionnel complémentaire aux honoraires de garde et d'urgence.

Article 31

De l'organisation de la permanence pharmaceutique conventionnelle

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les services de garde et d'urgence pharmaceutiques sont organisés par les organisations syndicales représentatives de la profession dans le département afin d'assurer une permanence pharmaceutique, dans l'intérêt des patients.

Une pharmacie habituellement ouverte la nuit ou les dimanches et jours fériés et non inscrite sur la liste des pharmacies de garde établie par les syndicats ne peut percevoir ni l'indemnité d'astreinte ni les honoraires de garde et d'urgence.

31.1. Conditions et critères de la permanence pharmaceutique conventionnelle

Une réponse adéquate aux besoins en médicaments et en dispositifs médicaux de la population implique un découpage des secteurs de garde et d'urgence pharmaceutiques qui garantisse une couverture territoriale rationnelle minimisant le temps de déplacement du patient.

En vertu du protocole d'accord national du 6 janvier 2006, le nombre de secteurs dans lesquels la permanence pharmaceutique conventionnelle est financée, selon les périodes de permanence considérées, est fixé dans la limite de :

- 1 150 secteurs pour les nuits ;
- 1 450 secteurs pour les dimanches et jours fériés.

31.2. Information des caisses par les syndicats

Les syndicats professionnels communiquent à la caisse primaire la liste des secteurs de garde qu'ils ont établie comprenant le nom des pharmacies situées dans chaque secteur.

Cette liste est transmise un mois au plus tard après la date d'entrée en vigueur de la convention et à chaque modification.

Au terme de chaque période de permanence d'un mois, les syndicats envoient à la caisse primaire, avant le 15 du mois suivant, la liste des pharmacies ayant effectivement assuré les gardes durant cette période.

31.3. Information de l'assuré sur la nature de la permanence pharmaceutique

A l'occasion de chaque dispensation effectuée durant les périodes de permanence, le pharmacien informe l'assuré du contexte dans lequel cette dispensation intervient et de la majoration qu'elle induit dans le remboursement de l'assurance maladie.

Le pharmacien expose sur une affiche visible et aisément intelligible, dans la partie de l'officine destinée à l'accueil des patients, les majorations réglementaires à l'acte que le pharmacien est autorisé à facturer.

Article 32

Du financement de la permanence pharmaceutique

32.1. Bases de rémunération des astreintes

Le financement conventionnel de la permanence pharmaceutique est assuré sur la base d'une indemnité d'astreinte dont le montant est fixé à 75 euros, révisable par avenant, pour chacune des périodes suivantes :

- la nuit ;
- la journée du dimanche ;
- le jour férié.

Ce financement s'applique au 15 avril 2006, sous réserve de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les partenaires conventionnels s'engagent à étudier la mise en place d'une seconde étape visant à une meilleure indemnisation du service de garde et d'urgence parallèlement à la mise en œuvre de la généralisation du dispositif de l'article 39.

32.2. Modalités de versement

Chaque pharmacien ayant effectué une ou plusieurs permanences durant une période d'un mois adresse une attestation d'astreinte, conforme au modèle figurant à l'annexe II.1, à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il est installé, au plus tard le 15 du mois suivant celui au cours duquel ces permanences ont été accomplies.

La caisse primaire verse au pharmacien dans les 15 jours à compter de la réception du tableau validé des astreintes et de l'attestation le montant dû au titre des gardes.

La répartition du versement entre les différents régimes s'effectue conformément à la clé de répartition des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM).

Article 33

Du suivi et de l'évaluation de la permanence pharmaceutique

Un bilan du coût et de l'efficacité du dispositif est établi par la CPN, chaque année avant le 30 avril, au titre de l'année précédente.

Il vise notamment à vérifier que le nombre de secteurs effectivement financés est conforme aux critères conventionnels mentionnés ci-dessus.

SOUS-TITRE VI

DE LA MODÉRATION DES PRIX FACTURÉS
DANS LE DOMAINE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Article 34

De la limitation du reste à charge des assurés

Afin de favoriser l'accès aux soins des patients, en fonction des possibilités d'approvisionnement et de la disponibilité de dispositifs médicaux équivalents, le pharmacien s'efforce de fixer les prix de vente des dispositifs médicaux qu'il délivre en les rapprochant au mieux des tarifs de remboursement de ces produits, dès lors que des prix limites de vente ne sont pas fixés réglementairement.

Cet effort de modération des prix est particulièrement nécessaire dans le cas des dispositifs médicaux adaptés aux pathologies ou handicaps lourds.

Article 35

*De la transparence des prix des dispositifs médicaux
vis-à-vis des assurés*

Dans tous les cas où le pharmacien délivre un dispositif médical dont le différentiel entre le tarif et le prix est important, le pharmacien informe avec précision l'assuré du montant qui reste à sa charge.

En cas de prescription de véhicules pour handicapés physiques, et d'une manière générale de tout dispositif médical onéreux dont le prix de vente est sensiblement supérieur au tarif de prise en charge, le pharmacien s'engage à remettre gratuitement à l'assuré un devis détaillé du matériel susceptible de lui être délivré. L'assuré doit ainsi être en mesure d'en connaître clairement le coût total, la participation financière de l'assurance maladie, ainsi que celle restant éventuellement à sa charge.

Article 36

Des engagements ayant trait à la couverture maladie universelle

Les parties conviennent de la nécessité de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect du principe selon lequel les professionnels proposent aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des dispositifs médicaux aux prix limites de vente arrêtés par la réglementation.

Dans ce but, le pharmacien dispense à ces bénéficiaires tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les dispositifs médicaux qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente, de manière à les exonérer de toute participation financière.

TITRE III

DE LA FACTURATION ET DU RÈGLEMENT
DES PRESTATIONSSOUS-TITRE I^{er}DES RÈGLES GÉNÉRALES D'ATTESTATION
DES DROITS ET DE FACTURATION

Article 37

Du mode de règlement

Les parties rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation. La caisse rembourse alors directement à l'assuré la part correspondant au montant dû par l'assurance maladie.

Cependant, les parties signataires observent que 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 (couverture maladie universelle, accidents du travail...).

Le pharmacien 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 au pharmacien.

En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien se substitue 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 sauf en cas d'application des dispositions de l'article 50 relatives à la garantie de paiement.

Article 38

De la justification des droits

Lorsqu'il applique la procédure de la dispense d'avance des frais, le pharmacien 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, le pharmacien 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 la facturation des produits de santé.

Article 39

Du contrôle des droits à prestations des assurés

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 dispose que la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré est subordonnée à compter du 1^{er} juillet 2007 à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine, lors de leur facturation :

- de la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ;
- du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées notamment des exigences prévues aux articles L. 162-17, L. 165-1 et L. 324-1 du même code.

Afin de préserver l'accès aux soins et notamment le bénéfice de la dispense d'avance de 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 le pharmacien, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Elles s'accordent pour faire évoluer avant le 1^{er} janvier 2007 les systèmes d'information relatifs à la délivrance et à la prise en charge des produits de santé de manière à assurer la mise à jour incrémentée et quotidienne de la liste d'opposition des cartes Vitale mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale et à l'article 47 de la présente convention.

Elles s'accordent également pour expérimenter un ou plusieurs services d'échanges d'informations permettant de satisfaire aux autres conditions visées à l'article 65 susmentionné.

Elles conviennent que l'activation du ou des services mentionnés à l'alinéa précédent n'est pas systématique.

Le cahier des charges de ce dispositif est examiné en CPN d'ici le mois de septembre 2006. Les parties s'engagent à ce que ce dispositif n'ait pas d'impact significatif sur le temps de dispensation des produits de santé dès lors que les conditions mentionnées à l'article 65 visé *supra* sont respectées.

Ce cahier des charges délimite précisément le périmètre de vérification des conditions de prise en charge des prestations.

A l'issue de l'expérimentation de ce ou ces services, les parties signataires conviennent qu'un bilan est réalisé en CPN afin de négocier courant 2007 les conditions de la généralisation du dispositif et de la mise en application de la garantie de paiement.

Article 40

De l'établissement des feuilles de soins

40.1. Qualification de la feuille de soins au regard des modes de transmission

Les parties à la présente convention s'entendent sur les définitions qui suivent.

On entend par feuille de soins électronique ci-après désignée FSE, la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale et de la carte de professionnel de santé (CPS).

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.

On entend par feuille de soins « en norme IRIS B2 », la feuille de soins télétransmise hors du dispositif SESAM-Vitale, sans carte CPS et sans faire appel au module SESAM-Vitale fourni par le GIE SESAM-Vitale.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

40.2. Contenu de la feuille de soins

La facturation aux caisses de produits de santé remboursables, délivrés par le pharmacien est établie conformément au modèle de feuille de soins arrêté par la réglementation en vigueur. Cette feuille de soins correctement renseignée comporte toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation et notamment le code des produits de santé facturés.

Article 41

Du codage des produits facturés

41.1. Exhaustivité de la codification des produits de santé

Les feuilles de soins transmises aux caisses doivent comporter le codage des produits de santé facturés.

Les parties signataires réaffirment leur volonté de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour arriver à l'exhaustivité de la codification de tous les produits de santé remboursés par l'assurance maladie.

41.2. Modalités de transmission du code

Selon les modalités de transmission de la feuille de soins (cf. titre III, sous-titres II et III), ce code est transmis :

- soit par le biais de la norme d'échanges en cas de télétransmission d'une FSE, d'une feuille de soins SESAM « dégradé » ou d'une feuille de soins « en norme IRIS B2 » ;
- soit par le biais de la vignette pharmaceutique pour les médicaments ou de l'étiquette code à barres ou de l'impression du code LPP pour les dispositifs médicaux, en cas de facturation sur feuille de soins papier.

Dans l'hypothèse où le code est transmis par voie électronique, le pharmacien estampille, conformément à la réglementation, la vignette ou l'étiquette code à barres.

Le pharmacien s'engage à veiller au respect dans son officine de cette formalité, dans la mesure où elle a pour objet d'éviter la réutilisation frauduleuse de vignette ou d'étiquette.

41.3. Contrôles automatisés du codage

Concernant les médicaments, les contrôles automatisés menés par les caisses relatifs aux prix, aux tarifs forfaitaires de responsabilité, et aux taux de prise en charge sont mis en œuvre dans le respect de la réglementation.

Elles respectent les règles fixées à l'annexe III-1 qui ne peuvent être modifiées qu'après avis de la CPN.

Concernant les dispositifs médicaux, leurs tarifs, leurs taux de prise en charge et, le cas échéant, leurs prix limites de vente sont opposables au pharmacien à compter de la date d'application du texte réglementaire les fixant.

Toutefois, dans le cas où la date d'application ne pourrait être respectée par l'une des parties et à titre exceptionnel, les parties signataires examinent des modalités particulières de mise en œuvre pouvant être envisagées.

Article 42

De l'exécution des ordonnances

42.1. Informations reproduites sur l'ordonnance

Le pharmacien reporte sur l'original de l'ordonnance et son duplicata lors de la première délivrance les mentions requises par la réglementation, quel que soit le mode de facturation auquel il recourt, permettant :

- d'une part, aux caisses d'effectuer le rapprochement avec la feuille de soins nécessaire au règlement des produits de santé ;
- d'autre part, de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le coût des produits de santé qui leur sont délivrés.

La CPN veille à l'obtention d'une normalisation des informations visées ci-dessus.

42.2. Absence de duplicata

Conformément à la réglementation, le pharmacien se voit présenter des ordonnances comportant un original et un volet établi soit par duplication soit portant la mention « duplicata ».

Toutefois, en cas d'ordonnance établie sans duplicata ou dans le cas où la réglementation impose au pharmacien de conserver une copie, il l'établit par tout moyen technique approprié. Ce service est facturé à hauteur de 0,15 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6%), par copie.

La CPN effectue un bilan du nombre de copies réalisées et du coût annuel mis à la charge de l'assurance maladie. Elle propose toutes préconisations utiles notamment auprès des médecins et des pharmaciens pour limiter le montant de cette dépense.

En cas de traitement continu nécessitant le renouvellement d'une prescription, aucune copie de l'ordonnance n'est transmise aux caisses.

Article 43

Des retours d'informations

Les principes auxquels doivent répondre les retours d'informations adressés au pharmacien sont fixés à l'annexe III-2.

SOUS-TITRE II

DE LA FACTURATION SOUS LE SYSTÈME SESAM-VITALE

Article 44

Du principe de facturation en FSE

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Les pharmaciens s'engagent à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence (c'est-à-dire à la date de signature de la convention : la version 1.40) dans la mesure où les solutions techniques suivantes sont mises en œuvre :

- possibilité d'effectuer des feuilles de soins SESAM « dégradé » sur tout le territoire national dans les conditions définies à l'article 56 ;
- développement de la norme NOEMIE permettant la réalisation de retour d'informations, dans les conditions définies à l'annexe III-2 ;
- amélioration des conditions d'application de la garantie de paiement dans le cadre de la prise en charge des accidents du travail.

Un planning de mise en œuvre de ces solutions est arrêté par la CPN lors de sa première réunion.

Les parties signataires conviennent des modalités de mise en place d'une expérimentation préalable permettant de vérifier le bon fonctionnement de la version 1.40 en veillant à la continuité du service existant sans régression.

Dès lors que les logiciels des pharmaciens intègrent la version 1.40, un bilan de la montée en charge est réalisé en CPN. Les parties signataires décident alors de la date de la mise en œuvre de l'aide pérenne majorée visée à l'article 54.

Article 45

De la transmission des FSE

Chaque partie pour ce qui la concerne met en œuvre les moyens nécessaires pour organiser les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques notamment en intégrant les évolutions matérielles ou techniques permettant de respecter la dernière version du système SESAM-Vitale diffusé par le GIE SESAM-Vitale, dès lors que cette dernière aura été validée par la CPN.

Les parties s'engagent à saisir la CPN afin d'envisager les modalités de prise en compte des modifications majeures demandées par l'assurance maladie aux pharmaciens notamment au regard des évolutions réglementaires.

Article 45-1

Equipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique (frontaux, logiciels de liquidation, tables fichiers hot line etc.) afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 45-2

Equipement informatique de l'officine

Le pharmacien a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il établit les FSE et les transmet, dans la limite des équipements agréés par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou de ceux homologués par le GIE SESAM-Vitale.

Article 45-3

Liberté de choix des services informatiques

Le pharmacien a la liberté de transmettre les FSE 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.

Le pharmacien a le libre choix de son fournisseur d'accès internet.

Le pharmacien peut recourir à un service informatique notamment par un contrat avec un organisme concentrateur technique (OCT). Cet organisme tiers agit pour le compte et sous la responsabilité du pharmacien dans le respect :

- des dispositions légales et réglementaires ayant trait plus particulièrement à l'informatique et aux libertés, ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE ;
- des dispositions du cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale.

Article 45-4

*Carte de professionnel de santé
et carte pour le personnel de l'officine*

Le pharmacien se dote d'une carte de professionnel de santé (CPS) et, le cas échéant, d'une CPS attribuée à chaque pharmacien adjoint.

Concernant les cartes de personnel d'établissement (CPE) nécessaires au personnel de l'officine, elles sont délivrées en fonction des besoins de l'officine, au regard soit du nombre de salariés travaillant dans l'officine, soit du nombre de lecteurs de cartes dont dispose l'officine.

Le pharmacien procède aux démarches nécessaires, telles que décrites par la réglementation, pour obtenir les CPS et les CPE nécessaires au personnel de l'officine délivrées par le GIP CPS.

En cas de difficulté, le pharmacien peut s'adresser à la caisse primaire de sa circonscription afin qu'elle mette en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour qu'il soit en possession de sa CPS et des CPE nécessaires, le premier jour de sa prise d'activité dans l'officine.

Le pharmacien s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles utilisées dans son officine.

Article 45-5

Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le pharmacien doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclarations de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le pharmacien à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le pharmacien.

Article 46

De la validité de la carte d'assurance maladie

Sauf cas d'inscription de la carte d'assurance maladie sur la liste d'opposition visée à l'article 47 et sous réserve de l'application des dispositions de l'article 39, les informations contenues dans ladite carte le jour de la réalisation de la FSE sont opposables aux caisses comme au pharmacien et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture du droit à une exonération du ticket modérateur, est de la seule responsabilité des caisses et des assurés.

Dès lors qu'il s'est équipé d'une borne de télé mise à jour, le pharmacien incite l'assuré à mettre à jour sa carte dans les conditions définies à l'article 55.

Article 47

*De la liste nationale interrégimes d'opposition
des cartes d'assurance maladie*

L'assurance maladie diffuse régulièrement aux pharmaciens la liste d'opposition établie conformément aux critères expressément retenus par la réglementation.

La liste d'opposition est constituée des numéros de série, classés par ordre croissant, des cartes définitivement mises en opposition. Elle est diffusée exclusivement sous forme électronique.

Seules les officines équipées d'un logiciel agréé ou d'un dispositif homologué permettant l'utilisation de la liste d'opposition bénéficient, en cas de dispense d'avance des frais, de la garantie mentionnée à l'article 50.

La liste d'opposition est mise à la disposition de l'officine dans les dix derniers jours de chaque mois.

Le secrétariat de la CPN en est informé.

La liste est accessible au pharmacien dès sa réception. Elle est réputée reçue par le pharmacien ou rendue opposable à celui-ci au plus tard le premier jour du mois suivant, sauf si le pharmacien signale, dans les six premiers jours du mois, à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'exercice un défaut de réception ou une impossibilité d'accès, par tout type de courrier dont la caisse atteste la réception. Dans cette hypothèse, la liste qui lui est opposable est la dernière qu'il est réputé avoir reçu.

Les solutions de mise en œuvre de la liste d'opposition sont susceptibles d'évoluer. A ce titre, les conditions de prise en compte de ces évolutions sont formalisées par avenant.

Article 48

Du délai de transmission des FSE

La FSE est adressée par le pharmacien à la caisse d'affiliation de l'assuré dans les délais réglementairement fixés que le règlement des produits de santé s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article 49

De la transmission des ordonnances

49.1. Tri des ordonnances

Les duplicata des ordonnances (hors cas de renouvellement) sont mis à disposition, selon le cas, de la caisse primaire du ressort géographique de la pharmacie, des autres caisses ou des différents organismes conventionnés, accompagnés d'un bordereau récapitulatif des FSE. Ils sont classés, autant que faire se peut, dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

Le pharmacien met à disposition les ordonnances dans les conditions suivantes :

a) Le pharmacien trie les ordonnances papier, en distinguant les assurés relevant de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce et les assurés relevant d'autres circonscriptions ;

b) Pour les assurés relevant du régime des professions indépendantes, le tri s'effectue en distinguant les assurés relevant de chacun des organismes conventionnés de la circonscription ainsi que l'ensemble des autres assurés ;

c) Pour les assurés relevant des sections mutualistes, le tri s'effectue par mutuelle de rattachement et, le cas échéant sur la demande expresse de celle-ci, en distinguant les assurés relevant de la section locale des autres assurés.

49.2. Dispositif de ramassage organisé par l'assurance maladie

Pour chaque régime ou section mutualiste, l'organisme compétent dans la circonscription organise un dispositif de ramassage en officine une fois par semaine vers les caisses. Ce dispositif est gratuit pour le pharmacien.

Ce dispositif est organisé de telle sorte qu'il apporte la garantie que les ordonnances sont effectivement remises dans les caisses.

Dans le cas où compte tenu de son mode d'organisation, un régime ou une section mutualiste ne peut mettre en place un dispositif de ramassage, d'autres types de dispositifs permettant la transmission des ordonnances sont examinés par la CPN.

A titre dérogatoire, la transmission des ordonnances par enveloppes T est maintenue selon les mêmes modalités vers les seuls régimes ou sections locales mutualistes qui en bénéficient à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

En cas de perte des ordonnances et quel qu'en soit le responsable, une médiation est organisée, si nécessaire, par la commission paritaire locale (CPL) définie à l'article 62.

Article 50

De la garantie de paiement

Sauf opposition de la carte dûment signalée au pharmacien dans les conditions prévues à l'article 47 de la convention, les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer

le paiement au pharmacien de la part obligatoire des produits de santé facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de la facturation.

Article 51

Du tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la dispense d'avance des frais conventionnelle.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement définie à l'article 50.

Article 52

Du paiement en cas de dispense d'avance de frais

La caisse liquide les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de quatre jours ouvrés, à compter du jour de l'accusé de réception logique (ARL).

Le règlement de chaque FSE s'effectue pour le montant total figurant sur la FSE après liquidation par la caisse. Une FSE ne peut pas faire l'objet d'un règlement partiel de la part obligatoire.

Lorsqu'une caisse assure le règlement à la fois de la part relevant du régime obligatoire et de celle relevant du régime complémentaire, elle effectue le paiement de la part obligatoire même si la part complémentaire fait l'objet d'un rejet.

Le montant du virement correspond au total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée.

En cas d'incident ne permettant pas à la caisse de respecter le délai de paiement précité, la caisse verse sous vingt-quatre heures, sur simple demande du pharmacien le montant total dû des FSE non traitées.

En cas d'incident généralisé, le versement du montant total dû des FSE non traitées s'effectue sous vingt-quatre heures sur demande des représentants des syndicats signataires siégeant à la CPL.

Article 53

Des cas de dysfonctionnement lors de la transmission des FSE

En cas d'absence de réception de l'ARL lié à un échec de la transmission d'une FSE, le pharmacien fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus. En cas de nouvel échec dans la télétransmission de la FSE ou si le pharmacien n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, le pharmacien transmet la même feuille de soins sous format papier dans les conditions de l'article 58. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance (échec de transmission électronique) et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE).

En l'absence de dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le pharmacien signe ce duplicata de la feuille de soins et le remet à l'assuré ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré.

En cas de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré ce duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré.

Article 54

Des aides à la FSE

54.1. Aide pérenne

Le pharmacien perçoit une contribution à la FSE, d'un montant de 0,05 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6 %) par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale.

Le pharmacien perçoit une contribution à la FSE, d'un montant de 0,064 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6 %) par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale dès lors que les conditions du dernier alinéa de l'article 44 sont réunies.

54.2. Modalités de versement

L'aide est versée annuellement et au plus tard au mois de mars de chaque année sur la base du nombre de FSE reçues au cours de l'année civile précédente.

L'aide est versée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de la pharmacie pour l'ensemble des régimes. Ce versement fait l'objet d'un retour d'information dans les conditions définies à l'article 43.

54.3. Aide CPS

Le coût des cartes de professionnels de santé est pris en charge par l'assurance maladie pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes de personnel d'établissement attribuées au personnel de l'officine.

Article 55

De la télé mise à jour

La participation des pharmaciens au service de la télé mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux est assurée dans les conditions prévues à l'annexe III-3.

Sans remettre en cause les principes de neutralité financière et de libre choix du pharmacien d'offrir le service de télé mise à jour, les parties conviennent de la possibilité d'envisager une évolution des conditions de mise en œuvre sous la forme d'un avenant.

SOUS-TITRE III

DES AUTRES PROCÉDURES DE FACTURATION

Article 56

De la feuille de soins SESAM « dégradé »

56.1. Procédure exceptionnelle

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

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume en CPL. Ce suivi donne lieu, le cas échéant, à des actions de communication auprès des assurés et des pharmaciens.

56.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé » et des ordonnances

Le pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance des frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins SESAM « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 50, ni à la contribution à la FSE prévue à l'article 54.

56.3. Modalités de règlement

L'organisme liquide les feuilles de soins SESAM « dégradé » et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de quatre jours ouvrés, et sous réserve de la réception des pièces justificatives papier correspondantes.

Article 57

De la feuille de soins en norme IRIS B2 (jusqu'au 31 décembre 2007)

57.1. Cas du pharmacien non équipé en SESAM-Vitale

Les feuilles de soins en norme IRIS B2 ne sont acceptées que jusqu'au 31 décembre 2007.

La CPL examine les conditions favorisant l'équipement de ces pharmaciens en SESAM-Vitale au plus tard dans les six mois précédant cette date d'échéance.

En cas de paiement par l'assuré, il n'est pas prévu de télétransmission et l'envoi des feuilles de soins sur support papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

57.2. Organisation de la transmission de la feuille de soins en norme IRIS B2 jusqu'au 31 décembre 2007

La norme de télétransmission dite B2 est utilisable pour les télétransmissions entre les pharmaciens et les caisses, que celles-ci passent ou non, à l'aller comme au retour, par un OCT. Le cahier des charges définit les modalités de transmission des feuilles de soins « en norme IRIS B2 ».

Le pharmacien accomplit les formalités nécessaires, et notamment l'enregistrement de son numéro d'identification, la communication de son adresse électronique, le type de retour souhaité et la réalisation des tests requis.

57.3. Transmission des feuilles de soins en norme IRIS B2 et des pièces justificatives sur support papier jusqu'au 31 décembre 2007

Le pharmacien transmet la feuille de soins en norme IRIS B2 correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance des frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins en norme IRIS B2, le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

La transmission de feuilles de soins en norme IRIS B2 n'ouvre pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 50, ne donne droit au versement d'aucune aide et ne bénéficie pas du dispositif de ramassage défini à l'article 49.

57.4. Modalités de règlement

La caisse émet l'ordre de virement du montant dû au pharmacien dans un délai de 4 jours ouvrés, et sous réserve de la réception des pièces justificatives papier correspondantes.

Article 58

De la feuille de soins sur support papier (jusqu'au 31 décembre 2007)

58.1. Cas de transmission de la feuille de soins papier

Les pharmaciens non informatisés peuvent continuer à effectuer des feuilles de soins papier en cas de dispense d'avance des frais jusqu'au 31 décembre 2007.

En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien facture directement la part obligatoire des produits de santé délivrés à l'assuré à la caisse d'affiliation de ce dernier. Il se charge également de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation (feuille de soins et duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier à la caisse est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

58.2. Modalités de règlement

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au pharmacien les sommes correspondant au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intégral intervient dans un délai de 20 jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

TITRE IV

DU SUIVI DE L'APPLICATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

SOUS-TITRE I^{er}

DE LA COMMISSION PARITAIRE NATIONALE

Article 59

De la composition de la commission paritaire nationale

Il est créé une CPN qui se substitue à toute instance paritaire nationale préexistante.

Dans ce cadre, la CPN se substitue à la commission paritaire nationale de suivi des génériques créée par l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques du 6 janvier 2006 dès qu'un avenant à celui-ci est conclu pour abroger les instances paritaires qu'il institue.

Elle comporte deux sections composées d'un nombre égal de membres :

- une section professionnelle composée de 8 représentants titulaires choisis parmi les organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de 8 suppléants selon la répartition suivante :
 - 4 représentants de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et, le cas échéant, 4 suppléants ;

- 2 représentants de l'Union des syndicats de pharmaciens d'Officine (USPO) et, le cas échéant, 2 suppléants ;
- 2 représentants de l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF) et, le cas échéant, 2 suppléants ;
- une section sociale composée de 8 représentants titulaires désignés par l'assurance maladie et, le cas échéant, de 8 suppléants, selon la répartition suivante :
 - 1 conseiller, 2 administratifs, 2 praticiens conseils et, le cas échéant, 5 suppléants pour le régime général ;
 - 2 représentants titulaires, dont 1 praticien conseil et, le cas échéant, 2 suppléants pour le régime agricole ;
 - 1 représentant titulaire et, le cas échéant, 1 suppléant pour le régime des professions indépendantes.

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

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

- une section professionnelle, dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations professionnelles signataires au cours de la première réunion de la commission suivant la signature de la convention par le nouveau signataire ou le retrait d'un signataire ;
- une section sociale, dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle, et donne lieu, au cours de la première réunion de la commission suivant la signature de la convention par le nouveau signataire ou le retrait d'un signataire, à une répartition entre les régimes membres de ladite commission.

Les membres de la section professionnelle doivent être titulaires d'une officine et avoir adhéré à la convention.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe IV-1.

Article 60

De la mise en place de la commission paritaire nationale

La CPN est mise en place dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention. Elle se réunit dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;
- au moins une fois par semestre ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM.

La commission établit, lors de sa première séance annuelle, un calendrier prévisionnel.

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

Article 61

Du rôle de la commission paritaire nationale

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

La CPN est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les parties et par les pharmaciens et les caisses au niveau local ;
- elle détermine lors de sa première séance, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle étudie toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ou national et prépare les éventuelles modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter par avenant. Dans ce but, elle crée les groupes de travail qui lui paraissent nécessaires pour améliorer le traitement des questions soulevées ;
- elle examine les éventuelles difficultés d'application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la dispensation pharmaceutique et à la facturation aux caisses. Le cas échéant, elle propose aux parties signataires les modifications aux textes méritant d'être demandées aux pouvoirs publics ;
- elle étudie toute question soulevée par l'application de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques tant au niveau national qu'au niveau local et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter ;
- elle fixe les différents objectifs définis dans l'accord national susvisé dans les conditions définies dans ce dernier et assure le suivi de leur mise en œuvre ;

- elle propose des actions de portée nationale visant à favoriser le développement de la délivrance de médicaments génériques ;
- elle élabore les accords de santé publique et les accords de bon usage du médicament et des accords de bonne pratique ;
- elle procède annuellement à une analyse de l'intégration des pharmaciens à la coordination interprofessionnelle, notamment dans le cadre des réseaux de santé ;
- elle examine et assure le suivi du dispositif de la permanence des soins ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le pharmacien à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses ;
- elle débat des cas de non-respect par l'une des parties signataires de ses engagements conventionnels et recherche toute solution utile.

SOUS-TITRE II

DE LA COMMISSION PARITAIRE LOCALE

Article 62

De la composition de la commission paritaire locale

Il est créé dans chaque département une commission paritaire locale (CPL) qui se substitue à toute instance paritaire locale préexistante.

Dans ce cadre, la CPL se substitue à la commission paritaire locale de suivi des génériques créée par l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques du 6 janvier 2006 dès qu'un avenant à celui-ci est conclu pour abroger les instances paritaires qu'il institue.

Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale sont fixés par la CPN.

Elle comporte deux sections composées du même nombre de membres :

- une section professionnelle composée de 8 représentants titulaires et appartenant aux organisations signataires et, le cas échéant, de 8 suppléants ;
- une section sociale composée de 8 représentants titulaires désignés par l'assurance maladie et, le cas échéant, de 8 suppléants, selon la répartition suivante :
 - 1 conseiller, 2 administratifs, 2 praticiens-conseils et, le cas échéant, 5 suppléants pour le régime général ;
 - 2 représentants titulaires, dont 1 praticien-conseil et, le cas échéant, 2 suppléants pour le régime agricole ;
 - 1 représentant titulaire et, le cas échéant, 1 suppléant pour le régime des professions indépendantes.

Les membres de la section professionnelle doivent être titulaires d'une officine du ressort de la CPL, avoir adhéré à la convention et adhéré à une organisation syndicale signataire ou à une organisation syndicale adhérente à une organisation signataire.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe IV-1.

Article 63

De la mise en place de la commission paritaire locale

La CPL est mise en place dans les 3 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention et se réunit :

- en tant que de besoin ;
- au moins une fois par semestre ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel, de retrait d'un signataire.

Le secrétariat de la CPL est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses membres de la commission.

Article 64

Du rôle de la commission paritaire locale

La CPL a pour objectif principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

La CPL a notamment les missions suivantes :

- elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;

- elle analyse les éventuelles difficultés d'application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la dispensation pharmaceutique et à la facturation et fait part de ses constatations et des éventuelles solutions qu'elle préconise à la CPN ;
- elle propose des actions de portée locale visant à favoriser le développement de la délivrance de spécialités génériques ;
- elle assure le suivi de l'accord national sur les objectifs de délivrance des spécialités génériques au niveau local dans les conditions définies par ledit accord ;
- elle accompagne la mise en œuvre des accords de santé publique, des accords de bon usage du médicament et des accords de bonne pratique ;
- elle établit un relevé de décisions à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN ;
- elle examine et assure le suivi du dispositif de la permanence des soins pharmaceutique ;
- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un pharmacien, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 68 de la présente convention.

La CPL a la possibilité de créer si nécessaire des groupes de travail.

SOUS-TITRE III

DU NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS PAR LE PHARMACIEN

Article 65

De l'examen des cas de manquement

En cas de non-respect par le pharmacien des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, notamment au regard des règles de dispensation et de facturation, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles locales sur initiative d'une caisse.

Une procédure conventionnelle est engagée à l'encontre du pharmacien lorsque des manquements aux dispositions conventionnelles ou réglementaires lui sont reprochés et ne relèvent pas du dispositif visé à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour favoriser la constitution, au sein des conseils des caisses, avant le 30 septembre 2006, des commissions instituées à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

A défaut et dans l'attente de la constitution de ces commissions, les manquements relevant du champ délimité par le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 donnent lieu à l'engagement de la procédure conventionnelle instaurée par les articles 66 et suivants.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un pharmacien est décrite à l'annexe IV-2.

Article 66

Des sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un pharmacien sont les suivantes :

- une mise en demeure ;
- un avertissement ;
- une suspension du bénéfice de l'aide financière prévue à l'article 54 pour une période ne pouvant aller au-delà de la date de renouvellement de la convention ;
- un déconventionnement du pharmacien, avec ou sans sursis, pour une période ne pouvant aller au-delà de la date de renouvellement de la convention, assorti de l'obligation de recruter un pharmacien remplaçant le pharmacien titulaire déconventionné, pour la durée de la sanction ;
- une suspension de la procédure de dispense d'avance des frais, avec ou sans sursis, pour une période ne pouvant aller au-delà de la date de renouvellement de la convention.

Cette sanction ne peut être prononcée qu'en cas de manquements graves et répétés et uniquement sur décision du directeur de l'UNCAM après avis de la CPN et sur proposition du directeur de la caisse primaire du ressort géographique du pharmacien mis en cause.

En cas de sursis, la sanction peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du pharmacien par la CPL. Elle peut, dans ce cadre, se cumuler avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

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

- la gravité des manquements constatés, notamment au regard de la nature de la transgression et de l'importance des sommes en jeu ; ou

- la répétition de manquements ayant déjà donné lieu à au moins un avertissement prononcé contre le même pharmacien.

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

Dès lors qu'il est démontré que les manquements reprochés au pharmacien titulaire relèvent des agissements d'un ou plusieurs pharmaciens adjoints ou remplaçants et sont manifestement dissociables de la gestion du pharmacien titulaire, la CPL peut considérer qu'il s'agit d'un facteur d'atténuation ou d'exonération de la sanction, après avoir entendu si nécessaire, le ou les pharmaciens adjoints ou le remplaçant.

Article 67

De l'obligation de remplacement en cas de déconventionnement

Lorsque le pharmacien est sanctionné par un déconventionnement, il est tenu de recruter, en sus du personnel salarié habituel de l'officine un pharmacien remplaçant inscrit au tableau de la section D de l'ordre national des pharmaciens et n'ayant pas d'autre activité pendant la durée du remplacement.

Le pharmacien remplaçant bénéficie de l'application de la convention et en respecte les obligations.

Article 68

Du recours du pharmacien contre une sanction

Le pharmacien a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de :

- déconventionnement d'au moins 15 jours ferme ou d'au moins 3 mois avec sursis ;
- suspension de l'aide pérenne d'au moins 30 jours.

Les modalités de ce recours sont définies à l'article 5 de l'annexe IV-2.

Ce recours suspend la décision des caisses. Dans le cas où la CPN est saisie, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

Article 69

De la sanction de suspension de la dispense d'avance des frais

Dès lors que le directeur d'une caisse primaire souhaite que soit prononcée une décision de suspension de la procédure de dispense d'avance des frais, il saisit la CPN qui doit émettre un avis dans les conditions définies à l'annexe IV-2. Cet avis est transmis au directeur de l'UNCAM pour décision.

Article 70

Des conséquences des sanctions ordinales

Lorsque le conseil régional ou le Conseil national de l'ordre des pharmaciens prononce à l'encontre du pharmacien une sanction devenue définitive consistant en une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux ou en une interdiction d'exercice, le professionnel se trouve de ce seul fait automatiquement placé hors convention à partir de la date d'application de la sanction ordinale et pour une durée identique. Dans ce cas, les dispositions de l'article 67 s'appliquent.

Article 71

De l'incidence des décisions juridictionnelles sur le conventionnement

Lorsque la peine prononcée par une juridiction consiste en une interdiction d'exercice ou en un emprisonnement, le professionnel 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. Dans ce cas, les dispositions de l'article 67 s'appliquent.

Article 72

De la publicité des sanctions

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux, par affichage dans leurs locaux, la sanction conventionnelle devenue définitive décidée à l'encontre du pharmacien et ce, uniquement pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 73

*De la continuité des procédures 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.

SOUS-TITRE IV

DU NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS
PAR LES ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

Article 74

De l'examen des cas de manquements

En cas de non-respect par un organisme de ses engagements conventionnels, une procédure d'examen des manquements est engagée par les parties signataires sur initiative d'une ou plusieurs organisations syndicales signataires.

Cette procédure ne peut être engagée dans le cas où les manquements relèvent d'un cas de force majeure.

Les manquements motivant l'engagement d'une procédure conventionnelle sont les suivants :

- absence de traitement des réclamations liées au paiement ;
- non-respect du paiement visé à l'article 52 en cas d'incident ;
- non-respect de la garantie de paiement visée à l'article 50.

La procédure applicable est décrite à l'annexe IV-3.

Article 75

Des sanctions susceptibles d'être prononcées

La sanction susceptible d'être prononcée à l'encontre de l'organisme est le versement au pharmacien des intérêts moratoires au taux d'intérêt légal à compter du jour où le paiement aurait dû conventionnellement intervenir et jusqu'à complet paiement des prestations dues.

Fait à Paris, le 23 mars 2006.

*Le président de l'Union nationale
des pharmacies de France,*
CLAUDE JAPHET

*Le président de la Fédération
des syndicats pharmaceutiques de France,*
PIERRE LEPORTIER

*Le président de l'Union des syndicats
de pharmaciens d'officine,*
PATRICE DEVILLERS

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

ANNEXES

ANNEXES RELATIVES AU TITRE I^{er}

ANNEXE I - 1

FORMULAIRE D'ADHÉSION À LA CONVENTION NATIONALE
DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Ce document est à remplir par le ou les pharmaciens qui l'envoient, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu d'exercice, laquelle leur en retourne un exemplaire.

Identification du (ou des) pharmacien(s) :
 Je soussigné(e) ou nous soussigné(e)s,
 Nom : Prénom : ;
 Numéro d'inscription à l'ordre : ;
 Numéro d'identification délivré par la DDASS : ;
 Nom : Prénom : ;
 Numéro d'inscription à l'ordre : ;
 Numéro d'identification délivré par la DDASS : ;
 Nom : Prénom : ;
 Numéro d'inscription à l'ordre : ;
 Numéro d'identification délivré par la DDASS : ;
 Nom : Prénom : ;
 Numéro d'inscription à l'ordre : ;
 Numéro d'identification délivré par la DDASS : ;
 Forme juridique de l'officine : ;
 Dénomination sociale et adresse de l'officine :

déclare(nt) adhérer à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Fait à, le
Signature(s) *Cachet de l'officine*
 du (ou des) pharmacien(s)

Accusé de réception de la caisse primaire :
 Adhésion enregistrée le, à effet du
 Adhésion non enregistrée. Motif :
 Fait à, le
Cachet de la caisse primaire

ANNEXES RELATIVES AU TITRE II

ANNEXE II-1

ATTESTATION DE PARTICIPATION
 À LA PERMANENCE PHARMACEUTIQUE DES SOINS

Versement des indemnités d'astreintes

Caisse primaire de rattachement :
 Mois et année de référence :
 Pharmacie participante :
 Nom et prénom du ou des titulaires :
 Dénomination sociale et adresse de l'officine :
 Ville : Code postal :
 Téléphone :
 Numéro d'identification du ou des pharmaciens titulaires participant :
 Astreintes effectuées :
 Nombre de nuits :
 Indiquer la date dans la case correspondante :

1 ^{er} sem.							
2 ^e sem.							

3 ^e sem.							
4 ^e sem.							
5 ^e sem.							

Nombre de dimanches et de jours fériés :

Indiquer la date dans la case correspondante :

1 ^{re} sem.							
2 ^e sem.							
3 ^e sem.							
4 ^e sem.							
5 ^e sem.							

Demande d'indemnisation :

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M., déclare avoir participé à la permanence pharmaceutique des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement d'une indemnité d'un montant de 75 €, pour chaque astreinte, soit la somme totale de : €.

Fait à, le

Signature

Cachet de l'officine

ANNEXE II - 2

CONDITIONS PARTICULIÈRES RELATIVES À LA DÉLIVRANCE DE CERTAINS DISPOSITIFS MÉDICAUX

Article 1^{er}

Des règles d'installation propres à la délivrance de certains dispositifs médicaux

1.1. Règles d'installation spécifiques à la délivrance d'orthèses

Dans le cas où le pharmacien délivre aux assurés des orthèses remboursables au titre de la liste des produits et prestations, les locaux de son officine sont conformes aux textes réglementaires relatifs aux conditions d'exercice de la profession d'orthésiste. Ils sont conçus de manière à favoriser l'appareillage du patient dans de bonnes conditions d'isolement. Ils sont notamment aménagés de telle sorte que le local où le pharmacien réalise la fabrication et l'essayage des appareils soit séparé de celui où les assurés sont reçus.

1.2. Des règles d'installation spécifiques à la délivrance de véhicules pour handicapés physiques

Lorsque l'activité du pharmacien inclut la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, il aménage son local d'accueil des assurés de manière à disposer :

- d'une rampe d'accès si nécessaire ;
- d'une surface d'évolution de 16 mètres carrés au moins et d'une largeur de 2 mètres.

Article 2

De la publicité et des procédés commerciaux

Sans préjudice des dispositions du code de la santé publique définissant les obligations déontologiques qui lui sont opposables en matière de publicité dans le domaine du médicament, le pharmacien s'abstient d'utiliser

tout support à finalité publicitaire qui ferait référence au remboursement des dispositifs médicaux par l'assurance maladie. De même renonce-t-il à utiliser tout procédé purement commercial qui induirait une consommation abusive.

Le pharmacien s'interdit également de délivrer ces mêmes produits de santé par des procédés de vente par correspondance consistant pour l'assuré à choisir par le biais de supports papier ou informatiques les dispositifs médicaux qui lui sont nécessaires et à les recevoir par envoi direct à son domicile excluant toute relation directe avec le pharmacien.

Les manquements constatés par les caisses peuvent faire l'objet de la mise en œuvre de la procédure conventionnelle visée aux articles 65 et suivants.

En revanche, l'information relative au conventionnement du pharmacien est admise.

Article 3

Des modalités de délivrance des orthèses plantaires

Lorsque le pharmacien réalise des orthèses plantaires, celles-ci doivent être exécutées sur mesure après un examen podoscopique minutieux du pied malade, traduit par un dessin correctif nécessitant toujours une prise d'empreintes et, si nécessaire, un moulage complet du pied.

Le pharmacien est équipé d'un podographe, d'un podoscope, du matériel nécessaire au moulage du pied et à la fabrication des semelles, ainsi qu'à leur adaptation progressive.

Il remet à l'utilisateur un document sur lequel sont indiquées les dates prévues pour les contrôles des corrections progressives. Celles-ci ont pour finalité d'adapter les semelles à l'évolution du pied et constituent de ce fait un véritable traitement.

La fabrication des orthèses plantaires peut être confiée à un orthopédiste-orthésiste sous-traitant.

Article 4

De la mise à disposition des dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux fournis sont en parfait état, satisfont pleinement à la finalité pour laquelle ils sont spécifiquement conçus et assurent intégralement leur fonctionnalité technique.

S'agissant de la livraison à domicile de véhicules pour handicapés physiques, le pharmacien met en œuvre tous les moyens lui permettant de fournir le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier. En cas de location, le délai de livraison à domicile de ces mêmes véhicules est fixé à deux jours ouvrables.

S'agissant de la mise à disposition de lits médicalisés, le pharmacien exécute la prescription, conformément à la réglementation en vigueur, au regard de critères les plus économiques pour l'assurance maladie.

Article 5

Des règles de désinfection

A la fin de la période de location, le pharmacien assure la reprise du matériel dans les délais les plus brefs. Il veille à ce que le matériel repris au domicile des assurés soit transporté puis entreposé dans des conditions permettant d'éviter tout risque de contamination d'autres appareils.

Le pharmacien procède systématiquement au nettoyage et à la désinfection rigoureuse du matériel ainsi repris, en recourant aux procédés de désinfection recommandés.

L'espace où sont effectuées les opérations de désinfection des dispositifs médicaux est séparé de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus.

Article 6

De la sous-traitance dans le secteur des dispositifs médicaux

Lorsque le pharmacien sous-traite tout ou partie de son activité de mise à disposition de dispositifs médicaux, il reste, en tant que donneur d'ordre, pleinement responsable du respect des règles de santé publique et de prise en charge par l'assurance maladie. Il lui appartient donc de veiller à ce que le sous-traitant soit effectivement en mesure de se conformer à ces obligations.

Article 7

De la réparation des dispositifs médicaux

7.1. Réparation et remplacement des produits à la location

Pour mener une activité de location de dispositifs médicaux, le pharmacien, selon les cas :

- est en mesure d'échanger le matériel défectueux ;
- dispose d'un espace dédié à la réparation, ainsi que d'un stock des pièces détachées les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais.

Le respect de ces obligations se fait dans les délais prévus par la réglementation et n'entraîne aucune facturation supplémentaire.

En cas de location de véhicules pour handicapés physiques, si des défauts non imputables à l'assuré sont constatées, le pharmacien effectue gratuitement les corrections nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil ou, le cas échéant, procède au remplacement gratuit d'une pièce, d'un sous-ensemble ou du véhicule défectueux, dans les meilleurs délais.

7.2. Réparation des produits à l'achat

S'agissant de la vente de véhicules pour handicapés physiques, la facturation des réparations s'effectue dans le cadre des forfaits déterminés par la réglementation en vigueur. Le pharmacien met en œuvre tous les moyens lui permettant de restituer le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier. Concernant les véhicules standards à propulsion manuelle pour handicapés physiques, le délai d'intervention est de 3 jours francs à compter de la demande de l'assuré.

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

ANNEXES RELATIVES AU TITRE III

ANNEXE III-1

CONTRÔLES AUTOMATISÉS DU CODAGE DES MÉDICAMENTS

I. – Contrôles générés en cas de changement de taux de prise en charge des médicaments

En cas de changement de taux de prise en charge, un rejet pour le motif « ancien taux saisi = ancien taux connu » est généré au-delà de 90 jours à compter de la date d'application de la mesure réglementaire.

II. – Contrôles générés en cas de changement de prix des médicaments, de mise sous tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), de changement de TFR

En cas de changement de prix, de mise sous tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), de changement de TFR, le signalement « PU saisi = ancien PU fichier des médicaments » est généré au-delà d'un délai de 2 mois à compter de l'entrée en vigueur de la mesure.

Dans l'hypothèse où les contrôles menés par les caisses sur la base de ce signalement démontrent qu'un pharmacien continue de manière abusive à facturer des médicaments à l'ancien prix ou à l'ancien TFR, une action peut être menée à son encontre dans les conditions définies aux articles 65 et suivants.

ANNEXE III-2

RETOURS D'INFORMATIONS

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le pharmacien.

Les caisses développent la norme NOEMIE dans sa version la plus récente afin de permettre aux professionnels de santé de disposer des informations utiles et de simplifier leur lisibilité. Son développement implique en particulier la définition des informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation, de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Quel que soit le mode de transmission initial, les parties signataires définissent les principaux éléments du retour devant être individuellement spécifiés :

- l'identification de l'organisme gestionnaire liquidateur des prestations ;
- l'identification de la feuille de soins émise par le pharmacien (numéro de facture, numéro du lot, date de facturation) ;
- le cumul du montant des feuilles de soins ;
- le montant régularisé en cas d'erreur de la caisse ;
- la récupération d'indus ;
- les indemnités à caractère administratif ;
- les caractéristiques du virement bancaire.

Le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée.

Le libellé du retour est commun à tous les organismes d'assurance maladie.

En cas de rejet de facture, le retour doit spécifier les informations permettant d'identifier l'erreur. Il implique la modification et le renvoi de la facture par le pharmacien.

Tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est spécifié distinctement, du simple règlement des feuilles de soins électroniques afin d'en permettre la déclaration par le pharmacien, si elle est requise fiscalement.

ANNEXE III - 3

PARTICIPATION DES PHARMACIENS AU SERVICE DE LA TÉLÉMISE À JOUR

Les parties signataires entendent organiser le déploiement rapide et concerté du matériel de télémise à jour des cartes d'assurance maladie. Elles garantissent réciproquement la neutralité financière du service de la télémise à jour, dans la limite des critères retenus dans l'option de mise à jour des cartes Vitale.

Article 1^{er}

Du principe de la liberté d'adhésion

L'assurance maladie émet les cartes d'assurance maladie (carte Vitale) et doit permettre la lecture, le traitement et la mise à jour des données qu'elles contiennent. La mise à jour se fait au moyen d'équipements de télémise à jour soit spécialement dédiés à cet effet, soit associés à d'autres services ne relevant pas de l'assurance maladie. A la suite de l'opération de mise à jour, la consultation des données de la carte est possible.

Tous les pharmaciens adhérant à la convention nationale ont la possibilité de proposer le service de la mise à jour des cartes Vitale aux assurés sociaux.

Article 2

Des conditions d'adhésion

Le pharmacien peut adhérer à tout moment au service de la mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux. Il déclare son adhésion à cette option auprès de la caisse primaire dont dépend son officine. Le formulaire type figure à l'annexe III-4.

Tout pharmacien ayant adhéré au service de la mise à jour des cartes Vitale antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la convention n'a pas à renouveler son adhésion.

Article 3

Des conditions d'utilisation

Le service de la télémise à jour est accessible par un matériel homologué conformément au référentiel du GIE SESAM-Vitale et une connexion à un service de télécommunication adapté au service retenu par le pharmacien.

Le matériel de mise à jour est implanté exclusivement dans l'officine, en libre accès à tout assuré social. Il ne peut pas faire l'objet de publicité à but commercial.

La télémise à jour des cartes Vitale est un service offert par l'assurance maladie. Les parties signataires prennent toutes les mesures nécessaires, notamment pour les actions de communication, afin que ce service puisse être identifié en tant que tel auprès des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article 4

Des conditions financières

4.1. Dispositif financier

Le pharmacien loue le matériel de télé mise à jour dont il a le libre choix parmi les solutions homologuées par le GIE SESAM-Vitale. Les caisses accordent une participation financière sous la forme d'un montant annuel couvrant le coût du service, la maintenance de l'équipement et les frais de communication téléphonique.

Une seule participation par officine peut être versée.

Cette participation est versée au prorata du nombre de mois utilisés, la période prise en compte pour le paiement commence au premier jour du mois qui suit la date de mise à disposition du matériel de télé mise à jour dans l'officine. Elle ne peut pas excéder le montant réel acquitté par le pharmacien.

Pour bénéficier de cette participation, le pharmacien adhérent fournit à la caisse primaire dont dépend son officine le duplicata du contrat de location de télé mise à jour. Cette participation est révisable à la demande de l'une des parties signataires à la présente convention, notamment en cas de modification des conditions du contrat de location de télé mise à jour.

Le montant de la participation est de 382,72 € TTC, sauf si les frais réels supportés par le pharmacien sont inférieurs à cette somme, auquel cas cette participation sera plafonnée au montant des frais réels acquittés par le pharmacien.

La participation est versée semestriellement en deux échéances d'un montant maximum de 191,36 € TTC, chacune aux mois de janvier et juillet de chaque année, sous la condition de transmission des pièces justificatives. Cette participation est versée par la caisse primaire pour le compte de l'ensemble des régimes.

Les pièces justificatives doivent être transmises par le pharmacien au plus tard le 30 juin pour règlement par la caisse primaire au mois de juillet de l'année en cours, puis transmises au plus tard le 31 décembre pour règlement par la caisse primaire au mois de janvier de l'année suivante.

Lors de l'adhésion à l'option, une avance de trésorerie d'un montant de 191,36 € TTC est versée par la caisse primaire au moment de l'adhésion du pharmacien, sur la présentation de la facture du contrat de location de télé mise à jour.

4.2. Equipements accessoires

A la demande du pharmacien, la caisse primaire prend en charge l'abonnement d'une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement au service de la télé mise à jour et prend en charge, le cas échéant, l'achat d'un support sur pied du matériel, dans la limite fixée ci-après.

Les sommes correspondantes sont versées sous condition de transmission des pièces justificatives :

- l'installation de la ligne supplémentaire ;
- la facture d'abonnement téléphonique ;
- la facture du support sur pied du matériel.

Elles sont versées de façon individualisée conjointement à l'aide prévue au 4.1 de la présente annexe et seront associées à l'envoi d'un document justificatif destiné à la comptabilité du pharmacien.

Le montant de la participation à la location de la ligne téléphonique dédiée est égal au coût réel d'un abonnement d'une ligne supplémentaire.

Le coût est de 15,67 € TTC par mois.

Le montant de la subvention pour l'achat d'un support sur pied du matériel est égal à 47,84 € TTC. Cette subvention est limitée à un support par officine et est versée en une seule fois.

4.3. Dispositif financier applicable aux départements d'outre-mer

Afin de garantir la neutralité financière définie *supra*, les montants des participations aux frais figurant *supra* sont valorisés pour tenir compte des spécificités applicables aux départements d'outre-mer.

Un forfait supplémentaire de 20 € par mois est versé aux pharmaciens des DOM afin de pallier le surcoût dû aux télécommunications.

Article 5

De la résiliation de l'option de télé mise à jour

Le pharmacien peut décider de ne plus assurer le service de télé mise à jour des cartes Vitale.

Dans ce cas, il doit informer la caisse primaire de son lieu d'exercice, par lettre recommandée avec avis de réception. La date de réception de cette dernière est la date de résiliation de l'option.

Le paiement de la participation semestrielle intervenant après la date de résiliation est effectué au prorata du nombre de mois utilisés.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'option, le montant de 191,36 € TTC versé au titre d'avance lors de l'adhésion à l'option conventionnelle devra être restitué par le pharmacien à la caisse primaire dans le mois qui suit la date de fin de l'option de télé mise à jour.

La caisse primaire verse au pharmacien la participation aux frais réels de location de télé mise à jour (dans la limite du forfait défini au 4.1) sur présentation de la facture, au prorata des mois utilisés. Le décompte est effectué au plus tard au mois de janvier ou de juillet suivant la notification de résiliation du pharmacien à la caisse primaire.

A défaut de restitution de l'avance par le pharmacien, ce dernier autorise la caisse primaire, après notification par lettre recommandée avec avis de réception, à récupérer l'avance de 191,36 € TTC sur le montant des prestations facturées au titre du régime général.

En cas de manquement aux obligations de l'option de télé mise à jour, la procédure prévue aux articles 65 et suivants de la convention peut être initiée.

ANNEXE III-4

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'OPTION DE TÉLÉ MISE À JOUR
AUPRÈS DE LA CPAM DE

(Adresse, téléphone, mél)

Je soussigné(e) (prénom, nom) :
 pharmacien titulaire ou gérant de l'officine (adresse du lieu d'installation du matériel de télé mise à jour) :
 Numéro d'identification de la pharmacie : 2.

M'engage à fournir le service de télé mise à jour à l'ensemble des assurés à l'adresse ci-dessus mentionnée.

Je vous communique les spécifications de l'appareil de télé mise à jour présent dans mon officine :

Marque :

Numéro de série :

Je joins le duplicata du contrat de location du matériel de mise à jour.

En contrepartie, la CPAM s'engage à me verser le montant annuel de 382,72 euros TTC prévu aux termes de l'annexe III-3 de la convention. Cette participation sera plafonnée au montant des frais réels acquittés.

Lors de l'adhésion à l'option, une avance de trésorerie de 191,36 euros TTC est versée par la caisse sur la présentation de la facture du contrat signé de location de télé mise à jour.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'option, le montant de 191,36 euros TTC ainsi versé devra être restitué par le pharmacien à la caisse primaire le mois qui suit la date de fin du contrat de location ou de l'option de télé mise à jour. La caisse primaire verse au pharmacien la participation aux frais réels de location de télé mise à jour (dans la limite du forfait prévu à la convention), sur présentation de la facture, au prorata des mois utilisés.

Le décompte est effectué au plus tard au mois de janvier ou de juillet suivant la notification de résiliation du pharmacien à la caisse primaire.

A défaut de restitution de l'avance, j'autorise la caisse primaire, après notification par lettre recommandée avec avis de réception, à récupérer l'avance de 191,36 euros TTC sur le montant des prestations facturées au titre du régime général.

Je demande la prise en charge de l'abonnement d'une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement à la télé mise à jour des cartes Vitale.

Je demande la prise en charge d'un support sur pied pour un montant maximum de 47,84 euros TTC.

Je recevrai ces participations financières, définies à la convention, à la condition de la fourniture des pièces justificatives : l'installation de la ligne supplémentaire, la facture d'abonnement téléphonique, la facture d'achat du support sur pied du matériel.

Je déclare avoir pris connaissance que l'équipement de télé mise à jour offre un service de mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux. Son utilisation doit être conforme aux dispositions de la convention.

Fait, le

Signature et cachet de l'officine

ANNEXES RELATIVES AU TITRE IV

ANNEXE IV-1

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

***Organisation de la commission paritaire nationale
et des commissions paritaires locales***

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et à la commission paritaire locale.

Article 1^{er}*De l'organisation des réunions des commissions*

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président, accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers et des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

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

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre d'un pharmacien, les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 2

De la présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres, par période de deux ans en référence à l'année civile. 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 3

Des délibérations

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

Le quorum correspond à un nombre de membres présents au moins égal à la moitié du nombre 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 se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

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

En cas de partage des voix 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 décision de chaque réunion de la commission dans les 60 jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de 30 jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque partie signataire. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles régies par les annexes IV-2 et IV-3.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 4

De la situation de carence de la commission

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

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les deux autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Article 5

De l'indemnisation des membres de la section professionnelle

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation sur la base de 130 € pour une demi-journée et une indemnité de déplacement pour chaque réunion

de la commission et des groupes de travail qu'elle constitue. L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission paritaire nationale, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

ANNEXE IV - 2

PROCÉDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE À UN PHARMACIEN

Article 1^{er}

De la procédure préalable à la convocation de la commission paritaire locale

Lorsqu'une caisse ou le service du contrôle médical constate un non-respect manifeste par le pharmacien des règles conventionnelles ou réglementaires au sens de l'article 65, elle le notifie au pharmacien par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette notification détaille les manquements imputés au pharmacien, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien prévus aux alinéas suivants.

Lorsque ces manquements portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification, le pharmacien dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette notification pour fournir des explications écrites par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour des manquements plus anciens non prescrits, il dispose d'un délai de 60 jours.

A la demande de l'une des parties, un entretien entre le pharmacien et le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien-conseil du service médical est organisé dans les 30 jours suivant la réception des explications écrites ou de l'échéance du délai de réponse. Cet entretien est précédé, à la demande du pharmacien mis en cause, d'un entretien avec le praticien conseil.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le pharmacien et le verse aux débats lors de la réunion de la commission paritaire locale. L'absence de signature par le pharmacien ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 2

De la convocation de la commission

Lorsque les manquements reprochés au pharmacien sont dûment établis, la caisse demande au président de la CPL de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit. Elle doit se tenir dans un délai maximal de 60 jours, à compter de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé pour la tenue de l'entretien visé à l'article 1^{er}, sous réserve des dispositions de l'article 4 de l'annexe IV-1. La notification, le compte rendu et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

Le pharmacien est convoqué en commission dans un délai minimal de 30 jours précédant la réunion, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour être entendu et fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission émet en séance un avis sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du pharmacien non motivée par la force majeure, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

L'avis est alors transmis au pharmacien.

Article 3

De la notification de la sanction

Le directeur de la caisse primaire arrête, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, la décision définitive qui s'impose au pharmacien et sa date d'application. Il lui notifie cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de l'avis de la commission.

La notification précise les voies et délais de recours dont le pharmacien dispose pour contester cette sanction, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 60 jours à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf en cas de recours devant la CPN dans les cas visés à l'article 68 de la convention et dans les conditions de l'article 5 de la présente annexe.

La caisse primaire d'assurance maladie adresse parallèlement copie de la notification de cette décision au secrétariat de la commission paritaire nationale.

Article 4

*De la sanction de suspension
de la procédure de dispense d'avance des frais*

Dans l'hypothèse où le directeur de la caisse primaire souhaite que soit prononcée une sanction de suspension de la procédure de dispense d'avance de frais, il doit saisir la CPN dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de l'avis de la CPL.

Le président de la CPN demande la réunion de la CPN. La réunion est de droit.

La CPN doit se réunir dans un délai de 60 jours à compter de la réception de la saisine du directeur de la caisse.

La CPN émet un avis sur la décision de sanction proposée par le directeur de la caisse dans les conditions définies à l'article 5 de la présente annexe.

Cet avis est transmis au directeur de l'UNCAM dans un délai de 30 jours suivant la date de réunion de la CPN.

Le directeur de l'UNCAM décide si la sanction de suspension de la procédure de dispense d'avance des frais envisagée doit être prononcée à l'encontre du pharmacien.

La décision du directeur de l'UNCAM est notifiée au pharmacien dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avis de la CPN. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le pharmacien pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Le directeur de l'UNCAM adresse au directeur de la caisse primaire à l'origine de la saisine de la CPN copie de sa décision dans un délai de 30 jours à compter de la notification au pharmacien.

Article 5

*Du recours du pharmacien contre la sanction
prononcée par les caisses*

Le pharmacien qui s'est vu notifier une sanction visée à l'article 68 de la convention dispose d'un délai de 60 jours à compter de la date de notification de la décision de sanction pour présenter ce recours par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, secrétariat de la Commission paritaire nationale des pharmaciens.

Ce recours peut être complété par toutes explications écrites, pièces et mémoires que le pharmacien juge utile de produire, par lettre recommandée avec accusé de réception, au secrétariat de la commission au plus tard 7 jours avant la date de réunion fixée pour son audition.

Le secrétariat de la CPN informe du recours la caisse primaire ayant prononcé la sanction.

Sous réserve des dispositions de l'article 4 de l'annexe IV-1 relatif à la carence, la CPN se réunit dans le délai de 60 jours à compter de la réception du recours. Le pharmacien est convoqué en commission dans un délai minimal de 30 jours précédant la réunion, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour être entendu et fournir toutes les explications qu'il juge utiles.

Les membres de la CPN appelés à se prononcer sur le recours présenté par le pharmacien ne peuvent avoir siégé au sein de la CPL qui a proposé la décision contestée.

Le pharmacien peut se faire assister en séance, s'il le souhaite, de toute personne de son choix et notamment d'un avocat.

La commission émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition de l'intéressé. En cas d'absence du pharmacien non motivée par la force majeure, la commission en prend acte dans le compte rendu de la séance, instruit le dossier et délibère.

Le compte rendu rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer ce compte rendu dans les sept jours suivant sa réception.

Le secrétariat de la CPN transmet l'avis émis par celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui a notifié la décision de sanction à l'origine du recours du pharmacien, dans un délai de trente jours suivant la date de réunion.

Cet avis est également transmis au pharmacien concerné dans les mêmes délais par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'issue de ce recours consultatif devant la CPN, la caisse peut décider de revoir sa décision initiale. La décision définitive est notifiée au pharmacien par la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avis de la CPN. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le pharmacien pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

La caisse primaire d'assurance maladie adresse parallèlement copie de cette décision au secrétariat de la CPN.

Les sanctions conventionnelles sont applicables indépendamment des éventuelles décisions des juridictions civile ou pénale.

ANNEXE IV-3

PROCÉDURE APPLICABLE EN CAS DE NON-RESPECT
DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS PAR LES ORGANISMESArticle 1^{er}*De la procédure*

Le pharmacien peut saisir l'une des organisations syndicales signataires de la convention dans les trois cas suivants :

- réclamation auprès d'un organisme concernant un paiement ne recevant aucune réponse dans un délai de trente jours ;
- refus par un organisme de régler le montant prévu à l'article 52 en cas d'incident ;
- refus de règlement par un organisme en violation des dispositions relatives à la garantie de paiement prévue à l'article 50.

Lorsque l'organisation syndicale saisie estime que la réclamation du pharmacien est suffisamment fondée, elle demande au président de la CPN la réunion de cette commission. La réunion est de droit.

Afin de faciliter la gestion de ces réclamations, la CPN se réunit, si besoin, à date fixe, une fois par trimestre, selon un planning proposé par son secrétariat et approuvé par les présidents de section.

L'organisation syndicale saisie par un pharmacien recueille auprès de ce dernier tous les éléments nécessaires à l'instruction de son dossier par la CPN et les transmet au secrétariat de la CPN.

Le secrétariat de la CPN recueille auprès de l'organisme concerné par la réclamation les observations écrites permettant à la CPN d'être éclairée sur les motifs susceptibles de justifier les manquements reprochés.

Il adresse au plus tard quinze jours avant la tenue de la réunion de la CPN à tous les membres de ladite instance les réclamations complétées des éventuelles observations écrites de l'organisme concerné.

Les réclamations sont instruites par la CPN sur présentation d'un rapport rédigé par le président de la section professionnelle synthétisant les positions du pharmacien et de l'organisme concerné.

Le représentant de l'organisme concerné par la réclamation peut, s'il l'estime nécessaire, assister à la réunion de la CPN pour présenter ses observations orales.

Dans le cas où un pharmacien ayant transmis une réclamation est membre de la CPN, il ne peut siéger lors de l'examen de la réclamation le concernant.

Article 2

De l'avis de la CPN

A l'issue de l'examen des réclamations inscrites à l'ordre du jour, la CPN émet un avis sur l'opportunité de prononcer la sanction définie à l'article 75 à l'encontre de l'organisme concerné.

Le compte rendu rédigé par le secrétariat de la commission est adressé, dans les quinze jours suivant la réunion, au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer ce compte rendu dans les sept jours suivant sa réception.

La décision définitive est alors prise par le directeur de l'UNCAM. Il la notifie à l'organisme concerné dans un délai de trente jours.

Article 3

De l'information de la commission paritaire nationale

Chaque organisme ayant fait l'objet d'une décision de sanction informe le secrétariat de la CPN de la suite réservée à la décision qui lui a été notifiée, dans un délai de deux mois à compter de la réception de ladite décision.

Le secrétariat de la CPN en informe les membres de la commission.