

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe suivant.

Article 39.2 Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Le médecin conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) défini à l'article 37.1 dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

Il informe le malade du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'assurance maladie et lui en explique le motif.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE) tel que défini au paragraphe précédent.

Sous-Titre 3. Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

L'accès aux soins de tous les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources financières constitue une priorité des partenaires conventionnels.

Il apparaît donc nécessaire de poursuivre la dynamique de baisse des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place du contrat d'accès aux soins et les actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, conformément à l'engagement de modération tarifaire fixé par l'article 38.3.

Au regard des résultats obtenus, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable, les parties signataires s'accordent pour maintenir une option ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement qui souhaitent s'engager en contrepartie d'avantages conventionnels dans la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins de leurs patients.

Toutefois, elles décident de revoir les modalités d'application du contrat d'accès aux soins défini dans la convention approuvé par arrêté du 22 septembre 2011 pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins.

Dans ce cadre, le contrat d'accès aux soins est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) applicable à l'ensemble des médecins et

une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique conformément aux articles 40 et suivants.

Ces options conventionnelles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage, à faire bénéficier les médecins souscrivant à ces options des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 40. Les médecins éligibles à l'option (OPTAM)

L'option est ouverte à tous les médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, l'OPTAM n'est pas cumulable avec l'OPTAM-CO définie aux articles 49 et suivants.

Article 41. Les engagements de l'OPTAM

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Article 41.1 Engagements du médecin dans l'OPTAM

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement constatés au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1^{er} indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini supra. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2^{ème} indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 41.2 Engagement de l'assurance maladie

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO, définie aux articles 49 et suivants, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est fixé à 11,5%. Toutefois, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20% lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS ou pris en charge en urgence dans les conditions définies à l'article 29.2.2.

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :

Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité, tel que défini à l'annexe 19.

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements

Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies à l'article 44 bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 42. Avenant à l'OPTAM

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité

réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 43. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 41.1, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 18 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention établi conformément aux dispositions de l'article 41.1.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 44. Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 45.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 45. Modalités de résiliation de l'OPTAM

Article 45.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option. Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option. Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 45.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 44, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 42, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 84, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année.

Article 46. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011, dans les conditions définies à l'annexe 17, n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 47. Modalité de mise en œuvre de l'OPTAM

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et défini à l'Annexe 17 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 48. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'option OPTAM et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires dans le cadre d'un observatoire dont la composition et les missions sont définies en annexe 25.

Sous-Titre 4.Option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

Article 49. Les médecins éligibles à l'option tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Pour les médecins, nouvellement installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-CO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM, dans les conditions définies aux articles 40 et suivants.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM définie aux articles 40 à 48.

Article 50. Engagements du médecin dans l'OPTAM-CO

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement moyen constatés au cours des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Par ailleurs, le médecin qui n'était pas antérieurement adhérent au contrat d'accès aux soins est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1^{er} indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au présent article. L'option ne peut comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2^{ème} indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent l'article, à l'exception des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, des chirurgiens infantiles, des neurochirurgiens pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 51. Engagement de l'assurance maladie dans l'OPTAM-CO

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, les parties signataires souhaitent comme indiqué à l'article 29.2.2 de la présente convention que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20% pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 52. Avenant à l'OPTAM-CO

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 53. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM-CO

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 50 , par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 20 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention établi conformément aux dispositions de l'article 50.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option (OPTAM-CO) est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 54. Modalités de suivi des engagements dans l'OPTAM-CO

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 55.2.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 55. Modalités de résiliation de l'OPTAM-CO

Article 55.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 55.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 54, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un

courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 52, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 84, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'OPTAM-CO au titre de la dernière année.

Article 56. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans le cadre de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 dans les conditions définies à l'annexe 17 n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2017.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 57. Modalités de mise en œuvre de l'option OPTAM-CO

L'option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-CO est ouverte à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et défini à l'Annexe 17 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 58. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'OPTAM-CO et vérifient l'équilibre des contreparties financières du dispositif au regard du nombre des médecins ayant adhéré à l'option et de leur pratique tarifaire.