



ADDENDA A LA CONVENTION du 1^{er} février 2006
entre
LA CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX
et
LA CAISSE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE
ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS
d'une part,
et
L'ORDRE DES MEDECINS DE LA PRINCIPAUTE DE MONACO
d'autre part,

Entre,

La CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX et la CAISSE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS, plus loin dénommées les CAISSES SOCIALES, représentées par leur Directeur Général,

d'une part,

et l'ORDRE DES MEDECINS DE LA PRINCIPAUTE DE MONACO, représenté par son Président en exercice, agissant ès qualités et comme porte fort des membres dudit Ordre qui confirmeront leur adhésion personnelle aux clauses et conditions de la présente Convention,

d'autre part,

a été convenu ce qui suit,

Suite au bilan d'application des avenants transitoires n° 7 (CCSS) et n° 3 (CAMTI) du 13 juin 2005 liés à la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux, les partenaires conventionnels ont convenu de substituer aux paragraphes et articles réservés dans la Convention du 1^{er} février 2006, les dispositions annexées au présent instrument. Celles-ci figurent en italique dans le texte intégral, recodifié pour une plus grande simplicité d'utilisation.

à Monaco, le 18 juin 2007

Le Président
de l'Ordre des Médecins,
P. LAVAGNA

Le Directeur Général
des Caisses Sociales,
M. PILOT

ARTICLE 1^{er}

L'Ordre des Médecins accepte d'apporter son concours le plus entier à l'application des dispositions légales et réglementaires relatives au service des prestations médicales prévues au bénéfice des assurés et de leurs ayants droit immatriculés auprès des Caisses Sociales.

Il consacre, dans les conditions définies aux articles ci-après, les principes suivants :

- détermination du montant maximum des honoraires dus aux médecins par les bénéficiaires des prestations des Caisses Sociales, à l'occasion de soins de toute nature et en cas de maternité, par l'application d'un tarif fixé d'un commun accord avec lesdits Organismes ;
- confirmation par chacun des médecins inscrits à l'Ordre de son adhésion personnelle aux clauses et conditions de la présente Convention, et de son engagement de les respecter dans l'exercice de sa profession et ses rapports avec les Caisses Sociales ou ses ressortissants ;
- examen en commun, préalable à toute décision, de toute question susceptible d'intéresser conjointement les Caisses Sociales et le Corps Médical.

ARTICLE 2

Les Caisses Sociales s'engagent, sous réserve des dispositions prévues par la présente Convention ou par ses annexes, à n'établir aucune discrimination entre les médecins ayant confirmé leur adhésion personnelle aux clauses et conditions de la présente Convention.

Elles s'engagent, en outre, à appliquer au remboursement des actes pratiqués par les médecins visés à l'alinéa précédent un tarif supérieur au tarif minimum fixé par Arrêté Ministériel.

L'institution d'Organismes de soins par les Caisses Sociales, ne pourra être faite qu'en accord avec l'Ordre des Médecins.

CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

ARTICLE 3

L'adhésion à la convention est ouverte à tout praticien régulièrement autorisé à exercer son activité en Principauté ou dans le Département des Alpes-Maritimes, ainsi qu'à ceux installés en dehors de cette zone géographique, qui se trouvaient dans les liens du précédent dispositif conventionnel à la date d'entrée en vigueur du présent instrument.

Tous les praticiens qui se trouvaient dans les liens du précédent dispositif conventionnel à la date d'entrée en vigueur du présent instrument sont réputés adhérer à celui-ci sauf la possibilité qui leur est ouverte de renoncer au bénéfice de la Convention par simple courrier adressé à la Direction des Caisses Sociales.

Pour les praticiens qui s'installeront postérieurement en Principauté et sur le territoire des quatre communes limitrophes :

- Beausoleil,
- Cap-d'Ail,
- Roquebrune-Cap-Martin,
- La Turbie,

Chaque demande d'adhésion sera soumise à l'appréciation d'une Commission de conventionnement qui s'assurera que l'offre de soins assurés par des médecins conventionnés avec les Caisses Sociales Monégasques, dans la même discipline, n'est pas excédentaire par rapport aux besoins de la population assurée.

Sous la présidence de l'un des représentants du Gouvernement aux Comités de Contrôle de la Caisse de Compensation des Services Sociaux et de la Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Indépendants, cette Commission comprendra :

- un représentant de la Délégation des Salariés et de celle des Employeurs au Comité de Contrôle de la CCSS,
- un représentant de la Délégation des Travailleurs Indépendants au Comité de Contrôle de la CAMTI,
- deux représentants du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Principauté de Monaco,
- et un Médecin-Conseil des Caisses Sociales de Monaco.

Dès réception des demandes de conventionnement émanant des praticiens visés au second alinéa du présent Article, les Services des Caisses Sociales de Monaco en adressent copie au Président de la Commission de conventionnement, laquelle est tenue de rendre un avis dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de cette saisine.

En l'absence d'avis rendu dans ce délai, celui-ci sera réputé favorable au conventionnement du praticien concerné.

DETERMINATION DU MONTANT DES HONORAIRES

ARTICLE 4 (Addenda du 18 juin 2007)

Le montant de la base de remboursement et le montant maximum des honoraires dus aux médecins par les bénéficiaires des prestations des Caisses Sociales, à l'occasion de soins de toute nature est déterminé :

Pour les actes cotés à la NGAP :

- *par application du tarif prévu en annexe à la présente Convention*

Pour les actes cotés à la CCAM technique :

- *par application au tarif conventionnel français du pourcentage fixé en annexe à la présente Convention*

ARTICLE 5

Il est tenu compte, dans l'application dudit tarif, des éléments particuliers suivants :

- titres universitaires du praticien,
- circonstances exceptionnelles dans lesquelles l'acte médical est accompli,
- ressources du malade,

étant toutefois précisé et convenu :

- que ces éléments sont limitativement énumérés,
- qu'ils ne peuvent donner lieu à une évaluation personnelle du montant des honoraires de la part du médecin, leur incidence sur l'application du tarif étant strictement déterminée par les règles énoncées aux articles suivants.

ARTICLE 6

Les titres universitaires visés à l'article précédent sont ceux de professeurs de Faculté ou d'Ecole Nationale de Médecine.

Les consultations effectuées par les titulaires de ces titres universitaires peuvent, à titre transitoire, et en l'attente de la mise en œuvre de la C.C.A.M. clinique, donner lieu à la perception d'honoraires correspondant à trois fois la valeur de la lettre clef « C », elles sont notées « CP3 ».

La base de remboursement retenue par les Caisses Sociales, avant application éventuelle du ticket modérateur, est également fixée à trois fois la valeur de la lettre clef « C ».

ARTICLE 7

Les circonstances exceptionnelles prévues à l'article 5 ne visent que les visites.

Lorsqu'un patient sollicite expressément le déplacement d'un praticien à son domicile alors qu'en application des critères prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels modifiée, son état de santé ne justifierait pas la cotation des lettres-clés « MD » « MDD » ou « MDN », le praticien a la possibilité de procéder à une évaluation personnelle du montant des honoraires réclamés.

Le montant total des honoraires effectivement perçus devra être porté sur la feuille de soins en regard de la cotation de la lettre-clé « V ».

Pour les assurés titulaires de carte « rose » ou « verte », cette évaluation ne peut toutefois avoir pour effet de porter les honoraires facturés à un montant supérieur :

- pour les visites de jour au double du tarif conventionnel de la « V »,
- pour les visites effectuées un dimanche ou un jour férié au quadruple du tarif conventionnel de la « V »,
- pour les visites effectuées la nuit de 20 heures à 8 heures au quintuple du tarif conventionnel de la « V ».

Tout détournement de l'application du présent article relevé à l'encontre d'un praticien, dans le but de se soustraire aux obligations tarifaires résultant de l'application de la Convention, donnera lieu, sur avis conforme de la Commission Mixte d'Etudes et de Conciliation, à une mesure de déconventionnement.

ARTICLE 8

Les ressources des bénéficiaires des prestations servies par les Caisses Sociales s'entendent des gains professionnels et des revenus de substitution.

Les Caisses Sociales tiendront compte de la multiplicité des gains professionnels dont peuvent bénéficier certains foyers.

ARTICLE 9

Il est créé pour l'application de la présente Convention trois catégories de bénéficiaires de prestations.

Paragraphe 1 - Dispositions applicables aux salariés

Les salariés sont répartis entre ces différentes catégories dans les conditions suivantes :

- couleur « verte » : 65 %
- couleur « rose » : 10 %
- couleur « bulle » : 25 %

Le classement dans ces catégories est effectué par référence au quotient familial du foyer établi en divisant :

- la totalité des ressources des personnes composant le foyer, ces ressources s'entendant exclusivement des salaires réels au sens de la réglementation des services sociaux, des pensions d'invalidité, de retraite, des rentes d'accidents de travail et des revenus professionnels en cas d'activité de travailleur indépendant, ou d'administrateur de société non-salarié,
- par le nombre de personnes vivant au foyer, la personne seule comptant pour 1,5 ; les père et mère pour 1,20 chacun ; le parent isolé pour 2 et chaque enfant à charge au sens de la législation sur les prestations familiales pour 0,8.

Le classement s'opère, au plus tard, dans le courant du mois de février et il est établi sur la base des ressources acquises par le foyer au cours de l'exercice précédent (1^{er} octobre - 30 septembre).

Les bénéficiaires de prestations pourront faire appel des décisions de classement. Les demandes seront présentées par écrit et soumises à l'appréciation d'une Commission de reclassement composée d'un représentant du Département des Affaires Sociales et de la Santé, Président, d'un Assistant Social des Caisses Sociales et d'un représentant de l'Ordre des Médecins ; la Commission de reclassement pourra notamment tenir compte de la "situation de fortune" des bénéficiaires de prestations.

Le médecin qui estime que le bénéficiaire de prestations doit être reclassé dans une catégorie supérieure pourra demander son reclassement en portant sur la feuille de soins le sigle RR ou RB, abréviations des mentions reclassement carte rose ou reclassement carte bulle.

Cette demande sera soumise par les soins des Caisses Sociales à l'examen de la Commission de reclassement.

En l'attente de la décision de cette commission et le cas échéant de la délivrance à l'assuré d'une nouvelle carte d'immatriculation, celui-ci bénéficie du tarif correspondant à la catégorie dont il relève au moment de la demande de reclassement.

Les retraités sont classés lors de leur immatriculation en cette qualité auprès de la CCSS sur la base des mêmes quotients familiaux plafonds que les salariés.

Paragraphe 2 - Dispositions applicables aux Travailleurs Indépendants

Les Travailleurs Indépendants sont classés dans les différentes couleurs de carte sur la base des mêmes plafonds de quotients familiaux que les salariés.

Pour les Travailleurs Indépendants en activité, l'accès à la catégorie « verte » est toutefois réservée aux adhérents :

- qui bénéficient du versement de l'un des mécanismes d'aide au paiement des cotisations CAMTI et/ou CARTI sur fonds public ;
- qui débutent une première activité de travailleur indépendant en Principauté et cotisent à la classe la moins élevée de la CARTI, ce jusqu'à l'échéance de leur première année civile complète d'activité ;
- qui bénéficient d'une décision de classement dans cette catégorie prise, à leur demande, par la Commission prévue au paragraphe 1 du présent article.

Pour les retraités, le classement intervient lors de leur immatriculation en cette qualité auprès de la CAMTI.

Les pourcentages de répartition des assurés de la CAMTI entre les différentes catégories de couleur de carte sont communiqués annuellement à l'Ordre des Médecins.

ARTICLE 10

Des déclassements pourront être opérés à la demande des bénéficiaires pour tenir compte de leurs charges exceptionnelles de famille ou de l'évolution de leur situation professionnelle (chômage, interruption de travail de longue durée ...).

Ces déclassements sont décidés par la Commission prévue à l'article précédent.

ARTICLE 11

La catégorie à laquelle appartient le bénéficiaire des prestations est indiquée par la mention qui en est faite sur sa carte d'immatriculation.

En vue d'assurer l'exacte application des dispositions tarifaires de la présente Convention, le praticien est tenu de demander la présentation de la carte d'immatriculation.

Lorsque l'assuré n'est pas en mesure de satisfaire à cette demande, il ne peut invoquer le bénéfice des dispositions de l'Article suivant.

ARTICLE 12 (Addenda du 18 juin 2007)

Il est tenu compte des ressources définies aux articles précédents dans l'application du tarif servant à la détermination du montant maximum des honoraires, dans les conditions suivantes :

- 1) application, sans aucune majoration, des tarifs conventionnels, aux bénéficiaires de prestations classés dans la première catégorie (carte verte),
- 2) *pour les bénéficiaires classés dans la deuxième catégorie (carte rose) les tarifs maxima d'honoraires sont fixés, par dérogation à la règle prévue à l'Article 4*
 - ♦ *pour les actes cotés à la NGAP à 120 % du tarif conventionnel de base,*
 - ♦ *pour les actes cotés à la CCAM par application au tarif conventionnel français du pourcentage prévu en annexe à la présente Convention.*
- 3) dérogation à la règle prévue par l'article 4 et détermination du montant des honoraires par libre entente avec le malade pour les bénéficiaires classés dans la troisième catégorie (carte bulle).

Le montant de ces honoraires devra toutefois être fixé avec tact et mesure par le praticien.

Afin d'assurer le respect de ce principe, les différentes parties à la Convention ainsi que les bénéficiaires des prestations pourront saisir la Commission Mixte prévue à l'article 21 ou une Délégation que cette Commission aura spécialement constituée à cet effet.

La Commission Mixte ou sa Délégation aura, le praticien préalablement entendu en ses explications écrites, compétence pour prononcer le remboursement entre les mains de l'Agent Comptable des Caisses Sociales de la part des honoraires, lui paraissant, compte tenu de la particularité de l'espèce, excéder le montant facturable en application du présent article.

En cas de non-exécution de l'obligation de remboursement éventuellement mise à la charge du praticien dans un délai d'un mois, la Commission Mixte pourra, sans autre formalité, prononcer l'une des sanctions prévues à l'article 29.

ARTICLE 13

Dans le but de faciliter le contrôle du respect des tarifs prévus par la Convention :

- le Médecin est tenu d'inscrire sur les feuilles de soins le montant des honoraires qu'il a perçus ; il en donne l'acquit par signature dans la colonne prévue à cet effet. Il ne peut donner l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour les honoraires inscrits et effectivement perçus,
- les Caisses Sociales mettront à la disposition des bénéficiaires de prestations, toutes les informations utiles pour leur permettre d'appréhender les taux maxima d'honoraires qui leur sont applicables ainsi que le montant du ticket modérateur correspondant.

Elles pourront procéder à des sondages directs auprès de leurs assurés.

ARTICLE 14

Lorsque l'assuré se trouve dans l'incapacité de faire l'avance des honoraires médicaux, le praticien a la possibilité de demander le règlement direct aux Caisses Sociales de la part remboursable de ceux-ci, en portant sur la feuille de soins, au lieu et place du montant des honoraires facturés la mention HNP pour « honoraires non perçus ».

Dans cette hypothèse, il ne peut percevoir directement auprès du patient que la part d'honoraires correspondant à la différence entre le tarif conventionnel applicable aux assurés de catégorie « verte » et la part remboursable réglée par les Caisses Sociales, à charge pour lui de ristourner au patient les sommes perçues en sus, du fait notamment de la méconnaissance d'une situation d'exonération du ticket modérateur.

Il est par ailleurs précisé :

- que la procédure de HNP doit revêtir un caractère exceptionnel,
- que pour les assurés de catégorie rose et bleue elle ne s'applique :
 - ♦ ni aux consultations et visites des généralistes, spécialistes et neuropsychiatres,
 - ♦ ni aux actes ou séries d'actes dont la valeur est inférieure au seuil dont la valeur est fixée en annexe.

En cas de non-respect des dispositions qui précèdent, le praticien faisant une utilisation abusive de la procédure de HNP peut, après un avertissement préalable, être suspendu du bénéfice de cette procédure par la Commission Mixte instituée à l'article 21, ce, sans préjudice de l'application des autres sanctions que cette Commission est habilitée à prononcer.

A l'échéance de la première année de mise en œuvre de la Convention, les parties s'engagent à effectuer un bilan d'application des dispositions du présent Article et sur cette base à statuer sur sa reconduction.

ARTICLE 15

Dans le cas où l'acte est dispensé gratuitement, le médecin portera, au lieu et place de la signature qui doit attester du paiement des honoraires, la mention manuscrite "gratuit" en toutes lettres.

ARTICLE 16 (Addenda du 18 juin 2007)

L'indexation des tarifs d'honoraires intervient dans les conditions fixées au présent article.

Paragraphe 1 – Actes cotés à la NGAP

Les tarifs fixés en annexe sont révisés, au 1^{er} octobre de chaque exercice, par application du coefficient d'indexation suivant :

Coefficient d'indexation N+1 = [(indice INSEE juin N / indice INSEE juin N-1) – coefficient NGAP]. ⁽¹⁾

Etant précisé :

- que l'indice INSEE retenu est l'indice des prix à la consommation, série ensemble des ménages hors tabac,*
- que le coefficient NGAP correspond à l'effet d'entraînement sur la totalité des dépenses générées par l'activité des praticiens libéraux cotable en NGAP, des éventuelles mesures de nomenclature intervenues au cours de l'exercice N, et n'est retenu qu'en cas d'évolution positive,*
- que lorsque le coefficient d'indexation N+1 est négatif au cours d'un exercice, celui-ci vient majorer le coefficient NGAP retenu au titre de l'exercice suivant.*

Paragraphe 2 – Actes cotés à la CCAM Technique

Les actes entrant dans le champ d'application de la CCAM technique sont, lors de la signature de la Convention valorisés sur la base de la valeur conventionnelle française à laquelle est appliquée un coefficient majorateur de 150 %.

Ce coefficient est révisé dans les conditions suivantes au 1^{er} octobre de chaque exercice et pour la première fois au 1^{er} octobre 2007.

Coefficient N+1 = coefficient N x [(indice INSEE Juin N / indice INSEE Juin N-1) – (variation du coût moyen pondéré des actes produits de janvier à mars N valorisés en appliquant le coefficient majorateur de Juillet N aux tarifs du 1^{er} Juillet N et du 1^{er} Juillet N-1)].

Etant précisé :

- que l'indice INSEE retenu est la série ensemble des ménages hors tabac,*
- que lorsque le rapport (indice INSEE juin N/indice INSEE juin N-1) donne un résultat négatif, sa valeur est fixée à 1 dans la formule de calcul du coefficient N+1.*
- que le calcul de la variation du coût moyen pondéré est effectué en retenant le volume d'actes CCAM produits au cours du premier trimestre N (périmètre constant) et n'est retenu qu'en cas d'évolution positive,*

⁽¹⁾ Pour le 1^{er} exercice, l'indice départ du coefficient d'indexation sera celui de février 2006.

- *que cette révision du coefficient majorateur constituera un à-valoir sur les revalorisations générales de la CCAM intervenant en cours d'exercice, ce coefficient étant alors ajusté de façon à ce que les tarifs conventionnels des actes n'excèdent pas la valeur qui était la leur au 1^{er} octobre,*
- *que le coefficient résultant de l'exercice N+1 sera calculé sur la base du coefficient N non arrondi et ensuite exprimé sous forme non décimalisée avec arrondi à l'unité la plus proche.*

Les parties s'obligent à se rencontrer pour déterminer les modalités de valorisation et d'indexation des actes qui entreront ultérieurement dans le champ d'application de la CCAM.

Paragraphe 3

Les chiffres bruts résultant de l'application des dispositions prévues aux paragraphes précédents sont arrondis :

- pour les lettres clés affectées d'un coefficient : au centime le plus proche,
- pour les autres lettres clés : aux dix centimes les plus proches.

ADHESIONS ET ENGAGEMENTS INDIVIDUELS

ARTICLE 17

L'adhésion individuelle aux clauses et conditions de la présente Convention et l'engagement personnel, prévus à l'article 1^{er}, seront souscrits entre les mains du Directeur de la CCSS et de la CAMTI.

ARTICLE 18

L'adhésion et l'engagement sont souscrits, en principe, pour la durée de la présente Convention.

Toutefois, l'Ordre et les Caisses Sociales réservent expressément le droit de chaque praticien de dénoncer son engagement et son adhésion avant l'expiration de cette durée, moyennant un préavis d'un mois, par lettre recommandée adressée au Directeur de la CCSS et de la CAMTI.

ARTICLE 19

Chaque médecin acceptant de donner son adhésion et de s'engager personnellement apposera sa signature sur un formulaire d'adhésion comportant la formule suivante :

« Je reconnais avoir pris connaissance des termes de la présente Convention et affirme les
« approuver personnellement sans aucune exception ni réserve. »
« Je m'engage en conséquence à observer en toute bonne foi les clauses et conditions de
« ladite Convention dans mes rapports avec les Caisses Sociales et les bénéficiaires de leurs
« prestations, ainsi qu'à apporter mon plein et entier concours lors de toute demande
« ou contrôle des Caisses dans les délais, prévus à l'article 24. »
« Le présent engagement est souscrit pour la durée prévue à l'article 34 ci-après, sous
« réserve de mon droit de le dénoncer à tout moment, moyennant un préavis d'un mois,
« par lettre recommandée adressée au Directeur de la CCSS et de la CAMTI. »

La signature sera précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé. »

Par leur adhésion, les médecins s'engagent, dans toutes leurs prescriptions, à observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement. Cet engagement s'étend au respect des règles de bonne pratique prévues en annexe 2, lesquelles pourront être complétées par simple échange de lettres entre le Président de l'Ordre et le Directeur de la CCSS et de la CAMTI.

ARTICLE 20

Il sera remis un exemplaire de la Convention à chacun des médecins ayant accompli les formalités prévues à l'article 19.

COMMISSION MIXTE D'ETUDES ET DE CONCILIATION

ARTICLE 21

En vue d'assurer la collaboration prévue à l'article 1er, il est institué une Commission, dite "Commission mixte d'études et de conciliation".

ARTICLE 22

La Commission est composée de sept membres :

- un Président désigné par le Département des Affaires Sociales et de la Santé, ayant voix prépondérante en cas de partage des voix,
- trois médecins désignés par le Conseil de l'Ordre,
- le Directeur Général des Caisses Sociales ou son délégué,
- un médecin-conseil des Caisses Sociales,
- un autre représentant des Caisses Sociales.

ARTICLE 23

La Commission mixte d'études et de conciliation connaît notamment de :

- toute question intéressant à la fois les Caisses Sociales et le Corps médical, dont l'examen n'est pas réservé par la loi, les règlements en vigueur ou une décision du Gouvernement, à tout autre organisme ou assemblée,
- toute difficulté soulevée par l'application de la présente Convention,
- toute prescription médicale, paraissant avoir un caractère abusif,
- tout abus dans l'application des tarifs fixés par la présente Convention,
- toute faute, abus, fraude et tout fait intéressant l'exercice de la profession relevé à l'encontre d'un membre du Corps médical, en ce qui concerne l'application de la Convention, à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires des prestations,
- toute faute, abus et fraude commis par un bénéficiaire des prestations des Caisses Sociales ou par un agent de ces dernières, portant préjudice au Corps médical ou à l'un de ses membres.

ARTICLE 24

Toute question pouvant mettre en cause un membre du Corps médical ne pourra être soumise à la Commission qu'après avoir fait l'objet d'une tentative de solution directe avec l'intéressé.

A cet effet, le Service concerné des Caisses Sociales donnera connaissance, par écrit, à ce dernier, des faits qui motivent une mise au point, en l'invitant à fournir, également par écrit et dans un délai de quinzaine, toutes explications susceptibles de préciser la nature et la portée exacte de ces faits.

Faute de réponse dans ce délai, un autre courrier, notifié en la forme R.A.R., sera adressé au praticien, en précisant que l'absence de réponse à l'issue d'un nouveau délai de quinzaine constituerait un renoncement au bénéfice de la Convention.

Le praticien peut dans ce dernier cas solliciter la réouverture de ses liens conventionnels durant une période de six mois suivant la constatation de son déconventionnement, notifiée par courrier R.A.R., en devant impérativement fournir lors de cette demande les explications visées au second alinéa.

Enfin et dans tous les cas, lorsque la réponse ne permet pas de résoudre la difficulté, la question est portée à la connaissance de la Commission.

ARTICLE 25

La Commission peut être saisie à la demande soit des Caisses Sociales ou du Conseil de l'Ordre, soit d'un professionnel de santé conventionné ou d'un bénéficiaire des prestations.

La demande doit définir avec précision son objet et être adressée au Président de la Commission, qui fixe la date de la réunion et en arrête l'ordre du jour.

La Commission peut également être saisie des faits prévus à l'article 23 de la Convention sur simple déclaration des bénéficiaires des prestations, soit écrite, soit enregistrée par le médecin-conseil ou un cadre des Services administratifs des Caisses Sociales.

ARTICLE 26

Tout médecin mis en cause a le droit d'être entendu personnellement par la Commission ou de lui adresser un mémoire écrit.

La date à laquelle l'affaire le concernant sera soumise à la Commission devra lui être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, quinze jours au moins à l'avance.

L'intéressé empêché de se présenter devant la Commission pour un motif légitime et sérieux (maladie, décès d'un proche ...) pourra demander par écrit le renvoi de l'affaire à une prochaine réunion.

Un seul renvoi sera accordé pour la réunion immédiatement suivante, sauf raisons majeures.

La nouvelle date à laquelle l'affaire sera examinée doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'intéressé, huit jours au moins à l'avance.

A défaut de demande écrite de renvoi, la Commission statuera d'office sur le vu des éléments dont elle dispose, en tenant compte des explications que l'intéressé a fournies à l'occasion de la tentative de solution directe prévue par l'article 24 ci-dessus.

ARTICLE 27

Les convocations sont adressées, par le Directeur Général des Caisses Sociales.

Elles doivent faire mention de l'ordre du jour de la réunion.

ARTICLE 28

Les membres de la Commission mixte doivent conserver une discrétion absolue sur leurs délibérations.

ARTICLE 29

Dans tous les cas, la Commission mixte aura compétence pour ordonner à l'encontre du praticien le remboursement des sommes indûment perçues. Ce remboursement sera effectué par l'intermédiaire des Caisses Sociales.

Dans le cas d'abus graves ou réitérés, comme dans celui où le praticien se refuserait à exécuter une décision de la Commission, prise en vertu de l'alinéa précédent, elle aura compétence pour exclure temporairement ou définitivement le professionnel de santé du bénéfice des dispositions de la présente Convention.

L'exclusion ainsi prononcée pourra recevoir, auprès des bénéficiaires des prestations des Caisses Sociales, la publicité nécessaire à leur information.

En ce domaine, la Commission mixte statue en dernier ressort et ses décisions présentent un caractère définitif.

ARTICLE 30

Il est dressé un procès-verbal sommaire de chaque réunion.

Les décisions qui y sont mentionnées deviennent exécutoires dès signature du procès-verbal par le Président de la Commission.

Les procès-verbaux seront établis en trois exemplaires respectivement destinés au Président, aux Caisses Sociales, à l'Ordre des Médecins.

Les Caisses Sociales conservent le droit d'exercer, après examen et avis de la Commission mixte d'études et de conciliation, tout recours auprès des juridictions compétentes.

ARTICLE 31

Les décisions de la Commission sont notifiées aux parties intéressées par les soins des Services des Caisses Sociales.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 32

Les projets de Conventions hospitalières, en ce qu'elles évoquent l'exercice médical, seront soumis à l'appréciation de l'Ordre.

Leurs dispositions visant les rapports entre le corps médical, le Conseil d'Administration de l'hôpital et la Caisse ne pourront prendre effet qu'après avoir été approuvées par le Conseil de l'Ordre.

NB – Les volets tarifaires des conventions hospitalières et les dispositions de ces conventions organisant les relations administratives (prise en charge, entente préalable etc ...) entre les caisses, les assurés et l'Administration hospitalière n'entrent pas dans le champ d'application du présent article.

ARTICLE 33

Les Caisses Sociales auront la possibilité d'afficher à l'intérieur de leurs locaux et de publier le tarif des honoraires et la liste des médecins ayant confirmé leur adhésion personnelle aux clauses et conditions de la présente Convention.

ARTICLE 34

La présente Convention, qui entrera en vigueur à compter de la date de son agrément par S.E.M. le Ministre d'Etat, est conclue pour une durée de trois exercices, s'achevant le 1^{er} octobre 2008 ; elle pourra être résiliée par chacune des parties par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation s'opèrera de plein droit à la fin du deuxième mois suivant celui au cours duquel la lettre aura été adressée.

Les parties s'engagent à se rencontrer, au moins six mois avant la date d'échéance prévue à l'alinéa précédent, en vue de se prononcer sur la reconduction du présent dispositif conventionnel et, le cas échéant, sur les modalités de cette reconduction.

à Monaco, le 18 juin 2007

Le Président
de l'Ordre des Médecins,
P. LAVAGNA

Le Directeur Général
des Caisses Sociales,
M. PILOT

ANNEXE I

AVANTAGES SOCIAUX ACCORDES AUX PRATICIENS CONVENTIONNES INSTALLÉS EN PRINCIPAUTE

(ADDENDA DU 18 JUIN 2007)

Ces avantages sociaux feront l'objet de la conclusion d'un protocole d'accord à l'issue de la période d'observation prévue dans l'accord particulier concernant les médecins généralistes.

En l'attente, les dispositions de cet accord ainsi que des avenants transitoires n° 7 (CCSS) et n° 3 (CAMTI) relatives aux avantages sociaux des médecins spécialistes, sont et demeurent applicables.

Le protocole d'accord à conclure cessera de produire effet à la même date que le présent dispositif conventionnel.

à Monaco, le 18 juin 2007

Le Président
de l'Ordre des Médecins

Le Directeur Général
des Caisses Sociales

P. LAVAGNA

M. PILOT

ANNEXE II

ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE ET REGLES DE BONNE PRATIQUE

Article 1er

Durée des traitements pharmaceutiques prescrits

Les traitements pharmaceutiques sont prescrits pour une durée maximale de 1 mois.

Lorsque la durée prévisible du traitement est supérieure, le praticien peut, sur la même ordonnance, prescrire la prolongation de ce traitement dans la limite de cinq renouvellements mensuels.

Pour les médicaments anticonceptionnels, la durée maximale de prescription est portée à trois mois, trois renouvellements trimestriels pouvant être prescrits sur la même ordonnance.

Les médicaments stupéfiants, dont la prescription est encadrée par des règles particulières ne sont pas visés par les dispositions qui précèdent.

Article 2 (Addenda du 18 juin 2007)

Prescription des traitements pharmaceutiques en dénomination commune internationale et en dénomination générique

Les médecins généralistes et spécialistes s'engagent à privilégier la prescription en dénomination commune internationale et en générique.

Le seuil minimal témoignant d'un respect individuel de cet engagement conventionnel est fixé à :

- *50 % des lignes de spécialités pharmaceutiques prescrites en dénomination commune internationale ou en générique.*

Ce seuil est susceptible d'être révisé par simple échange de lettre entre les Caisses Sociales et l'Ordre des Médecins ; son opposabilité aux médecins conventionnés étant conditionnée par la publicité qui devra en être assurée par les Caisses Sociales par voie de lettre-circulaire.

Les parties conviennent de réaliser un bilan d'application de cette mesure, après recueil des éléments statistiques.

Le respect des objectifs individuels pourra être vérifié par des contrôles sélectifs portant sur les ordonnances mises à remboursement au cours d'un mois donné.

Article 3

Test angine

Les Caisses Sociales fourniront aux Généralistes, Pédiatres et Oto-rhino-laryngologistes de la Principauté des tests de dépistage rapide des angines qui constituent une aide à la prescription d'antibiotique et concourent à l'objectif général de bon usage des soins.

En complément de cette action et afin d'optimiser son efficacité des sessions d'information pourront être organisées à l'intention des praticiens concernés en collaboration entre l'Ordre des Médecins et les Caisses Sociales qui en assureront le financement.

à Monaco, le 18 juin 2007

Le Président de l'Ordre des Médecins
de la Principauté de Monaco,

Le Directeur des Caisses Sociales
de Monaco,

P. LAVAGNA

M. PILOT

ANNEXE III
TABLEAU VALEUR CONVENTIONNELLE
TARIFICATION APPLICABLE A COMPTER DU 1^{ER} OCTOBRE 2017

La base de remboursement et le tarif conventionnel de base correspondant à la valeur maximale des lettres-clé applicable aux assurés bénéficiant d'une couleur de carte « verte » sont fixés comme suit :

1 - Pour les actes cotés en NGAP - Tarifs à effet du 1^{er} octobre 2017

Lettre-clé	Libellé	Tarif conventionnel Carte Verte (€)
Actes :		
C	Consultation Médecin Généraliste au cabinet du praticien	29,00
CPN	Consultation Périnatale par Médecin Généraliste	29,30
CS	Consultation Médecin Spécialiste au cabinet du praticien	38,80
CSPN	Consultation Périnatale par Médecin Spécialiste	35,40
CP3	Consultation Professeur de Faculté ou d'Ecole de Médecine	87,00
CPSY	Consultation Neuropsychiatre au cabinet du praticien	47,10
CSC	Consultation Spéciale en Cardiologie	95,00
CALD	Consultation Annuelle Approfondie - patients atteints d'une ALD	30,30
CDE	Consultation de Dépistage du mélanome	58,00
V	Visite Médecin Généraliste au domicile du patient	29,00
VS	Visite Médecin Spécialiste au domicile du patient	39,30
VPSY	Visite Neuropsychiatre au domicile du patient	47,00
K	Actes d'investigation et de spécialité	4,10
KC/KCC	Actes de chirurgie et de spécialité	4,55
SPM/SCP	Actes dentaires par Médecin Stomatologue	5,18
Majorations :		
FP	Forfait Pédiatrique	6,70
MPF	Majoration Psychiatre - Consultation Familiale	10,20
MAF	Majoration Psychiatre - Consultation Annuelle	10,20
Majoration C et V :		
ID	Majoration de dimanche et jours fériés	32,00
IN	Majoration de nuit	45,10
MD	Majoration de déplacement	13,00
MDD	Majoration de déplacement dimanche et jours fériés	45,00
MDN	Majoration de déplacement de nuit	58,10
Sages-femmes - Actes et Majorations :		
CSF	Consultation par Sage-Femme	23,20
CG	Consultation pour suivi de grossesse par Sage-Femme	22,50
SP	Consultation pour suivi post-natal par Sage-Femme	21,90
SF et SFI	Actes et Soins Infirmiers pratiqués par Sage-Femme	3,40
DSFI	Indemnité Déplacement Sage-Femme	4,00
SFID	Pour acte Sage-Femme, Majoration dimanche/férié	21,00
SFIN	Pour acte Sage-Femme, Majoration de nuit	35,00
AMID	Pour Soins Infirmiers par Sage-Femme, Majo. dimanche/jour férié	9,10
AMIN	Pour Soins Infirmiers par Sage-Femme, Majoration de nuit	11,00
Auxiliaires Médicaux - Actes et Majorations :		
AMP	Actes pratiqués par Pédicure-Podologues	2,52
POD	Actes de prévention par Pédicure-Podologues pour patients diabétiques	31,90
AMY	Actes pratiqués par Orthoptiste	3,00
DAMP	Indemnité Déplacement Pédicure	2,40
DAMY	Indemnité Déplacement Orthoptiste	2,00
AMD	Majoration de dimanche et jours fériés	4,10
AMN	Majoration de nuit	5,30

2- Pour les actes cotés à la CCAM

Application au tarif conventionnel français des coefficients suivants, la base de remboursement correspondant au tarif « carte verte » :

Date d'effet	Coefficient maximal	
	Carte Verte	Carte Rose
1er octobre 2017	166%	205%

à Monaco, le 1^{er} septembre 2017

Le Président de l'Ordre des Médecins
de la Principauté de Monaco,

Le Directeur des Caisses Sociales
de Monaco,

Jean-Michel CUCCHI

Jean-Jacques CAMPANA

ANNEXE IV

SEUIL MONETAIRE PREVU PAR L'ARTICLE 14 DE LA CONVENTION (MISE A JOUR AU 1^{ER} OCTOBRE 2017)

Pour les assurés classés en catégorie de carte « Rose » ou « Bulle », la procédure de HNP ne peut être appliquée lorsque le montant des honoraires facturés par un praticien sur une même feuille de soins est inférieur à un seuil monétaire fixé à :

↪ 151,06 €.

Ce seuil est revalorisé dans les mêmes conditions que les honoraires des actes cotés en CCAM.

Date d'effet	Seuil monétaire
1er octobre 2017	151,06 €.

à Monaco, le 1^{er} septembre 2017

Le Président de l'Ordre des Médecins
de la Principauté de Monaco,

Le Directeur des Caisses Sociales
de Monaco,

Jean-Michel CUCCHI

Jean-Jacques CAMPANA