

Lorsque les contrôles effectués par les autorités, ou réalisés par l'établissement, conduisent à la fermeture des points d'usage concernés, l'établissement est tenu aux obligations suivantes :

#### **Article 17-1 – Suspension totale d'activité de l'établissement**

Dans cette situation, la totalité des capacités de traitements de l'établissement est rendue inaccessible pour une durée indéterminée au cours de la saison thermale.

A titre temporaire, l'ensemble de l'établissement est dans l'impossibilité d'accueillir et de traiter les curistes.

Les cures en cours sont suspendues, elles donnent lieu à règlement au *prorata temporis*. De nouvelles cures ne peuvent être engagées. Les curistes sont tenus informés de leur situation par l'établissement.

L'établissement informe dans les plus brefs délais la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription ainsi que le secrétariat de la CPN (UNCAM) de la durée probable de la suspension totale d'activité.

#### **Article 17-2 – Fermeture totale de l'établissement**

Si l'établissement thermal est totalement fermé et que sa réouverture n'est pas envisageable au cours de la saison thermale, l'établissement informe de sa situation la Caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription ainsi que le secrétariat de la CPN (UNCAM). La CNAMTS procède à l'information des autres régimes.

La réouverture fait l'objet d'informations dans les mêmes conditions. La CNAMTS informe les régimes d'assurance maladie autres que ceux désignés ci-dessus.

La délivrance des prises en charge est suspendue. Les cures interrompues font l'objet d'un paiement au prorata temporis.

#### **Article 17-3 – Suspension partielle d'activité**

Dans cette situation, la suspension d'activité ne concerne qu'une partie des capacités de traitement de l'établissement.

Il appartient au responsable de l'établissement de déterminer les orientations thérapeutiques et soins restant accessibles aux curistes. Il s'engage au respect des obligations en matière de capacité technique et de contenu des soins de chacune des orientations restant accessibles.

Dans ce cadre, après accord exprès du médecin thermal et du curiste, un soin rendu inaccessible peut être remplacé par un autre appartenant à la même orientation thérapeutique afin d'assurer le nombre total de soins prévu à l'article 11. Le doublement est limité à deux soins par orientation et par curiste (1).

La cure étant prévue sur une période donnée, si sur cette période il a été impossible de substituer un autre soin à celui rendu inaccessible, ou si le médecin a refusé cette substitution, ou si le curiste a refusé la substitution du soin ou le fractionnement de sa cure, celle-ci est considérée comme interrompue et donne lieu à facturation au *prorata temporis*.

A titre exceptionnel, seules les cures engagées dans leur dernière semaine, (durée de cure supérieure à 12 jours), ne sont pas tenues à obligation de remplacement d'un soin. Après accord exprès du curiste et du médecin thermal, la cure peut être poursuivie jusqu'à son terme.

### TITRE V

#### PROCÉDURE DE CONTRÔLE, SANCTIONS, MESURES DE DÉCONVENTIONNEMENT

##### **Article 18 – Contrôle**

##### **Article 18-1 – Contrôle et visite**

L'établissement donne toutes facilités nécessaires à l'exercice des contrôles prévus par les textes légaux et réglementaires et l'application des dispositions de la présente convention.

Les praticiens conseils ainsi que les responsables des services administratifs des organismes d'assurance maladie assurent les contrôles visés ci-dessus et informent de leur passage la direction de l'établissement.

Concernant les médecins-conseils, les visites peuvent être inopinées, sous réserve de faire connaître leur présence à la direction de l'établissement dès l'arrivée dans les locaux.

##### **Article 18-2 – Publicité**

Les établissements thermaux s'obligent à ne pas utiliser en tant que moyen de publicité auprès du public, la possibilité de prise en charge par les caisses d'assurance maladie.

Cette obligation ne s'applique pas à l'information délivrée à titre individuel sur les modalités de prise en charge des traitements thermaux par l'assurance maladie.

##### **Article 19 – Non-respect des règles conventionnelles**

##### **Article 19-1 – Rôle de la Commission paritaire nationale**

Les litiges auxquels pourrait donner lieu l'application de la présente convention sont soumis à la Commission paritaire nationale.

La commission doit être saisie à l'initiative de l'une des parties signataires, d'une caisse locale ou d'un établissement adhérent ayant constaté des manquements aux obligations de la présente convention.

### Article 19-2 – Procédure

En cas de manquement aux obligations conventionnelles d'un établissement thermal ou d'une caisse d'assurance maladie, la commission peut être saisie par l'une des parties signataires. Cette partie transmet un relevé de ses constatations à la commission et un exposé succinct de ses sollicitations. La commission se réunit dans un délai maximum de deux mois suivant la réception de la demande.

Un dossier exposant les griefs retenus à l'encontre de l'établissement thermal ou de la caisse d'assurance maladie est transmis par courrier avec accusé de réception dans un délai minimum d'un mois avant la réunion de la commission.

La partie concernée dispose de quinze jours pour faire valoir ses observations auprès du secrétariat de la commission. La commission peut entendre à sa demande le représentant de la partie concernée, lequel peut se faire assister d'un conseil. A défaut, la partie concernée transmet des observations écrites.

La non-présentation des observations écrites ou verbales ou la carence d'une des parties signataires à la convention ne sursoient pas la prise de décision par la commission.

Ne peut intervenir dans le cadre de la délibération de la Commission paritaire nationale, le membre ayant partie liée à l'établissement ou l'organisme en cause. Son suppléant pourvoit à son remplacement.

Après appréciation des griefs la commission émet un avis motivé quant aux mesures à prendre à l'égard de la partie concernée.

L'avis est transmis à l'UNCAM en application de l'article L. 162.41 du code de la sécurité sociale. Aucune décision ne peut être prise unilatéralement par l'UNCAM sans consultation formelle et préalable de la Commission paritaire nationale.

En plus des mesures déjà prévues, des pénalités financières pourront être appliquées aux établissements qui ne respecteront pas les obligations de la présente convention. Ces pénalités financières seront définies par le directeur général de la CNAMTS après saisine conventionnelle et avis de la commission paritaire nationale.

Selon les règles suivantes le montant des pénalités financières sera proportionné au préjudice subi par l'assurance maladie ou ses assurés. Il ne pourra excéder 5 % du montant annuel des sommes versées par l'assurance maladie au titre de la prise en charge des forfaits.

### Article 19-3 – Les mesures de déconventionnement

Selon la gravité des manquements aux obligations de la présente convention, les mesures retenues sont les suivantes :

- avertissement ;
- pénalités financières ;
- suspension de la dispense d'avance des frais dans l'hypothèse où des irrégularités constatées concernent la facturation. La durée de la suspension doit être modulée d'un à douze mois selon la gravité des irrégularités ;
- déconventionnement temporaire. La durée du déconventionnement est modulée selon la gravité des faits reprochés d'un mois à la durée totale d'application de la convention.

Les deux dernières mesures sont susceptibles de bénéficier d'un sursis total ou partiel.

Nonobstant les mesures précitées, l'établissement ayant commis des anomalies de facturation impliquant pour l'assurance maladie le versement de prestations non dues est tenu de restituer les sommes versées indûment.

Par ailleurs, un établissement ayant fait l'objet d'une condamnation au titre de l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 441-6 du code pénal est de fait déconventionné.

### Article 19-4 – Décision – Recours

L'UNCAM prend les mesures de déconventionnement supra après avis de la Commission paritaire nationale et consultation des autres caisses nationales de l'assurance maladie.

La décision est communiquée à l'établissement concerné par le secrétariat de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception portant précisions de la nature et de la durée des mesures de déconventionnement et ainsi que les dates de son application.

Les litiges survenant à l'occasion des mesures de déconventionnement précitées sont de la compétence de la juridiction administrative.