

Délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale

Paru in extenso au journal officiel n°33 N du 17/08/1995 à la page 1664

Version en vigueur au 05/01/2024

- ▶ Titre 1 - Dispositions générales (Article 1er à Art. 4)
- ▶ Titre 2 - Dispositions relatives aux conventions entre les médecins libéraux et la C.P.S.(Art. 5 à Art. 7)
- ▶ Titre 3 - Dispositions relatives aux conventions entre les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et la C.P.S.(Art. 8 à Art. 9)
- ▶ Titre 4 - Dispositions relatives aux conventions entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et la C.P.S.(Art. 10)
- ▶ Titre 5 - Dispositions relatives aux conventions entre les infirmiers libéraux et la C.P.S.(Art. 11 à Art. 14)
- ▶ Titre 6 - Dispositions relatives aux conventions Entre Les Orthophonistes Exerçant A Titre Liberal Et La C.P.S.(Art. 15)
- ▶ Titre 7 - Dispositions relatives aux conventions entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale et la C.P.S. (Art. 16 à Art. 17)
- ▶ Titre 9 - Dispositions diverses (Art. 22 à Art. 24)

La commission permanente de l'assemblée territoriale de la Polynésie française,
 Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française ;
 Vu le décret n° 57-245 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer et le Cameroun, modifié, et les textes qui en fixent les modalités d'application ;
 Vu la délibération n° 61-123 du 24 octobre 1961 de l'assemblée territoriale confiant la gestion des risques définis par le décret n° 57-245 du 24 février 1957 à la C.P.S. ;
 Vu la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie-invalidité au profit des travailleurs salariés ;
 Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;
 Vu la délibération n° 94-129 AT du 1er décembre 1994 instituant les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial ;
 Vu la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale ;
 Vu la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;
 Vu la délibération n° 95-105 AT du 20 juillet 1995 portant délégation de pouvoirs de l'assemblée territoriale à sa commission permanente ;
 Vu l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation et fonctionnement de la Caisse de prévoyance sociale ;
 Vu l'arrêté n° 785 CM du 27 juillet 1995 soumettant un projet de délibération à l'assemblée territoriale de la Polynésie française ;
 Les conseils d'administration du régime des salariés et du régime des non-salariés, et le comité de gestion du régime de solidarité territorial en ayant délibéré respectivement lors de leurs séances des 28 avril 1995, 16 mai 1995 et 26 mai 1995 ;
 Vu le caractère d'urgence dudit projet signalé par lettre n° 137 CM en date du 27 juillet 1995 ;
 Vu la lettre n° 445-95 AT/CP du 27 juillet 1995 de convocation en séance des conseillers territoriaux ;
 Vu le rapport n° 103-95 du 3 août 1995 de la commission permanente ;
 Dans sa séance du 3 août 1995,

Adopte :

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1er *Rédaction issue de Délibération n° 98-164 APF du 15 octobre 1998*

Les rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et l'organisme de gestion des régimes de protection sociale, gérant les assurances maladies, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles des différents régimes de protection sociale, sont définis par conventions entre la ou les organisations syndicales des catégories professionnelles intéressées et les régimes de protection sociale.

Art. 2 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2024-02 du 5 janvier 2024*

Les conventions ont pour objet la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé dans le maintien d'une médecine de qualité. Elles déterminent les obligations de la C.P.S. et celles des professionnels de santé.

Elles entrent en vigueur après approbation par arrêté en conseil des ministres. Il en est de même des annexes et

avenants.

Toute reconduction doit faire l'objet d'une approbation par le conseil des ministres.

Dans l'attente de l'approbation de la reconduction et jusqu'à l'entrée en vigueur des avenants et annexes validés pour l'année afférente à leur application ou au plus tard jusqu'à la fin du premier trimestre de l'année concernée, les dispositions conventionnelles en vigueur et notamment tarifaires sont maintenues.

Art. 3 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2024-02 du 5 janvier 2024*

La Caisse de prévoyance sociale transmet ou met à disposition un exemplaire de la convention aux praticiens exerçant en Polynésie française dans les conditions prévues par la convention.

La convention est applicable au professionnel de santé :

1. Qui, dans le délai d'un mois de la réception du document, a expressément notifié à la caisse sa décision de se placer sous le régime de la convention ;
2. Qui, à l'occasion de l'adhésion tacite aux avenants, n'a pas notifié expressément à la Caisse de prévoyance sociale sa décision de se placer hors régime conventionnel, dans le délai d'un mois suivant l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en conseil des ministres approuvant la reconduction de la convention et approuvant l'avenant ;
3. Qui n'a pas été placé hors convention pour violation des engagements conventionnels ;
4. Qui n'a pas fait l'objet d'une condamnation comportant interdiction de donner des soins aux assurés ou d'exercer sa profession par le conseil de l'ordre dont il relève, ou d'une condamnation par les tribunaux pour fraude ou escroquerie dans l'exercice de sa profession.
5. Qui n'est pas soumis au gel des conventions, dans le cadre du dispositif de maîtrise du conventionnement des professionnels de santé du secteur privé.

Le mécanisme d'adhésion tacite aux avenants est applicable au professionnel de santé exerçant sous le régime conventionnel :

1. Qui n'a pas notifié expressément à la Caisse de prévoyance sociale sa décision de se placer hors régime conventionnel, dans le délai d'un mois suivant l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en conseil des ministres approuvant la reconduction de la convention et approuvant l'avenant ;
2. Qui respecte les dispositions relatives aux conditions générales d'adhésion.

À défaut de décision explicite de se placer hors régime conventionnel notifiée dans les conditions précitées, l'adhésion du professionnel de santé à l'avenant est considérée comme ayant été accomplie tacitement.

Art. 4

Les tarifs servant de base au remboursement des honoraires et des frais des praticiens non conventionnés ou déconventionnés, dénommés "tarifs d'autorité", sont fixés par arrêté en conseil des ministres.

TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LA C.P.S.

Art. 5 *Rédaction issue de Délibération n° 99-61 APF du 22 avril 1999*

Les conventions entre la Caisse de prévoyance sociale et les médecins libéraux déterminent notamment :

- 1) Les tarifs des honoraires, des rémunérations et des frais accessoires dus aux praticiens, en dehors des cas de dépassement autorisé, ainsi que les modalités de remboursement sous forme de paiement direct ou de tiers payant ; Ces informations sont portées à la connaissance des patients selon des modalités précisées conventionnellement.
- 2) Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue, par une dotation de l'organisme de gestion ;
- 3) Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales comprenant :
 - la fixation d'objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales en secteur libéral. Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses concernent d'une part, les médecins généralistes conventionnés, et d'autre part, les médecins spécialistes conventionnés. Chaque objectif est décomposé en un montant des dépenses d'honoraires et un montant des dépenses des prescriptions. Ils sont définis annuellement par avenant à la convention médicale, en tenant compte notamment de l'évolution du produit intérieur brut. Leur montant peut être révisé en cours d'année, s'il survient des phénomènes épidémiologiques ou des évolutions techniques majeurs de nature à produire une modification significative et imprévisible de l'activité médicale. Ne sont pas soumis aux objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de santé, les dépenses afférentes à la participation des professionnels de santé du secteur privé aux missions de santé publique.

Un tableau de bord trimestriel des honoraires et rémunérations d'une part et des prescriptions d'autre part de l'ensemble des médecins est établi par l'organisme de gestion des régimes de protection ; il permet d'individualiser l'activité hospitalière. Il est transmis au plus tard deux mois après la fin de chaque trimestre aux partenaires concernés par la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Au début de chaque année civile et au plus tard à la fin du premier trimestre, l'organisme de gestion des régimes de protection sociale procède au constat de la réalisation des objectifs.

Le respect des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de santé ne fait pas obstacle au contrôle médical de l'activité des médecins, par l'organisme de gestion des régimes de protection sociale, conformément à la réglementation en vigueur.

En cas de dépassement des objectifs, une commission désignée à cet effet par la convention procède à l'examen de l'activité de chaque médecin, sur la base du relevé individuel d'activité et de prescriptions des praticiens, mentionné ci-dessous.

Cet examen tient notamment compte, selon des modalités définies conventionnellement :

- de l'évolution de l'activité du médecin ;
- du montant du dépassement ;
- du respect des références médicales opposables ;
- du nombre moyen d'actes et de prescriptions par patient.

La commission analyse les causes du dépassement et propose, le cas échéant, une des mesures ci-après, selon des modalités définies par la convention :

- avertissement ;
- blâme ;
- reversement d'honoraires ;
- suspension du conventionnement ou déconventionnement.
- l'application des références médicales opposables déterminées localement à partir de la liste des références médicales nationales;
- la coordination des différents intervenants du système de soins ;
- la mise en place d'un dossier médical codé, permettant de réaliser la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'un suivi médical du patient. Il comprend tous les comptes-rendus des actes, des prescriptions, ainsi que les conclusions s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public. Il est accompagné d'un dossier reflet qui sera remis au patient. Les médecins-conseils ont accès au dossier reflet pour l'accomplissement de leur mission.
- la transmission semestrielle des relevés individuels d'activité et de prescription des médecins. L'organisme de gestion des régimes de protection sociale transmet à chaque médecin libéral le coût induit par son activité ainsi que le coût représenté par les prescripteurs du même secteur d'activité.
- la mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;
- les conditions d'utilisation, pour l'application de la convention, des informations relatives à l'activité des praticiens et aux relations entre les professionnels de santé et l'organisme d'assurance maladie ;
- la détermination, en cas de non-respect des règles de la convention, des sanctions, de l'avertissement au déconventionnement, et pour le médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales opposables, des sanctions financières dont le montant sera prévu conventionnellement, seront appliquées ;
- Les moyens de contrôle mis en place, les modalités pratiques de transmission des données des médecins et les sanctions financières applicables en cas de retard de transmission. Les médecins communiquent, par support informatique à l'organisme de gestion, outre leur code de prescripteur, le numéro de code des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies ainsi que le numéro de la feuille maladie, selon des modalités définies en accord avec l'organisme de gestion des régimes de protection sociale.
- l'identification des lieux d'installation des médecins. En cas de transfert de cabinet le médecin en informe l'organisme de gestion des régimes de protection sociale dans les meilleurs délais, selon des modalités définies par la convention. Le médecin précédemment conventionné peut être placé hors convention, conformément au dispositif de maîtrise du conventionnement des professionnels de santé du secteur privé, selon des modalités définies par la convention.

4) Les conditions d'adhésion à la convention médicale et de maintien du bénéfice du conventionnement. Les médecins doivent disposer, pour pouvoir adhérer à la convention médicale, d'une installation conforme au code de déontologie médicale et justifier, pour en conserver le bénéfice, d'un exercice effectif de la profession, défini conventionnellement. A défaut, le médecin peut être placé hors convention, selon des modalités définies par la convention.

Art. 6

Pour le remboursement des prestations aux assurés sociaux, le personnel de l'organisme de gestion a connaissance, dans le cadre de ses fonctions, des numéros de code des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée.

Seuls les praticiens-conseils et les personnels placés sous leur autorité ont accès aux données nominatives issues du traitement susvisé lorsqu'elles sont associées au numéro de code d'une pathologie diagnostiquée. Le personnel de l'organisme d'assurance maladie est soumis à l'obligation de secret.

Art. 7

A titre transitoire et pour l'application de la première convention entre la C.P.S. et les médecins, la caisse peut surseoir au conventionnement d'un médecin contre lequel il a été relevé des fautes, abus ou fraudes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de ladite convention. Le sursis au conventionnement ne peut excéder un an.

TITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES, LES SAGES-FEMMES ET LA C.P.S.**Art. 8** *Rédaction issue de Délibération n° 99-87 APF du 20 mai 1999*

Les conventions entre la C.P.S. et les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes déterminent notamment :

1) Les tarifs des honoraires et des frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, en dehors des cas de dépassement autorisé par la convention ;

Ces informations sont portées à la connaissance des patients selon des modalités précisées conventionnellement.

2) Les mécanismes de maîtrise des dépenses ;

3) La mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;

L'identification des lieux d'installation des chirurgiens-dentistes. En cas de transfert de cabinet, le chirurgien-dentiste en informe l'organisme de gestion des régimes de protection sociale dans les meilleurs délais, selon des modalités définies par la convention. Le chirurgien-dentiste précédemment conventionné peut être placé hors convention, conformément au dispositif de maîtrise du conventionnement des chirurgiens-dentistes libéraux, selon des modalités définies par la convention.

4) Les conditions d'adhésion à la convention et de maintien du bénéfice du conventionnement. Les chirurgiens-dentistes doivent disposer, pour pouvoir adhérer à la convention, d'une installation conforme au code de déontologie des chirurgiens-dentistes et justifier, pour en conserver le bénéfice, d'un exercice effectif de la profession, défini conventionnellement. A défaut, le chirurgien-dentiste peut être placé hors convention, selon des modalités définies par la convention.

Art. 9

A titre transitoire et pour l'application de la première convention entre la C.P.S. et les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes, la caisse peut surseoir au conventionnement d'un praticien contre lequel il a été relevé des fautes, abus ou fraudes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de ladite convention. Le sursis au conventionnement ne peut excéder un an.

TITRE 4 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX ET LA C.P.S.**Art. 10** *Rédaction issue de Délibération n° 99-85 APF du 20 mai 1999*

Les conventions entre la C.P.S. et les masseurs kinésithérapeutes exerçant à titre libéral déterminent notamment :

1) Les tarifs des actes pratiqués par les MKDE et les frais accessoires, ainsi que les modalités de remboursement de ces actes sous forme de paiement direct ou de tiers payant.

Ces informations sont portées à la connaissance des patients selon des modalités précisées conventionnellement.

2) Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue, par une dotation de l'organisme d'assurance maladie.

3) Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales comprenant :

- la fixation d'un objectif prévisionnel des dépenses de masso-kinésithérapie ;
- la fixation d'un plafond d'efficience d'activité individuelle compatible avec la distribution des soins de qualité et correspondant à l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels exprimés en coefficients, ainsi que, le cas échéant, d'un forfait concernant l'indemnité de déplacement. Les parties signataires peuvent convenir de la non-prise en charge totale ou partielle des actes pratiqués au-delà de ces seuils ;
- la détermination des références médico-kinésithérapeutiques opposables sur la base des références médicales kinésithérapeutiques élaborées à l'échelon national ;
- la mise en place des relevés individuels d'activité (RIAP) ;
- les conditions d'utilisation, pour l'application de la convention, des informations relatives à l'activité des MKDE et aux relations entre eux et l'organisme d'assurance maladie ;
- la mise en place du codage des actes de masso-kinésithérapie tel qu'il aura été institué en France métropolitaine ;
- la mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;
- la détermination des sanctions en cas de non-respect des règles de la convention, de l'avertissement au déconventionnement.

L'identification des lieux d'installation des masseurs kinésithérapeutes. En cas de changement de lieu d'exercice, le masseur-kinésithérapeute en informe l'organisme de gestion des régimes de protection sociale dans les meilleurs délais, selon des modalités définies par la convention. Le masseur-kinésithérapeute précédemment conventionné peut être placé hors convention, conformément au dispositif de maîtrise du conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, selon des modalités définies par la convention.

4) Les conditions d'adhésion à la convention et de maintien du bénéfice du conventionnement. Les masseurs-kinésithérapeutes doivent respecter, pour pouvoir adhérer à la convention, les obligations réglementaires leur incombant et justifier, pour en conserver le bénéfice, d'un exercice effectif de la profession, défini conventionnellement. A défaut, le masseur-kinésithérapeute peut être placé hors convention, selon des modalités définies par la convention.

TITRE 5 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES INFIRMIERS LIBÉRAUX ET LA C.P.S.

Art. 11 *Rédaction issue de Délibération n° 99-86 APF du 20 mai 1999*

Les conventions entre la C.P.S. et les infirmiers libéraux déterminent notamment :

1) Les tarifs des actes pratiqués par les infirmiers et les frais accessoires, ainsi que les modalités de remboursement de ces actes sous forme de paiement direct ou de tiers payant ;

Ces informations sont portées à la connaissance des patients selon des modalités précisées conventionnellement.

2) Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue, par une dotation de l'organisme d'assurance maladie ;

3) Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales comprenant :

- la fixation d'un objectif prévisionnel des dépenses portant sur l'ensemble des soins infirmiers et sur leurs frais et accessoires ;

- la fixation d'un seuil d'activité défini et exprimé en coefficients de soins infirmiers (AMI, AIS), ainsi que d'un forfait d'indemnité pour déplacement avec le non-remboursement ou la limitation de la prise en charge des actes pratiqués au-delà du seuil ;

- le cas échéant, la mise en place d'un codage des actes infirmiers garantissant une approche médicalisée de la distribution des soins ;

- la mise en place des relevés individuels d'activité (RIAP) ;

- les conditions d'utilisation, pour l'application de la convention, des informations relatives à l'activité des infirmiers et aux relations entre eux et l'organisme d'assurance maladie ;

- la mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;

- la détermination des sanctions en cas de non-respect des règles de la convention, de l'avertissement au déconventionnement.

L'identification des lieux d'installation des infirmiers. En cas de changement de lieu d'exercice, l'infirmier en informe l'organisme de gestion des régimes de protection sociale dans les meilleurs délais, selon des modalités définies par la convention. L'infirmier précédemment conventionné peut être placé hors convention, conformément au dispositif de maîtrise du conventionnement des infirmiers libéraux, selon des modalités

définies par la convention.

4) Les conditions d'adhésion à la convention et de maintien du bénéfice du conventionnement. Les infirmiers doivent respecter, pour pouvoir adhérer à la convention, les obligations réglementaires leur incombant et justifier, pour en conserver le bénéfice, d'un exercice effectif de la profession, défini conventionnellement. A défaut, l'infirmier peut être placé hors convention, selon des modalités définies par la convention.

Art. 12

Dans le but de garantir aux malades des soins de qualité, l'infirmier libéral doit justifier pour être conventionné d'une expérience professionnelle d'infirmier de 3 ans.

Art. 13

La convention prévoit le non-remboursement des prestations aux infirmiers qui n'auront pas respecté le seuil d'activité individuelle et le seuil établi pour les indemnités de déplacement. Une dérogation exceptionnelle peut être accordée par la C.P.S. pour la prise en charge de l'indemnité de déplacement d'un malade pendant une durée déterminée, en cas de dépassement du seuil d'indemnité de déplacement.

Art. 14

A titre transitoire et pour l'application de la première convention entre la C.P.S. et les infirmiers libéraux, la caisse peut surseoir au conventionnement d'un infirmier contre lequel il a été relevé des fautes, abus ou fraudes au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de ladite convention. Le sursis au conventionnement ne peut excéder un an.

Les infirmières qui exercent à titre libéral ou en tant que remplaçantes, ou salariées d'une consœur libérale, avant la date d'effet du présent texte, pourront exercer à titre libéral sous convention, sans condition d'expérience professionnelle.

TITRE 6 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES ORTHOPHONISTES EXERÇANT A TITRE LIBERAL ET LA C.P.S

Art. 15

Les conventions entre la C.P.S. et les orthophonistes, exerçant à titre libéral déterminent notamment :

- 1) Les tarifs pratiqués par les orthophonistes et les frais accessoires, ainsi que les modalités de remboursement de ces actes sous forme de paiement direct ou de tiers payant ;
- 2) Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue, par une dotation de l'organisme d'assurance maladie ;
- 3) Les mécanismes de maîtrise des dépenses comprenant :
 - la fixation d'un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses ;
 - la fixation d'un seuil annuel d'activité, ainsi que d'un forfait d'indemnité pour déplacement, avec le non-remboursement ou la limitation de la prise en charge des actes pratiqués au-delà de ces seuils ;
 - la détermination des références orthophoniques opposables sur la base des références orthophoniques élaborées à l'échelon national ;
 - les conditions d'utilisation, pour l'application de la convention, des informations relatives à l'activité des orthophonistes, notamment au moyen des relevés individuels d'activité professionnelle, ainsi qu'aux relations entre eux et l'organisme de gestion ;
 - la mise en place du codage des actes d'orthophonie tel qu'il aura été institué en France métropolitaine ;
 - la mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;
 - la détermination des sanctions en cas de non-respect des règles de la convention, de l'avertissement au déconventionnement.

TITRE 7 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS ENTRE LES DIRECTEURS DE LABORATOIRES PRIVÉS D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE ET LA C.P.S.

Art. 16

Les directeurs de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale, agréés selon la réglementation applicable sur le territoire, sont tenus d'effectuer les analyses et examens de laboratoire en observant la plus stricte économie compatible avec l'exacte exécution des prescriptions.

Art. 17

Les conventions entre la C.P.S. et les directeurs de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale déterminent notamment :

- 1) Les tarifs des actes pratiqués par les directeurs de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale et les frais accessoires, ainsi que les conditions de dépassement de tarifs dû à une exigence particulière du malade sans motif médical ;
- 2) Les modalités d'application de la dispense de l'avance des frais pour les ressortissants sociaux relevant de la C.P.S. pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- 3) Les modalités d'information de la C.P.S. sur leurs conditions d'exercice, étant précisé que les prélèvements ne sont effectués qu'au laboratoire, au domicile des malades, ou pour les malades hospitalisés, dans un établissement de soins public ou privé, sauf dérogations pour les cas d'assistance de personne en danger ;
- 4) Le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue, par une dotation de l'organisme d'assurance maladie ;
- 5) Les mécanismes de maîtrise des dépenses de biologie médicale comprenant :
 - la fixation d'un objectif territorial quantifié avec les modalités de reversement par l'une ou l'autre des parties signataires à l'une ou l'autre des parties signataires lorsque les dépenses de biologie médicale sont inférieures ou supérieures à l'objectif territorial quantifié ;
 - la mise en place des instances paritaires chargées de l'application et du suivi de la convention ;
 - la détermination des sanctions en cas de non-respect de la convention, de l'avertissement au déconventionnement.

Titre abrogé

Rédaction issue de Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007

Art. 18 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007*

Article abrogé

Art. 19 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007*

Article abrogé

Art. 20 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007*

Article abrogé

Art. 21 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007*

Article abrogé

TITRE 9 - DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 22 *Rédaction issue de Délibération n° 98-165 APF du 15 octobre 1998 modifiant la délibération n° 95-109AT du 3 août 1995*

A défaut de convention au plus tard le 30 novembre de chaque année entre les régimes de protection sociale et un ou plusieurs syndicats de chacune des professions visées à la présente délibération, les praticiens des professions médicales et paramédicales peuvent adhérer personnellement aux conditions établies par l'organisme de gestion sur la base des tarifs et des plafonds individuels d'activité approuvés par le conseil des ministres.

Art. 23

La délibération n° 90-123 AT du 13 décembre 1990, relative aux rapports entre les praticiens des professions médicales et paramédicales et la Caisse de prévoyance sociale, est abrogée.

Art. 24

Le Président du gouvernement du territoire est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au Journal officiel de la Polynésie française.

Le secrétaire,
Teriitepaiatua MAIHI.

Le président,
Justin ARAPARI.

Voir toutes les modifications dans le temps :

- [Délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995](#), JOPF n° 33 N du 17/08/1995 à la page 1664
- [Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2258
Art. 7.— Dispositions finales Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération : - la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale ; [...]
- [Délibération n° 98-165 APF du 15 octobre 1998 modifiant la délibération n° 95-109AT du 3 août 1995](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2262
Afin d'encadrer le dispositif conventionnel entre les professionnels de santé du secteur privé et l'organisme de gestion des régimes de protection sociale, les missions de contrôle médical de l'organisme de gestion seront redéfinies pour affirmer notamment le rôle et l'indépendance de ses praticiens conseils, ainsi que ses pouvoirs en matière de déconventionnement ou de récupération d'indus. Les dispositions de la présente délibération s'appliqueront au titre des années 1999 et 2000, à l'exception des dispositions se rapportant au codage des données, applicables à compter du 1er juillet 1999.
- [Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2256
Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération : - [...] - a délibération n° 95-109 AT du 3 août" 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale ; - [...]
- [Délibération n° 98-164 APF du 15 octobre 1998](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2260
Art. 6.— Dispositions finales A la date de la publication de la présente délibération, la convention conclue en application du titre 2 de la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 devra être renégociée.
- [Délibération n° 99-61 APF du 22 avril 1999](#), JOPF n° 17 N du 29/04/1999 à la page 915
- [Délibération n° 99-86 APF du 20 mai 1999](#), JOPF n° 22 N du 03/06/1999 à la page 1179
- [Délibération n° 99-87 APF du 20 mai 1999](#), JOPF n° 22 N du 03/06/1999 à la page 1181
- [Délibération n° 99-85 APF du 20 mai 1999](#), JOPF n° 22 N du 03/06/1999 à la page 1178
Art. 6.— Dispositions finales A la date de la publication de la présente délibération, la convention conclue en application du titre 4 de la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 devra faire l'objet d'un avenant.
- [Loi du Pays n° 2007-9 du 12 septembre 2007](#), JOPF n° 41 NS du 13/09/2007 à la page 686
Les professionnels de santé conventionnés auxquels s'appliquent les dispositions de la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 modifiée disposent d'un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi du pays pour demander leur inscription à l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française, conformément aux dispositions de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française.
- [Loi du Pays n° 2024-02 du 5 janvier 2024](#), JOPF n° 1 NS du 05/01/2024 à la page 2