

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

18/07/97

Origine :

DGR

ENSM

MMES ET MM

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES ET MM les Médecins Conseils Régionaux

M. le Médecin Conseil Chef de LA REUNION

(pour attribution)

MMES ET MM les Agents Comptables

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES ET MM les Directeurs

. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

Réf. :

DGR n° 76/97

ENSM n° 38/97

Plan de classement :

25203

Objet :

THERMALISME

CONVENTION NATIONALE DESTINEE A ORGANISER LES RELATIONS ENTRE LES
ETABLISSEMENTS THERMAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Pièces jointes :

0

1

Liens :

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DPAS/M.PORTRON - R.ROUSSEAU - J.RODENBACH - ENSM/Dr.L.PRESTAT

Téléphone :

01.42.79.32.00 - 01.42.79.35.87 - 01.42.79.35.87 - 01.42.79.31.48

@

**Direction
de la Gestion du Risque
Echelon National
du Service Médical**

18/07/97

Origine :
DGR
ENSM

MMES ET MM les Directeurs
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES ET MM les Médecins Conseils Régionaux
M. le Médecin Conseil Chef de LA REUNION
(pour attribution)

MMES ET MM les Agents Comptables
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES ET MM les Directeurs
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR - n° 76/97 - ENSM n° 38/97

Objet : THERMALISME
Convention Nationale destinée à organiser les relations entre les établissements thermaux et les Caisses d'Assurance Maladie.

Les textes relatifs à la prise en charge des cures thermales par l'Assurance Maladie étaient anciens et succincts : *arrêté du 8 juin 1960*, *art. R.322-14 du CSS*, convention de 1972 dépourvue de base légale et qui n'avait fait l'objet d'aucune approbation ministérielle.

Cette absence de règles définissant clairement la nature des traitements thermaux et les modalités de leur tarification a abouti, au fil du temps, à une situation très diversifiée selon les établissements, préjudiciable aux assurés et à une bonne gestion du risque.

Médicalement, la diversité des traitements thermaux ne se justifiait pas. La diversité des tarifs des traitements thermaux générait des écarts de prix totalement aberrants pouvant aller de 1 à 7 pour certaines orientations thérapeutiques. Le poids financier des suppléments facturés en sus des forfaits de soins - représentant en moyenne 1/3 des frais d'hydrothérapie - permettait aux établissements de contourner l'encadrement des remboursements initialement prévu dans un cadre forfaitaire.

A partir de ce constat, un groupe de travail a été constitué au plan national avec les trois syndicats représentatifs de la profession. Une proposition de réforme a été élaborée visant d'une part à redéfinir de nouveaux forfaits à partir de règles médicales cohérentes et précises, et d'autre part à harmoniser progressivement les tarifs de ces forfaits, cela conformément aux recommandations des rapports ministériels (Rapport EBRARD en 1993 et Rapport COHEN en 1994).

I. LE CADRE JURIDIQUE DU NOUVEAU DISPOSITIF CONVENTIONNEL

L'*art 28 de la loi n°96-452 du 28/05/96* (articles L.162-39 à L.162-42 du Code de la sécurité sociale) portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, donne une base législative à la nouvelle convention thermale qui doit fixer les rapports entre les établissements et les Caisses d'Assurance Maladie.

Aux termes de la loi, la convention détermine :

- les obligations respectives des parties,
- les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins,
- les soins thermaux pris en charge et les forfaits de rémunération correspondants,
- les mesures prévues en cas de manquement des établissements à leurs obligations.

Chaque année, une annexe à la Convention fixe les tarifs des forfaits dus aux établissements thermaux par les assurés sociaux. A défaut le Ministre arrête les traitements et les forfaits correspondants sur proposition de la Caisse Nationale.

II. PRESENTATION GENERALE DE LA CONVENTION NATIONALE

L'arrêté interministériel d'approbation du 30 avril 1997 (J.O. du 17.05.97) confère à la Convention Nationale Thermale, signée le 5 mars 1997, un caractère réglementaire. Cette Convention est conclue entre les trois Caisses Nationales (Régime Général, Régime Agricole, Régime des Travailleurs Indépendants) et les trois Organisations Professionnelles représentatives au plan national des établissements thermaux, à savoir :

1. **L'Union Nationale des Etablissements Thermaux (UNET),**
2. **Le Syndicat National des Etablissements Thermaux (SNET),**
3. **Le Syndicat Autonome du Thermalisme Français (SATF).**

La Convention dispose de :

☞ **cinq chapitres :**

1. *les dispositions générales,*
2. *les instances conventionnelles,*
3. *les obligations résultant de la Convention,*
4. *les traitements type et les tarifs de responsabilité,*
5. *les procédures de contrôle et les sanctions.*

☞ **et quatre annexes :**

1. *les traitements des établissements pour 1997,*
2. *les tarifs des traitements des établissements pour 1997,*
3. *les tarifs cibles des différentes orientations thérapeutiques,*
4. *la grille d'appellations normalisées des soins thermaux.*

III. LES DISPOSITIONS DE LA CONVENTION

31 PREAMBULE

Le préambule expose le fondement juridique du nouveau cadre conventionnel (art. L.162-39 à L.162-42 du CSS issus de la *loi n°96-452 du 28.05.96* - JO du 29.05) et les objectifs de la Convention :

- l'organisation des relations entre les établissements thermaux et les caisses d'assurance maladie pour le remboursement des cures thermales,
- la garantie pour les assurés sociaux d'un accès à un thermalisme de qualité,
- la recherche d'une maîtrise médicalisée des dépenses de thermalisme,
- la mise en oeuvre de l'harmonisation des traitements thermaux et de leurs tarifs de responsabilité.

32 DISPOSITIONS GENERALES (ARTICLES 1 A 5)

321 Champ d'application (article 1)

Peuvent adhérer à la convention tous les établissements thermaux autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux conformément à l'*art. L.162-21 du CSS* et fonctionnant dans les conditions mentionnées à l'annexe XXVI du *décret n°56-284 du 09/03/56* modifié.

322 Durée et renouvellement (article 2)

La convention et ses annexes prennent effet un jour franc après la date de publication au Journal Officiel de l'arrêté interministériel d'approbation, soit le 19 mai 1997.

La convention est conclue pour une durée maximale de 5 ans. Elle pourra faire l'objet d'une tacite reconduction, sauf les modifications susceptibles de lui être apportées et définies par les parties signataires qui se réuniront à cet effet, s'il y a lieu, six mois avant la date d'échéance.

323 Adhésion à la Convention

3231 Les parties signataires

Cette convention a été signée par les trois Caisses Nationales et les trois Syndicats du Thermalisme.

3232 Les Caisses d'Assurance Maladie sont adhérentes de droit à la Convention

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général, les Caisses de Mutualité Sociale Agricole et les Caisses Maladies Régionales des Professions Indépendantes, engagées par leur Caisse Nationale respective, sont réputées de droit adhérentes à la Convention.

Les Caisses des autres régimes d'Assurance Maladie (Art. L.162-39 et Art. R.711-17 du CSS) sont également engagées.

3233 Procédure d'adhésion des établissements thermaux à la Convention

Le conventionnement individuel des établissements thermaux s'effectue en application de l'*art. L.162-41 2° du CSS*, et selon la procédure suivante :

Dans le délai de 15 jours suivant le 19 mai, le Secrétariat de la Convention¹ notifie à chaque établissement thermal autorisé le texte conventionnel et ses annexes. Dans le délai de 15 jours suivant la date d'envoi de ces documents, l'établissement thermal doit faire connaître par écrit au Secrétariat de la Convention s'il adhère ou non à la Convention. Le défaut de réponse d'un établissement thermal dans ce délai vaut refus d'adhésion à la Convention.

Les établissements thermaux qui n'auront pas répondu dans le délai imparti ou qui auront exprimé le souhait par écrit de ne pas adhérer à la Convention se situeront hors convention. Conformément aux dispositions de l'*art. L.162-41-3 du CSS*, les soins dispensés dans ces établissements non conventionnés ne pourront donner lieu à aucun remboursement par l'Assurance Maladie. Il en va de même pour les établissements déconventionnés (Cf. § 3722).

L'adhésion à la Convention prend effet à la date d'effet même de ladite Convention, soit au 19 mai 1997.

¹ Le Secrétariat de la Convention est confié à la CNAMTS.

A la date de la présente circulaire, tous les établissements² cités dans les annexes 1 et 2 de la convention ont répondu favorablement à la procédure d'adhésion et sont considérés comme conventionnés.

324 DENONCIATION DE LA CONVENTION - RETRAIT DU REGIME CONVENTIONNEL (ART. 4 ET 5)

3241 Dénonciation de la Convention par les parties signataires

Chacune des parties signataires de la convention dispose à tout moment de la faculté de dénoncer celle-ci.

La Convention continue toutefois de produire ses effets si le nombre des parties signataires, tant du côté des organisations professionnelles que du côté des Caisses Nationales reste conforme aux exigences de l'*art. L.162-39 § 1 du CSS*.

3242. Retrait du régime conventionnel d'un établissement thermal

Tout établissement thermal peut à tout moment se retirer du régime conventionnel. Compte tenu de l'activité saisonnière et particulière de ces établissements, le retrait n'est effectif qu'au 1er janvier de l'année civile suivant celle d'un délai de 6 mois après la date de notification dudit retrait au Secrétariat de la Convention.

3243 Notifications et délais

L'article 5 précise que les délais prévus à la Convention sont des délais francs, et que les notifications faites en recommandé avec avis de réception prennent effet à la date de leur dépôt au bureau de poste ou à celle de leur signification s'il s'agit d'un acte extra-judiciaire.

33 LES INSTANCES CONVENTIONNELLES (ARTICLES 6 A 10)

Leur fonctionnement est centralisé au niveau national. Les règles de procédure en sont détaillées à l'article 6 de la Convention. Le fondement des instances conventionnelles est le paritarisme entre

² Il est rappelé qu'il faut distinguer la liste des stations thermales telles que figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XV - Chapitre IV) de celle des établissements thermaux. Une même station thermale peut en effet comporter plusieurs établissements qui, pour les mêmes orientations thérapeutiques, dispensent des traitements différents.

l'assurance maladie et la profession thermale. Ces instances conventionnelles sont :

- la Commission Plénière,
- la Commission Technique,
- le Secrétariat de la Convention.

331 LA COMMISSION PLENIERE (ARTICLE 7)

La Commission Plénière est l'organe de gestion de la Convention. Elle veille à la bonne application de celle-ci et est chargée notamment de déterminer chaque année les tarifs des forfaits de soins des établissements thermaux.

La Commission Plénière est composée, à parité, de 9 membres, ayant voix délibérative, pour chacune des deux sections (sociale et professionnelle).

332 LA COMMISSION TECHNIQUE (ARTICLE 8)

La Commission Technique est chargée d'élaborer toutes propositions relatives à l'élaboration ou la modification des grilles d'appellations normalisées des soins thermaux et des traitements pouvant être dispensés dans les établissements, qui seront soumises à la Commission Plénière.

La Commission Technique est composée, à parité, de 4 membres (dont deux médecins) ayant voix délibérative pour chacune des deux sections (sociale et professionnelle).

Deux médecins représentant les médecins thermaux, ayant voix consultative, peuvent également siéger dans cette Commission.

333 LA COMMISSION DES CONFLITS (ARTICLE 9)

La Commission des Conflits est à la fois instance de conciliation et de discipline.

- Au titre de la conciliation, elle prévient par une procédure - non obligatoire et sommaire - le développement de litiges éventuels entre les parties signataires ou les établissements thermaux et les Caisses. Elle rend ses conclusions dans un délai de deux mois maximum, selon le cas soit à sa section disciplinaire, soit à la Commission Plénière.

Elle est saisie par le Secrétariat de la Convention, à la demande d'une partie, d'un établissement ou d'une Caisse.

- Au titre de la discipline, (le cas échéant au vu des conclusions de la procédure de conciliation), elle étudie les faits susceptibles de constituer une violation aux engagements conventionnels d'une partie signataire, d'une Caisse ou d'un établissement adhérent, délibère et sanctionne, selon les procédures décrites à l'article 21 de la Convention.

La Commission des Conflits est composée à parité de trois membres pour chacune des deux sections (Sociale et Professionnelle). Elle siège dans cette composition plénière en formation de discipline.

Elle siège dans une composition réduite pour ses attributions de conciliation et comprend alors un membre pour chacune des deux sections.

334 LE SECRETARIAT DE LA CONVENTION

Le Secrétariat de la Convention est assuré par la C.N.A.M.T.S., sous le contrôle de la Commission Plénière et selon ses directives. Il assure l'intégralité de la gestion des travaux consécutifs à l'application de la Convention.

34 OBLIGATIONS RESULTANT DE LA CONVENTION (ARTICLES 11 A 13)

341 Obligations des Caisses Nationales (Article 11.1)

Les Caisses Nationales garantissent :

le respect de la réglementation relative au thermalisme, l'engagement et les obligations des Caisses qu'elles représentent, l'information des médecins et des assurés sur les traitements dispensés dans les établissements et sur leurs modalités de remboursement.

Dans ce cadre, des dépliants seront réalisés par la C.N.A.M.T.S. pour préparer la prochaine saison :

- à l'égard du médecin traitant,
- à l'égard du médecin thermal.

342 Obligations des Organisations Professionnelles Nationales du Thermalisme (Article 11.2.)

Les Syndicats Nationaux représentatifs de la Profession et signataires de la Convention s'obligent :

- à respecter les délais prévus par l'ensemble des textes, avenants et annexes pour le fonctionnement de la Convention, à exercer le mandat de représentation confié par leurs adhérents auprès des instances conventionnelles, et à garantir l'information de leurs adhérents quant à leurs diverses obligations conventionnelles.

343 Obligations des caisses locales adhérentes (article 12)

3431 Information et formalités de prise en charge

Les Caisses doivent :

- assurer l'information exhaustive de leurs assurés, quant aux conditions de prise en charge et de remboursement des cures thermales et aux formalités à accomplir en la matière,

Des modèles de lettre-type, suivant les différentes situations dans lesquelles peuvent se trouver les assurés, seront adressés aux Caisses².

- délivrer aux assurés avant le début de la cure thermale dans les délais les plus brefs, l'imprimé "de prise en charge administrative - facturation" - conforme au modèle qui sera homologué par les services ministériels et recevra l'aval du CERFA, sur présentation du questionnaire de prise en charge comportant la prescription de la cure par le médecin traitant³,
- prendre en charge les frais de cure thermale dans un établissement adhérent à la Convention, dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles.

² Ils figurent en annexe de la circulaire relative aux nouveaux imprimés mis en place suite à la suspension de l'entent préalable

³ Ces différents imprimés sont en cours d'homologation ministérielle.

3432 Procédure de paiement direct aux établissements thermaux

Les assurés sociaux effectuant une cure thermale dans un établissement adhérent à la Convention bénéficient de la procédure de dispense d'avance des frais s'ils sont en possession de l'imprimé "prise en charge administrative - facturation" - pour leurs traitements d'hydrothérapie.

Il est rappelé à cet égard que les traitements thermaux, objet de la présente Convention, doivent être distingués des autres prestations thermales (honoraires médicaux du médecin thermal, le cas échéant prestations supplémentaires) qui se situent hors du cadre conventionnel.

☛ Pièces justificatives

La procédure de paiement direct aux établissements thermaux est subordonnée à la présentation par ceux-ci, à la Caisse désignée (qui est pour le régime général la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'implantation de la station thermale) :

en transmission papier

- du volet n°2 du document de "prise en charge administrative facturation" - dûment complété accompagné d'un bordereau récapitulatif des sommes dues.

en télétransmission en norme B 2

- du bordereau récapitulatif précisant par facture l'identifiant du bénéficiaire et les montants facturés. Les volets n°2 non complétés (mais accompagnés des prescriptions correspondantes) seront joints dans l'ordre des numéros de factures à ce bordereau.

☛ Délais de règlement

La Caisse désignée dispose d'un délai de 8 jours suivant la remise des documents précités pour effectuer le règlement à l'établissement thermal. En cas de non respect du délai précité, situation qui doit rester exceptionnelle, les C.P.A.M. verseront des acomptes d'un montant de 80% des bordereaux présentés.

3433 *Contrôle du respect des dispositions conventionnelles*

Les Caisses sont fondées à contrôler le respect des dispositions conventionnelles par les établissements adhérents. Il s'agit en l'espèce plus particulièrement du contrôle des factures présentées au règlement. **Les soins dispensés doivent être conformes au traitement fixé par l'établissement et aux normes requises en nombre de séances de soins dans l'orientation thérapeutique considérée** (Cf. annexe IV à la Convention).

De plus, sur requête du Secrétariat de la Convention saisi d'un litige conventionnel ou sur la requête directe de la C.N.A.M.T.S. en tant que partie signataire, les Caisses dans la circonscription desquelles sont implantées une (des) station(s) thermale(s) pourront être amenées à effectuer des actions de contrôle du déroulement des cures conformément à la Convention en liaison avec les services du contrôle médical (Cf. § 3713).

344 **Obligations des établissements adhérents (article 13)**

3441 Conditions d'accueil des curistes

Les établissements thermaux sont tenus, pendant toute leur période d'ouverture, d'accueillir les assurés sociaux et leurs ayants droit dans les conditions prévues par la Convention et ses annexes (Cf. article 18.2) et par les textes régissant leurs conditions de fonctionnement.

L'agrément des établissements thermaux qui porte sur les conditions matérielles et techniques de leur fonctionnement relève de la compétence des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales - Commissions Régionales d'Agrément - seules habilitées à prendre des sanctions en la matière (suspension - retrait d'agrément).

Bien évidemment si les caisses constatent des anomalies dans le fonctionnement d'un établissement, il leur appartient d'en faire part à la D.R.A.S.S.

Il est rappelé que les traitements réalisés dans un établissement qui ne dispose pas d'agrément ne peuvent donner lieu à remboursement. Son agrément obtenu, l'établissement doit ensuite engager une procédure au niveau de la convention - soit d'adhésion s'il s'agit d'un nouvel établissement, soit de prise en compte de nouveaux traitements, s'il s'agit de l'obtention d'une nouvelle orientation thérapeutique.

3442 Conditions de délivrance des soins aux assurés sociaux

Les établissements thermaux s'engagent à respecter :

- leur(s) orientation(s) thérapeutique(s) spécifique(s) mentionnée(s) au Titre XV - Chapitre IV de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels,
- le libre choix par les assurés de leur médecin thermal.

Ils doivent également dispenser aux assurés sociaux les soins pris en charge dans les limites de la prescription médicale. La prescription doit être conforme au traitement type reconnu à l'établissement (Cf. annexe 1 à la convention concernant les traitements de chaque établissement) pour donner lieu à remboursement.

Il convient que des actions de sensibilisation soient effectuées au niveau local auprès des médecins thermaux afin de les informer des nouvelles règles concernant les traitements. Ces règles ont été élaborées d'ailleurs en concertation étroite avec des représentants des médecins thermaux.

Les médecins demeurent libres de leur prescription. Néanmoins les soins réalisés en sus du nombre obligatoire de séances de soins sont à la charge du curiste. Si le médecin ne prescrit pas le nombre de soins requis, le traitement n'est pas considéré comme constitutif d'une cure thermale (sauf exceptionnellement pour motif médical dûment certifié) et ne donne donc pas lieu à remboursement.

3443 Facturation aux Caisses désignées

Les établissements thermaux, dans le cadre de la procédure de dispense d'avance relative aux frais d'hydrothérapie (à savoir, les frais consécutifs au seul traitement thermal, soit le forfait thermal + le cas échéant le(s) forfait(s) de kinésithérapie), présentent à la Caisse (du lieu de cure) la facturation des sommes qui leur sont ainsi dûes au plus tôt le dernier jour de cure et dans les conditions précisées aux paragraphes 3432, 362 et 3712.

3444 Information

- Les établissements thermaux s'obligent à renseigner les curistes assurés sociaux qu'ils reçoivent, sur les prestations thermales remboursées par l'Assurance Maladie **et sur les prestations dont ils sont susceptibles de bénéficier à leur demande mais qui ne sont pas remboursées (Cf. § 3342).**
- Ils se doivent également d'assurer l'information du Corps Médical des stations quant aux nouvelles dispositions conventionnelles précisément en ce qui concerne les nouvelles normes de composition des traitements thermaux, les traitements dispensés dans les établissements visés, la nouvelle grille d'appellations normalisées.
- Ils doivent également communiquer au Secrétariat de la Convention leurs dates d'ouverture pour la saison thermale suivante avant le 31 décembre de l'année en cours **et leurs éléments statistiques annuels de fréquentation, portés sur le questionnaire joint en annexe.**

35 CONTENU MEDICAL, FIXATION, DELIVRANCE ET REMBOURSEMENT DES TRAITEMENTS THERMAUX (ARTICLES 14 A 17)

351 Contenu médical et composition des traitements thermaux (article 14 à 14.2.2.)

Chaque établissement thermal, pour chacune de ses orientations thérapeutiques, dispose d'un (ou deux) traitement(s) spécifique(s), sous forme de forfait(s) conforme(s) aux nouvelles normes médicales établies pour l'orientation thérapeutique considérée.

ARCHIVE

La seule exception au traitement spécifique à chaque orientation thérapeutique concerne les établissements disposant conjointement des orientations “affections des voies urinaires” (AU) et “affections des voies digestives” (AD) qui sont autorisés à dispenser un traitement mixte (AU-AD), les soins possibles pour ces deux orientations étant strictement identiques (Cf. annexe 4 à la convention relative aux grilles d'appellations normalisées des pratiques thermales).

3511 Forfaitisation et normalisation des traitements

Les traitements thermaux sont désormais, intégralement forfaitisés (*art. L.162-39 3° du CSS*), et comprennent un nombre obligatoire de séances de soins qui doivent être dispensées pendant la durée de la cure.

Cette normalisation des traitements est basée sur des règles de bonne pratique médicale qui ont été établies de façon consensuelle avec les représentants des médecins thermaux.

3512 Composition générale des traitements

Chaque établissement thermal dispose d'une à quatre orientations thérapeutiques.

Exemples :

GREOUX agréé en rhumatologie et en voies respiratoires (RH + VR),

NERIS agréé en rhumatologie, neurologie, affections psycho-somatiques (RH + NEU + PSY),

LA BOURBOULE agréé en voies respiratoires, troubles du développement chez l'enfant, dermatologie, affections des muqueuses bucco-linguales (VR + TDE + DER + AMB).

Dans un grand nombre d'établissements deux forfaits de soins sont proposés par orientation, au choix du médecin thermal (celui du lieu de cure qui suit le patient tout au long de celle-ci).

- ☞ un forfait n° 1 composé de soins d'hydrothérapie sans séance de soins de kinésithérapie. Il correspond à la norme du nombre total de séances de soins devant être délivrées pendant la durée de la cure dans l'orientation considérée, à savoir :
 - . 108 séances de soins pour l'orientation " Voies Respiratoires " (VR),
 - . 72 séances de soins pour les orientations " Rhumatologie " (RH), " Neurologie " (NEU), " Affections Urinaires " (AU), " Affections Digestives " (AD), " Maladies Cardio-Artérielles " (MCA), " Phlébologie "(PHL), " Gynécologie " (GYN), " Dermatologie " (DER),
 - . 54 séances de soins pour les orientations " affections des muqueuses bucco-linguales " (AMB), " Troubles du Développement chez l'Enfant " (TDE), " Affections Psycho-Somatiques " (PSY).

Dans ce nombre de séances obligatoires et plafonnées par forfait, sont également décomptées les " pratiques médicales complémentaires ". **La liste limitative des stations thermales autorisées à dispenser ces pratiques médicales figure au Titre XV - Chapitre IV de la N.G.A.P.**

La cure de boisson prise à la buvette de l'établissement thermal est exclue du décompte du nombre de soins susvisés. Par contre la "cure de boisson à domicile" (dans les orientations thérapeutiques - affections urinaires ou digestives) est décomptée comme un soin.

- ☞ Un forfait n° 2, qui correspond au nombre total de séances de soins devant être délivrées pendant la cure comme indiqué ci-dessus, selon l'orientation thérapeutique, moins 18 séances, **complété par 18 séances de soins de kinésithérapie** qui doivent obligatoirement être exécutées par des kinésithérapeutes diplômés au sens du Code de la Santé Publique (article 15 de la convention).

Ces 18 séances de soins de kinésithérapie sont soit identiques, soit composées de deux séries de 9 séances de soins de kinésithérapie différentes.

Si la délivrance des séances de kinésithérapie s'avère pour des raisons médicales inférieure à 9 ou 18 séances, il conviendra sur prescription médicale de parvenir au nombre de séances (54, 72 ou 108 selon l'orientation) en complétant le traitement à due concurrence par des séances de soins d'hydrothérapie.

Remarque :

Les forfaits 1 et 2 ne sont médicalement pas cumulables (cf. § 362 concernant les modalités de facturation).

3513 Règles médicales et de composition des différents traitements thermaux

- Prescription des soins de cure

La prise en charge (article 12 de la Convention) mentionne l'orientation thérapeutique qui a motivé la cure dite principale, assortie le cas échéant d'un traitement dans une autre orientation dite secondaire.

L'attention des caisses d'affiliation est attirée sur la nécessité de remplir très correctement les documents de prise en charge afin de faciliter l'instruction des dossiers par les Caisses des lieux de cure.

Pour chaque patient, le médecin thermal⁵ choisit parmi la gamme des soins thermaux figurant au traitement type de l'établissement, ceux adaptés à l'état de l'intéressé et qui seront effectués pendant la durée de la cure. Si le médecin thermal est amené à revoir la prescription de cure (modification de l'orientation thérapeutique par exemple) il convient d'utiliser un nouvel imprimé.

Il va de soi que le médecin thermal ne peut prescrire trois fois voire quatre fois le même soin (exemple 72 séances de 205) même quand 2 orientations - principale et secondaire - sont suivies. Il peut toutefois prescrire deux fois le même soin, lorsqu'il s'agit de soins locaux pouvant être dispensés sur plusieurs parties du corps (exemple 303 douche locale sur les mains et 303 douche locale sur les pieds ce qui correspond donc à deux soins distincts).

⁵ Un médecin thermal spécialiste ne peut prescrire que des cures relevant de sa spécialité

Les soins quotidiens peuvent être différents dans leur nature et dans leur nombre au cours de la cure (le médecin peut en effet être amené à modifier sa prescription en fonction des réactions de son patient), mais globalement la prescription doit correspondre au nombre de séances de soins prévues pour chaque orientation thérapeutique.

Lorsque la prise en charge prévoit le traitement d'une affection secondaire le médecin thermal choisit :

☞ Pour l'orientation "Voies Respiratoires"

54 séances parmi la liste des soins proposés par l'établissement incluant d'éventuelles pratiques médicales complémentaires⁶,

☞ Pour toutes les autres orientations thérapeutiques

36 séances parmi la liste des soins proposés par l'établissement, incluant d'éventuelles pratiques médicales complémentaires.

- Grilles d'appellations normalisées et contenu des soins (annexe 4 à la Convention) :

La prise en charge des soins thermaux est subordonnée à leur inscription aux grilles d'appellations normalisées des pratiques thermales.

Outre le libellé générique de chaque soin et le code général auquel il se rattache, ces grilles établies par famille de soins (boisson, bains, douches etc...) indiquent pour chaque soin :

- sa durée minimale,
- le mode d'intervention du personnel soignant nécessaire (Exemple : AST : agent soignant thermal.....),
- le matériel nécessaire,
- les orientations thérapeutiques pour lesquelles le soin peut être délivré.

⁶ Il est rappelé que lorsque deux orientations thérapeutiques prévoient des pratiques médicales complémentaires identiques, la prescription du médecin doit en tout état de cause se limiter au nombre maximum de ces actes tel qu'indiqué à la NGAP

Remarque : de nombreux soins sont communs à plusieurs orientations.

- Modalités de fixation des traitements thermaux :

En dehors des honoraires de surveillance et des pratiques médicales complémentaires rémunérant le médecin thermal (cf. § 3512), le traitement thermal est pris en charge sous forme de forfait(s) (forfait thermal et le cas échéant le(s) forfait(s) de kinésithérapie) à l'exclusion de tout autre supplément.

Le **traitement type tel qu'annexé à la Convention** ne peut faire l'objet d'aucune modification en cours de saison thermale. Il reste valable tant que l'annexe n°1 de la Convention n'a pas été modifiée.

Le médecin thermal choisit dans le forfait approprié à l'état du curiste, les soins qu'il lui prescrit en fonction de la (des) pathologie(s) à traiter⁷. Ces soins sont ensuite dispensés par l'établissement.

L'établissement thermal doit nécessairement disposer du plateau technique permettant d'assurer à chaque curiste et dans chaque orientation thérapeutique, un traitement répondant aux règles de composition des forfaits (Cf. § 3512).

3514 Critères médicaux de remboursement des soins thermaux (Art. 17)

L'imprimé de facturation présenté au remboursement doit comporter le détail des soins réalisés, et la (les) prescriptions(s) médicale(s) doit (doivent) être jointe(s) à cette facturation.

Le nombre de séances ne peut être qu'exceptionnellement et pour raisons médicales inférieur au nombre fixé dans le traitement, les caisses s'attachant à vérifier que ces situations restent très peu fréquentes. En cas d'infraction à cette règle un contrôle programmé pourra être mis en oeuvre.

⁷ Remarque : il est rappelé, pour les établissements disposant de 3, voire 4 orientations, que la cure thermale est limitée médicalement à la possibilité de traiter simultanément deux affections différentes

Néanmoins pour 1997, s'il est demandé aux caisses de contrôler cette exigence (d'ailleurs relative pour un grand nombre d'établissements qui devaient normalement déjà la satisfaire sous l'empire de l'ancienne convention et dont les traitements n'ont pas été fondamentalement modifiés), une certaine souplesse, compte tenu de la parution tardive de la Convention et des actions d'information qu'elle nécessite pour sa bonne compréhension par l'ensemble des partenaires, est acceptable en ce qui concerne la sanction du non respect de cette exigence (sauf pour ce qui est de la cure de boisson à domicile prescrite seule, cf. § 3633 qui ne peut plus faire l'objet d'un remboursement).

3515. Durée de la cure

Dans tous les établissements thermaux et pour toutes les orientations thérapeutiques, sans exception, les soins sont désormais répartis sur 18 jours.

Cette nouvelle disposition est sans incidence sur la durée du service éventuel des indemnités journalières (21 jours + 2 pour les délais de route). En effet, la répartition des soins thermaux sur 18 jours, compte tenu de la fermeture dominicale des établissements prévue par le Code du travail, n'abrège pas nécessairement le séjour de 3 semaines des curistes dans les stations, cela qu'ils y séjournent en externat, ou dans le cadre d'une hospitalisation (établissement d'hospitalisation pour les adultes, MECS pour les enfants)

36 FIXATION DES TARIFS DES FORFAITS DE SOINS THERMAUX (ARTICLE 18 A 18.3)

361 Procédure de fixation des tarifs (article 18.1.)

La Convention explicite la procédure nationale pour la fixation, dans une annexe annuelle à la Convention, des tarifs des forfaits de soins thermaux dûs aux établissements pour les assurés sociaux, en application de l'*Art. L.162-40 nouveau du CSS*.

Les procédures antérieures de fixation des prix des prestations thermales par les Préfets ou par arrêté conjoint des Ministres de l'Economie et des Affaires Sociales (*Art. L.162-38 du CSS*) et des avenants conventionnels tarifaires annuels pour chaque établissement, sont donc abrogées.

362 Tarifs applicables en 1997

Les tarifs applicables en 1997 sont ceux figurant en annexe II à la Convention en l'état et à compter du 19 mai 1997 (soit un jour franc après la date de parution de l'arrêté d'approbation). Les traitements thermaux et les tarifs 1996 restent donc en vigueur jusqu'au 18 mai 1997.

✂ Cas particulier des pratiques médicales complémentaires

Il est rappelé, que c'est seulement la "participation en matériel et en personnel au service des pratiques médicales complémentaires" qui est incluse dans le tarif du forfait de soins thermaux. Cette participation doit être distinguée de l'acte médical lui-même.

En effet l'acte médical, que constitue chacune des pratiques médicales complémentaires (PMC), inscrites à la N.G.A.P (Titre XV - Chapitre IV) et cotées KC 1, KC 1,5 ou KC 2 (selon l'acte dont il s'agit), est rémunéré séparément du traitement thermal sur les bases de cette cotation au médecin thermal qui l'exécute, et facturé à l'assuré sur le volet 1 de l'imprimé de "prise en charge - facturation" (Cf. § 3.5.1.2. concernant le décompte des pratiques médicales complémentaires dans les soins de cure).

✂ Tarifs applicables au cours d'une cure

Le tarif en vigueur le premier jour d'une cure demeure valable, et ne peut donc être modifié, pendant toute la durée de celle-ci.

✂ Règles de facturation :

L'établissement thermal ne peut facturer qu'un seul forfait principal, auquel s'ajoutera le cas échéant, le forfait de kinésithérapie et le forfait relatif au traitement de la seconde orientation dans les conditions indiquées respectivement aux § 3634, 3636, 3512 et 3513

363 Régime des tarifs (article 18.2, 18.3 et 19.5)

3631 *Le contenu des tarifs des forfaits de soins (article 18.2)*

Les dispositions antérieures demeurent en vigueur. Les tarifs comprennent, outre les soins thermaux proprement dits : les pourboires, services, taxes, le linge nécessaire au traitement et la participation de l'établissement en matériel et en personnel au service des pratiques médicales complémentaires. Cette participation est codifiée de 701 à 709 aux grilles d'appellations normalisées (cf. annexe 4).

3632 *Tarifs de responsabilité*

Les tarifs de responsabilité sont égaux aux tarifs facturables par les établissements aux assurés sociaux. Les établissements thermaux ne sont pas autorisés à des dépassements sur les traitements remboursés. Par ailleurs, ils doivent informer les assurés sociaux que les éventuelles prestations de confort supplémentaires (**exemples** : horaires personnalisés, linge supplémentaire, des installations particulières de repos...) ou les soins réalisés en sus du forfait à leur demande (article 14.1. dernier alinéa et Cf. § 3444) demeurent à leur charge.

3633 *Modalités de tarification*

Les actes de kinésithérapie dispensés en milieu thermal ne sont pas inscrits à la N.G.A.P. Les dispositions conventionnelles prévoient désormais une forfaitisation intégrale des traitements thermaux, tant les soins d'hydrothérapie, que ceux de kinésithérapie, ces derniers s'ajoutant au forfait de soins d'hydrothérapie dit n°2 (Cf. article 14.1. de la convention).

Les tarifs des soins de kinésithérapie sont ceux qui sont précisés dans l'annexe 3 concernant les tarifs cibles (s'agissant des tarifs des soins d'hydrothérapie il s'agit bien des tarifs à atteindre après la période d'harmonisation de 3 ans ; s'agissant des tarifs des soins de kinésithérapie, ces tarifs sont applicables dès cette année, les forfaits de kinésithérapie étant entièrement créés et n'existant pas auparavant). Il est vrai que pour une présentation plus compréhensible, ces tarifs auraient

dû être repris systématiquement dans l'annexe n°2 mais dans la mesure où ils étaient tous identiques quelle que soit la station, ils n'apparaissent que dans l'annexe n°3, bien qu'applicables dès 1997.

Concernant la kinésithérapie, la prescription peut en être modifiée en cours de cure. Les séances de kinésithérapie étant réglées sous la forme d'un forfait il convient de ne pas proratiser celui-ci.

De fait si les 2/3 des séances ont été réalisés le forfait est réglé intégralement. Dans le cas contraire il n'est pas dû.

Exemples :

- Prescription : RH 2 + 18 séances 602 dont 12 sont réalisées,
Règlement : forfait RH 2 + forfait 18 séances individuelles.
- Prescription : RH2 + 18 séances 601 dont 9 sont réalisées
Règlement : forfait RH1
- Prescription : RH 2 + 9 séances 601 dont 4 sont réalisées
+ 9 séances 602 dont 9 sont réalisées
Règlement : forfait RH 2 + forfait 9 séances individuelles
- Prescription : RH 2 + 9 séances 601 dont 3 sont réalisées
+ 9 séances 602 dont 4 sont réalisées
Règlement : forfait RH 1.

Dans les situations où les séances de kinésithérapie sont interrompues, elles doivent être complétées à due concurrence par des séances d'hydrothérapie pour aboutir au nombre conforme de séances.

Il se peut également que des médecins prescrivent 9 séances de massage sous l'eau, au lieu des 18 prévues au traitement, mais d'une durée de 20 minutes. La durée de ce soin étant fixée à 10 minutes, 9 massages de 20 minutes sont assimilables à 18 massages de 10 minutes et peuvent être facturés en temps que tels, soit un forfait de kinésithérapie de 18 séances de 602.

Certains établissements disposent pendant la période transitoire de traitements non normalisés (un seul forfait pour une orientation, et/ou nombre de soins ne correspond pas encore à la norme, c'est-à-dire au dessous ou au dessus de celle-ci). Ces traitements ont été négociés avec l'établissement visé, dans l'attente de leur normalisation progressive et définitive en 1999. Ils doivent être acceptés en l'état par les Caisses.

ARCHIVE

Lorsque les soins de cure facturés ne correspondent pas aux traitements de l'établissement considéré figurant en annexe 1 à la Convention, en dehors du cas de la cure "succincte" et du cas d'une cure interrompue pour motif médical dûment certifié ou pour cas de force majeure dûment prouvé, ils ne peuvent donner lieu à aucun remboursement.

Une cure avec une prescription se limitant à la "cure de boisson" seule ne justifie pas la labellisation "cure thermale", étant observé qu'elle peut induire par ailleurs des prestations annexes d'un coût disproportionné par rapport aux soins donnés. Ainsi les cures thermales limitées à la prise de boisson seule et ses prestations afférentes sont désormais exclues de tout remboursement par l'Assurance Maladie. L'ensemble des frais résultant d'une telle cure demeure à la charge du curiste.

Lorsque le médecin ne prescrit pas le nombre de soins requis pour motif médical dûment attesté (ces cas devant demeurer exceptionnels) le forfait thermal est réglé intégralement. (Il en va d'ailleurs de même pour le forfait de surveillance médicale de la cure n'entrant pas dans le cadre de la présente convention).

3634 Tarification du traitement relatif à l'orientation secondaire

Le tarif du traitement dispensé pour une orientation secondaire (36 séances de soins ou 54 séances pour les VR) est également forfaitaire. Il correspond à 50 % du tarif du **forfait n°1** de l'orientation thérapeutique considérée.

364 Revalorisation des tarifs des traitements thermaux

La procédure de fixation des tarifs des forfaits de soins thermaux est celle décrite à l'Art. L.162-40 du CSS* (Cf. § 361) et l'évolution de ces tarifs intervient conformément à l'Art. L. 227-1 du CSS* issu de l'Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996.

365 Délais d'harmonisation des traitements et des tarifs thermaux (article 19 à 19.4)

L'harmonisation des traitements et des tarifs thermaux doit être effective à l'issue d'un délai de 3 ans, soit au plus tard pour la saison thermale 1999.

Les traitements des établissements ne répondant pas aux normes du nombre de séances de soins et aux normes médicales définies selon l'orientation thérapeutique et exposées précédemment (Cf. § 3512 et 3513), devront se conformer à ces règles de composition et de délivrance des traitements dans le délai de trois ans susvisé.

Parallèlement à l'harmonisation médicale, l'harmonisation tarifaire des traitements thermaux doit avoir lieu dans le même délai de trois ans. L'objectif est de parvenir à deux tarifs maximum pour chaque orientation thérapeutique (tarif du forfait n° 1 et tarif du forfait n°2 à compléter par un forfait de kinésithérapie. Ces tarifs sont les "tarifs cibles", (Cf. annexe 3 à la convention et § 3632) figurant au rapport de la mission ministérielle (dit COHEN) revalorisés en fonction du taux annuel d'évolution tarifaire fixé pour les établissements thermaux.

Les tarifs des forfaits de chaque établissement thermal, qui doivent atteindre ces cibles en 1999, sont donc modulés par tiers, pendant ce délai de trois ans.

37 PROCEDURES DE PAIEMENT, DE CONTROLE, ET DE SANCTIONS (ARTICLE 20 A 21.4)

371 Contrôle

3711. Obligations du curiste (article 20.1)

La mise en oeuvre du traitement thermal implique la présentation à l'établissement par le curiste :

- de l'imprimé de "prise en charge administrative - facturation " délivré par la Caisse d'Affiliation (Cf. à ce sujet *circulaire DGR n°72/97 et ENSM n°35/97 du 9 juillet 1997* concernant la suspension de l'entente préalable).

A défaut de présentation de ces documents, le curiste est tenu de régler la totalité de la cure à l'établissement thermal. Sous réserve de ses droits administratifs, il demandera le remboursement de ses frais de cure à sa Caisse d'affiliation sur présentation d'une facture de l'établissement.

*3712 Modalités de règlement à l'établissement thermal
(article 20.2.)*

Dans le cadre de la procédure de paiement direct décrite au § 3432, l'établissement thermal, à partir du 18ème jour suivant le début de la cure, peut obtenir le paiement de la participation des Caisses d'Assurance Maladie auprès de la Caisse compétente (qui est généralement celle du lieu de cure pour le régime général).

Pour ce faire, sur le volet n° 2 de l'imprimé de prise en charge et de facturation, l'établissement, outre l'apposition de son cachet et l'indication des dates de cure (Cf. à ce sujet la *circulaire DGR - n°72/97 - ENSM - n°35/97 du 9 juillet 1997* § 213), atteste que la réalisation du traitement est conforme à l'ordonnance établie par le médecin thermal, dans les rubriques prévues à cet effet. Le volet n° 2 ainsi complété est adressé pour règlement à la Caisse compétente.

Il est rappelé que les cures interrompues, soit pour des raisons médicales concernant le curiste lui-même et attestées par un certificat du médecin thermal, soit pour cas de force majeure dont l'intéressé devra apporter la justification, sont prises en charge au prorata-temporis par la Caisse du lieu de cure.

En dehors de ces deux situations, toute cure interrompue pour quelque motif que ce soit ne donne lieu à aucune prise en charge.

Lorsqu'**exceptionnellement**, (Cf. article 17 de la convention) pour des raisons médicales un nombre de séances de soins inférieur à la norme fixée pour l'orientation considérée est prescrit, les soins de cure peuvent être pris en charge normalement, sous réserve de la présentation du certificat médical correspondant établi par le médecin thermal. Ces situations qui doivent rester exceptionnelles ne sont pas assimilables à une cure interrompue.

Remarque : La CNAMT (DGA-MOP) adressera ultérieurement une note précisant les conditions de la gestion informatisée des prestations thermales

3713 Contrôle des cures par les Caisses d'Assurance Maladie

Les Caisses d'Assurance Maladie sur le territoire desquelles se situent les stations thermales peuvent procéder aux actions de contrôle du déroulement des cures thermales et des facturations présentées, qu'elles jugeront opportunes dans le cadre des dispositions conventionnelles, les établissements thermaux devant faciliter l'exercice de ces contrôles. Dans ce cadre, des contrôles peuvent être réalisés dans les établissements qui en sont informés préalablement. Les praticiens conseils peuvent également effectuer des visites de contrôle inopinées, avec l'accord de l'établissement visé.

Des contrôles programmés porteront sur la surveillance du respect des engagements conventionnels concernant la délivrance des soins par les établissements thermaux notamment :

- Respect du nombre et du type de soins thermaux fixés par le forfait tarifé. Exceptionnellement le nombre de soins peut être inférieur sur décision du médecin thermal, en raison de l'état pathologique particulier du curiste. Le médecin doit alors fournir des informations au médecin-conseil, à sa demande.
- Pour chaque soin, respect des normes de durée, de personnel et de matériel indiquées par la grille thermique.

3714 Actions de publicité des établissements thermaux (article 20.4)

Il est confirmé que les établissements thermaux ne doivent pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public, les procédures de prise en charge et de dispense d'avance des frais par l'Assurance Maladie.

Il est cependant admis que les curistes potentiels sollicitant un établissement thermal en vue de suivre une cure, soient informés **individuellement** par cet établissement des traitements qu'il dispense et des modalités de remboursement (Cf. également § 3444). Toutefois, pendant la période d'harmonisation des traitements thermaux, les établissements s'obligent à ne pas axer leur information aux assurés sur le nombre de soins qu'ils délivrent dans ce délai, celui-ci pouvant être différent d'un établissement à un autre (Cf. § 3512 et 3634).

372 Le dispositif de sanctions (Article 21 à 21.4)

3721 La procédure de règlement des litiges (article 21.1)

Les litiges susceptibles d'intervenir entre les Caisses et les établissements thermaux pour l'application du dispositif conventionnel sont soumis à la Commission des Conflits dont la procédure de saisine est décrite à l'article 9.1. de la Convention (Cf. également § 333).

Lorsqu'une Caisse Locale constate des manquements aux obligations conventionnelles de la part d'un établissement thermal, elle transmet un relevé de ces constatations à la Commission des Conflits, via le Secrétariat de la Convention (article 10).

Le Secrétariat de la Convention adresse à l'établissement en cause en recommandé avec avis de réception, le dossier exposant les griefs retenus à son encontre dans un délai minimum d'un mois avant la date de réunion de la Commission des Conflits qui sera indiquée à l'intéressé. L'établissement dispose alors d'un délai de 15 jours suivant la date de réception du dossier pour faire valoir ses observations.

Lors de la réunion de la Commission des Conflits, le représentant de l'établissement thermal visé peut être entendu et se faire assister d'un Conseil de son choix. Toutefois, la présence du représentant de l'établissement n'est pas impérative et ce dernier peut se contenter de formuler par écrit ses observations à la Commission.

La non présentation des observations écrites ou orales de l'établissement visé, ou encore l'impossibilité pour les Caisses Nationales de réunir la Commission des Conflits dans les deux mois suivant l'envoi du dossier à l'établissement par suite de circonstances qui ne leur seraient pas imputables, ne font pas obstacle à la prise de décision desdites Caisses.

3722 L'échelle de sanctions (article 21-2)

Les sanctions résultant d'un manquement aux obligations conventionnelles de la part d'un établissement thermal sont graduées. Elles vont de l'avertissement simple, à la suspension de la dispense d'avance des frais et au déconventionnement temporaire, modulées (de 1 mois à 1 an, voire jusqu'à l'échéance de la Convention). Ces deux dernières sanctions peuvent toutefois être assorties d'un sursis. Le déconventionnement d'un établissement thermal exclut toute possibilité de remboursement des soins dispensés dans ces

établissements pendant la durée du déconventionnement (Cf. § 3233).

Indépendamment de ces sanctions, les Caisses sont fondées à récupérer les indûs résultant d'anomalies de facturation auprès des établissements visés.

A l'instar de toutes les Conventions Nationales, toute condamnation au titre de l'Art. L.377-1 du CSS*ou de l'Art. 441 du Code Pénal entraîne de facto le déconventionnement de l'établissement en cause. Toutefois la condamnation prononcée à l'issue d'une procédure pénale ne peut déclencher à nouveau une mesure de sanction conventionnelle qui aurait déjà été prononcée pour les mêmes faits.

3723 Modalités de mise en oeuvre des sanctions conventionnelles (article 21-3)

Il revient à la C.N.A.M.T.S. de prendre la décision de sanction, après avis de la Commission des Conflits et des autres Caisses Nationales.

Le Secrétariat de la Convention adresse en recommandé avec avis de réception la décision de sanction qui indique sa durée et les dates de son application à l'établissement. Parallèlement et simultanément, ladite décision est communiquée aux Caisses d'Assurance Maladie pour application.

3724 Les instances de recours (article 21-4)

Les recours des établissements thermaux à l'encontre des décisions de sanctions qui sont prises dans le cadre réglementaire de la nouvelle Convention Nationale Thermale relèvent de la compétence des juridictions administratives.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

Le Médecin Conseil
National Adjoint

Jean Paul PHELIPPEAU

Alain ROUSSEAU

P.J.

ARCHIVE

A N N E X E

ETABLISSEMENT THERMAL DE

ANNEE 19	O.T. 1 (2)	O.T. 2 (2)	O.T. 3 (2)	O.T. 4 (2)	TOTAUX
NOMBRE DE CURISTES TOTAL PAR ORIENTATION THERAPEUTIQUE (OT) (1)					
NOMBRE DE CURISTES DU SEUL REGIME GENERAL					
NOMBRE DE CURISTES TOUS AUTRES REGIMES CONFONDUS					
TOTAUX					

(1) En cas de cure avec double orientation, le dénombrement s'opère uniquement sur l'O.T. principale.

(2) Indiquer dans chaque colonne le sigle de (s) l'O.T. (RH, VR, DER, etc...) sachant qu'un même établissement peut être agréé dans 4 O.T. au maximum.