



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations
familiales et des accidents du travail
Bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé

Personne chargée du dossier :

Sara DONATI

Tél. : 01 40 56 75 18

Mél. : sara.donati@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale
d'assurance maladie

Monsieur le directeur général de la Caisse centrale
de mutualité sociale agricole

Copie à :

Mesdames et Messieurs les présidents des ordres
des professions de santé

NOTE D'INFORMATION N° DSS/2A/2021/12 du 5 janvier 2021 relative à la procédure de conciliation
et de sanction applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

Date d'application : immédiate

NOR : SSAS2102313N

Classement thématique : assurance maladie, maternité, décès

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 22 janvier 2021 – N° 9

Résumé : la présente instruction précise les modalités de la procédure applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux. Elle fournit notamment des exemples de pratiques de refus de soins discriminatoires et un modèle de formulaire de plainte pour la saisine des commissions de conciliation. Elle précise aussi le rôle de la médiation de l'assurance maladie par rapport aux commissions de conciliation.

Mention Outre-mer : le texte s'applique en l'état dans les départements de Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et la Réunion, ainsi que dans les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Mots-clés : refus de soins, discrimination, conciliation, dépassements d'honoraires

Textes de référence :

Article L. 1110-3 du code de la santé publique ;
Article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale ;
Articles R. 1110-8 à R. 1110-16 et R. 1518-3 du code de la santé publique ;
Articles R. 147-13 à R. 147-17 du code de la sécurité sociale.

Circulaire / instruction abrogée : néant.

Circulaire / instruction modifiée : néant.

Annexes :

Annexe 1 : schéma de la procédure de conciliation
Annexe 2 : modèle de formulaire de plainte
Annexe 3 : instances ordinales pouvant être saisies dans le cadre d'une plainte pour refus de soins discriminatoire
Annexe 4 : modèle de mandat de représentation
Annexe 5 : tableau récapitulatif des sanctions par le directeur de la caisse d'assurance maladie

Diffusion : organismes d'assurance maladie, établissements et professionnels de santé, Union régionale des professionnels de santé libéraux (URPS), associations.

Le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux précise les modalités d'application de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique issu de l'article 54 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (dite loi HPST) qui prévoit, en cas de plainte pour refus de soins discriminatoire, l'organisation d'une conciliation devant une commission mixte associant des représentants de l'ordre du professionnel de santé concerné et des représentants de l'organisme local d'assurance maladie obligatoire¹, aux fins de résoudre à l'amiable le litige. En cas d'échec de la conciliation ou en cas de récurrence, le litige est susceptible de donner lieu à une procédure disciplinaire à l'encontre du professionnel de santé concerné, voire à une sanction par l'assurance maladie obligatoire en cas de carence de l'ordre.

Les concertations menées lors de l'élaboration du décret ont fait apparaître la nécessité d'illustrer les circonstances dans lesquelles s'applique la procédure de conciliation prévue par la loi et le décret, de préciser les modalités d'organisation ou le formalisme de certaines étapes de cette procédure ainsi que l'articulation de cette procédure avec la médiation susceptible d'être mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie en cas de refus de soins.

Le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 définit également le barème des sanctions applicables par l'assurance maladie obligatoire en cas de refus de soins discriminatoire ou de dépassement d'honoraire abusif. Ce dispositif de sanctions nécessite également quelques précisions quant à son applicabilité à certains professionnels de santé et à son articulation avec d'autres régimes de sanctions prévus par d'autres dispositions législatives.

La présente instruction vise ainsi à fournir ces précisions relatives non seulement au dispositif de conciliation en cas de refus de soins mais aussi au dispositif de sanction des professionnels de santé par l'assurance maladie.

¹ Caisse primaire d'assurance maladie, Caisse mutualité sociale agricole, caisses générales de sécurité sociale, Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

I. La conciliation en cas de refus de soins illégitimes

1. Les refus de soins illégitimes – définition et exemples

La procédure de conciliation prévue par l'article L. 1110-3 du code de la santé publique et déclinée aux articles R. 1110-8 à R. 1110-16 du code de la santé publique concerne les refus de soins illégitimes, c'est-à-dire discriminatoires, tels que définis à l'article R. 1110-8 du code de la santé publique :

« toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéficiaire des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination mentionnés aux articles 225-1 et 225-1-1 du code pénal, ou au motif que cette personne bénéficie du droit à la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou du droit à l'aide médicale d'Etat prévu à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Ces refus de soins peuvent se manifester au travers de différentes pratiques, notamment :

- Les pratiques engendrant des difficultés d'accès au professionnel de santé, telles que l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé, ainsi que la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ou de l'affection à traiter ;
- Les pratiques engendrant des difficultés financières d'accès aux soins, notamment le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les bénéficiaires de protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861 1 du code de la sécurité sociale, les limitations d'honoraires ou les plafonds tarifaires, ou encore le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle.

Ainsi, le refus de soins peut relever d'une discrimination directe lorsque le professionnel de santé refuse de recevoir un patient au motif de son origine, sa religion, son handicap, son orientation sexuelle, son statut de bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat ou lui applique un traitement différencié. Il peut également relever d'une discrimination indirecte en cas d'orientation répétée et non justifiée vers un autre professionnel, de fixation de rendez-vous avec délai anormalement long ou de non-respect des droits spécifiques des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (tiers payant, dépassement d'honoraires, panier de soins).

2. Le champ d'application de la procédure de conciliation prévue à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique

La procédure de conciliation telle que décrite aux articles R. 1110-8 à R. 1110-16 du code de la santé publique ne concerne que les professions de santé disposant d'un ordre professionnel. En effet, l'article L. 1110-3 dispose que :

*« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie **ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné** des faits qui permettent d'en présumer l'existence. [...]*

*En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récurrence, **le président du conseil territorialement compétent** transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant. ».*

Les professions de santé ne disposant pas d'un ordre professionnel ne sont par conséquent pas éligibles à cette procédure de conciliation. Il s'agit des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et orthoptistes, des assistants dentaires, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des préparateurs en pharmacie, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des audioprothésistes, des opticiens-lunetiers, des prothésistes et orthésistes, des diététiciens.

Pour ces professionnels de santé, la procédure de médiation, instituée depuis 2018 par les organismes locaux d'assurance maladie pour traiter les signalements de refus de soins, reste entièrement applicable (cf. paragraphe ci-après « Articulation avec la médiation mise en œuvre par l'Assurance maladie »). Ces professionnels de santé demeurent passibles de sanction en application du dispositif prévu aux articles R. 147-13 à R. 147-17 du code de la sécurité sociale. En cas de refus de soins avéré signalé à la caisse d'assurance maladie, le directeur de la caisse dispose ainsi d'un pouvoir de sanction qu'il peut utiliser sans conciliation préalable, comme le prévoit l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

3. Le déroulement de la conciliation prévue par l'article L. 1110-3 du code de la santé publique

La procédure de conciliation prévue en cas de plainte pour refus de soins illégitime suit plusieurs étapes schématisées dans l'annexe 1.

Formalisation de la plainte

La plainte peut être déposée soit auprès du directeur de l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort duquel est installé le praticien à la date de la saisine de la commission, soit auprès du président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit à la date de la saisine².

D'après l'article R. 1110-11 du code de la santé publique, la saisine doit mentionner l'identité et les coordonnées de la personne à l'origine de la plainte, les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause et la description des faits reprochés. Sous réserve de ces informations, il n'existe aucune condition de recevabilité ni formalisme spécifique de la plainte.

Néanmoins, afin de sécuriser et de faciliter le recours à la procédure, un formulaire de plainte, dont un modèle est présenté à l'annexe 2, est mis à la disposition des personnes s'estimant victimes de refus de soins discriminant afin qu'elles puissent préciser tous les éléments attendus. Le formulaire prévoit notamment le renseignement d'informations permettant d'identifier le professionnel de santé, y compris lorsque le plaignant ne connaît pas l'identité précise de son interlocuteur (par exemple lors d'une prise de rendez-vous par téléphone auprès d'un secrétariat). Ce document est disponible sur le site internet de l'Assurance maladie et ceux des ordres professionnels.

La plainte peut être déposée soit directement par la personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire soit, sur mandat exprès, par une association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades agréée en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. Elle peut également être déposée par un avocat.

Elle est adressée par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception (notamment une lettre recommandée avec accusé de réception, un courriel auquel le destinataire accuse réception).

L'autorité qui a reçu la plainte en accuse réception sous huit jours et la transmet à celle qui n'en a pas été destinataire.

Cas de saisine d'un conseil de l'ordre ou d'un organisme local d'assurance maladie non compétent

En application de l'article R. 1110-9 du code de la santé publique, la commission compétente est celle **territorialement compétente à la date de la saisine**.

² S'agissant des ordres, il peut s'agir, selon le cas, du conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, soit du conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens relevant de la section A, ou encore du conseil central de l'ordre concernant les pharmaciens rattachés aux autres sections.

Ainsi, le patient s'estimant victime d'un refus de soin illégitime saisit soit l'organisme local d'assurance maladie soit le conseil de l'ordre, territorialement compétent au moment des faits, c'est-à-dire l'organisme d'assurance maladie ou le conseil du territoire dans lequel a été expérimenté le refus de soin.

Mais il peut arriver que le professionnel de santé concerné ait déménagé et ne soit plus installé ou inscrit au tableau de l'ordre dans ce territoire au moment de la saisine. Le conseil territorial ou l'organisme d'assurance maladie saisi transmet alors la plainte à son homologue effectivement compétent sur le territoire dans lequel est installé ou est inscrit le professionnel de santé **au moment de l'examen de la plainte**.

Audition du professionnel de santé en amont de la conciliation

L'article R. 1110-11 prévoit au quatrième alinéa la possibilité de convoquer le professionnel de santé dans un délai d'un mois à compter de la réception de la plainte. Cette convocation permet au professionnel de santé incriminé de faire valoir ses observations avant la séance de conciliation. Cette audition fait l'objet d'un procès-verbal qui est transmis à la commission de conciliation. Le plaignant n'est pas convoqué à ce stade de la procédure.

Séance de la commission de conciliation

La séance de la commission de conciliation doit se tenir dans les trois mois suivant la réception de la plainte. Le secrétariat de la commission convoque les parties quinze jours avant la réunion, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa réception.

Les parties sont auditionnées lors de la séance. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix, sous réserve de l'existence d'un mandat remis à la commission. Un modèle de mandat est présenté à l'annexe 4.

En cas d'impossibilité d'assister ou de se faire représenter à cette conciliation, les parties peuvent adresser leurs observations par écrit au secrétariat de la commission, en précisant les raisons de cet empêchement.

La consultation des ordres professionnels sur la procédure de conciliation a fait apparaître la nécessité de préciser de leur part qu'un membre du conseil de l'ordre siégeant à la commission de conciliation ne peut pas être assesseur à la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre.

Procès-verbal de la séance de conciliation

A l'issue de la séance, la commission constate la conciliation (mettant alors fin au litige) ou l'absence de conciliation (constatée lorsque le plaignant ne retire pas sa plainte ou lorsque l'une au moins des parties n'a pas répondu à la convocation).

Le relevé de la séance de conciliation constitue une pièce essentielle de la procédure de conciliation. Afin d'éviter toute contestation, il est recommandé d'y inscrire au moins les informations suivantes :

- la date de réception de la plainte ;
- l'objet de la plainte ;
- le rappel des faits tels que décrits par la personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire ;
- l'identité des parties ;
- l'identité des membres de la commission mixte de conciliation présents ;
- la date de la séance de conciliation ;
- la mention des parties convoquées et présentes ;
- la mention des tierces personnes présentes assistant ou représentant l'une ou les parties ;
- la synthèse des échanges au cours de la séance de conciliation ;
- la mention d'une conciliation ou d'une absence de conciliation à l'issue de la séance ;
- les points de désaccords qui subsistent en cas de non conciliation.

Le cas échéant, le procès-verbal de l'audition du professionnel de santé en amont de la séance de conciliation peut être annexé au relevé de la séance de conciliation.

A la fin de la séance de conciliation, le relevé de séance est signé par les parties ou par leurs représentants ainsi que par les membres de la commission. Dans les huit jours à compter de la séance de conciliation, il est remis à chacune des parties et transmis au directeur de l'organisme local ainsi qu'au président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

Articulation avec la procédure de conciliation ordinale prévue à l'article L. 4123-2 du code de la santé publique

L'application de la procédure de conciliation applicable aux refus de soins discriminatoires exclut l'application de la procédure de conciliation strictement ordinale prévue à l'article L. 4123-2 du code de la santé publique (cf. dernier alinéa de l'article R. 1110-11 du code de la santé publique). Par renvoi à cet article, cette exclusion s'applique également à la procédure de conciliation ordinale prévue pour les professions paramédicales.

En revanche, si une plainte pour refus de soins est déposée à l'encontre d'un professionnel déjà engagé dans une procédure de conciliation ordinale prévue L. 4123-2 du code de la santé publique, cette plainte doit être instruite dans le cadre de la procédure applicable au refus de soins. En effet, la procédure prévue à l'article L. 1110-3 ne peut être substituée par la procédure ordinale dans la mesure où elle repose sur une commission de conciliation mixte à laquelle participent à la fois des représentants du conseil de l'ordre et de l'organisme local d'assurance maladie.

Articulation avec la médiation mise en œuvre par l'Assurance maladie

Constatant les difficultés d'accès aux soins rencontrées par de nombreux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a mis en place, en 2008, un dispositif de médiation visant à traiter les signalements de refus de soins formulés par ces bénéficiaires. Ce dispositif a ensuite été étendu aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat mais peut également concerner toute personne sollicitant un médiateur en raison de difficulté avec un professionnel de santé.

Ces actions de médiation ont vocation à perdurer en complément de la procédure de conciliation mise en place en cas de plainte pour refus de soins discriminatoire, en tant qu'elles aident le patient à accéder aux soins qui lui sont nécessaires. Sans préjudice de la plainte pour refus de soins, le médiateur peut notamment réorienter le patient en difficulté vers un autre professionnel ou une structure de soins adaptée. De même le directeur de la caisse d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre qui a été saisi d'une plainte de refus de soins peut demander au médiateur d'aider la victime, en parallèle à la procédure de conciliation, afin qu'elle puisse bénéficier de soins. Le médiateur peut également apporter toute information à un assuré s'estimant victime d'un refus de soins sur le déroulé de la procédure de conciliation prévue à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique.

L'intervention du médiateur de la caisse d'assurance maladie ne constitue pas un préalable à la procédure de conciliation et ne préjuge pas de l'issue de la conciliation. Dans l'hypothèse où l'intervention du médiateur de la caisse d'assurance maladie aboutit à l'identification d'une solution amiable avec le professionnel de santé concerné avant la séance de conciliation, la commission mixte de conciliation doit en être immédiatement informée. Celle-ci pourra alors confirmer ou non l'opportunité de cette solution et en cas de confirmation, acter la conciliation entre les parties.

Si le signalement de refus de soins concerne un professionnel de santé sans ordre, celui-ci n'étant pas éligible à la procédure de conciliation prévue par l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, le médiateur de la caisse d'assurance maladie est alors l'interlocuteur privilégié de la victime pour le traitement de la pratique de refus de soins (examen du contexte de la plainte, recherche d'informations sur l'activité du professionnel de santé, prise de contact avec le professionnel de santé et rappel des droits et devoirs, proposition de solutions à l'amiable...).

4. Les poursuites contre le professionnel de santé en cas de récidive

En cas de récidive, c'est-à-dire en cas de plainte formulée à l'encontre d'un professionnel de santé ayant fait l'objet d'une sanction dans les six ans précédant la plainte, il n'est pas mis en œuvre de procédure de conciliation (ni de conciliation devant une commission mixte telle que prévue par l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, ni de conciliation strictement ordinale telle que prévue à l'article L. 4123-2 du code de la santé publique).

Dans ce cas, la plainte est transmise sans délai à l'autorité qui n'en a pas été destinataire (caisse d'assurance maladie ou conseil de l'ordre territorialement compétent). Le président du conseil de l'ordre au tableau duquel est inscrit le praticien mis en cause transmet la plainte, dans un délai maximal de trois mois suivant sa réception, à la juridiction ordinale compétente, avec son avis motivé, en s'y associant le cas échéant.

Dans cette circonstance, il convient d'informer la victime que la conciliation n'aura pas lieu et que sa plainte est transmise dans un délai maximal de trois mois à la juridiction ordinale compétente. Si elle le souhaite, la victime pourra toutefois solliciter une audition afin de pouvoir être entendue.

II. Les sanctions applicables par l'assurance maladie obligatoire en cas de refus de soins discriminatoire ou de dépassements d'honoraires illégaux ou abusifs³

Un tableau récapitulatif des sanctions définies par les articles R. 147-15 et R.147-16 du code de la sécurité sociale est présenté à l'annexe 5.

Dans la situation d'une plainte pour refus de soins discriminatoire, la procédure de sanction financière susceptible d'être engagée par le directeur de la caisse locale d'assurance maladie interviendra, à titre subsidiaire, en cas de carence de l'ordre pour la mise en place de la procédure de conciliation ou de la saisine de la juridiction disciplinaire à la suite d'une non-conciliation.

L'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable sur les tarifs pratiqués par le professionnel de santé

L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale recense divers manquements des professionnels de santé susceptibles de faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Pour l'application de cet article, le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux précise, à l'article R. 147-15 du code de la sécurité sociale, le barème de sanctions applicable. Ce barème ne couvre pas les manquements à l'obligation d'information écrite préalable sur les tarifs pratiqués par le professionnel de santé.

En effet, en application de l'article L. 1111-3-5 du code de la santé publique, ce manquement a vocation à être recherché et constaté par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies à l'article L. 511-7 du code de la consommation.

³ Les dépassements d'honoraires illégaux ou abusifs sont définis à l'article R. 147-13 du code de la sécurité sociale.

Il est d'ores et déjà passible d'une amende administrative de 3 000 € maximum pour une personne physique et de 15 000 € pour une personne morale, prononcée par l'autorité administrative chargée de la concurrence et de la consommation.

Situation particulière des pédicures-podologues

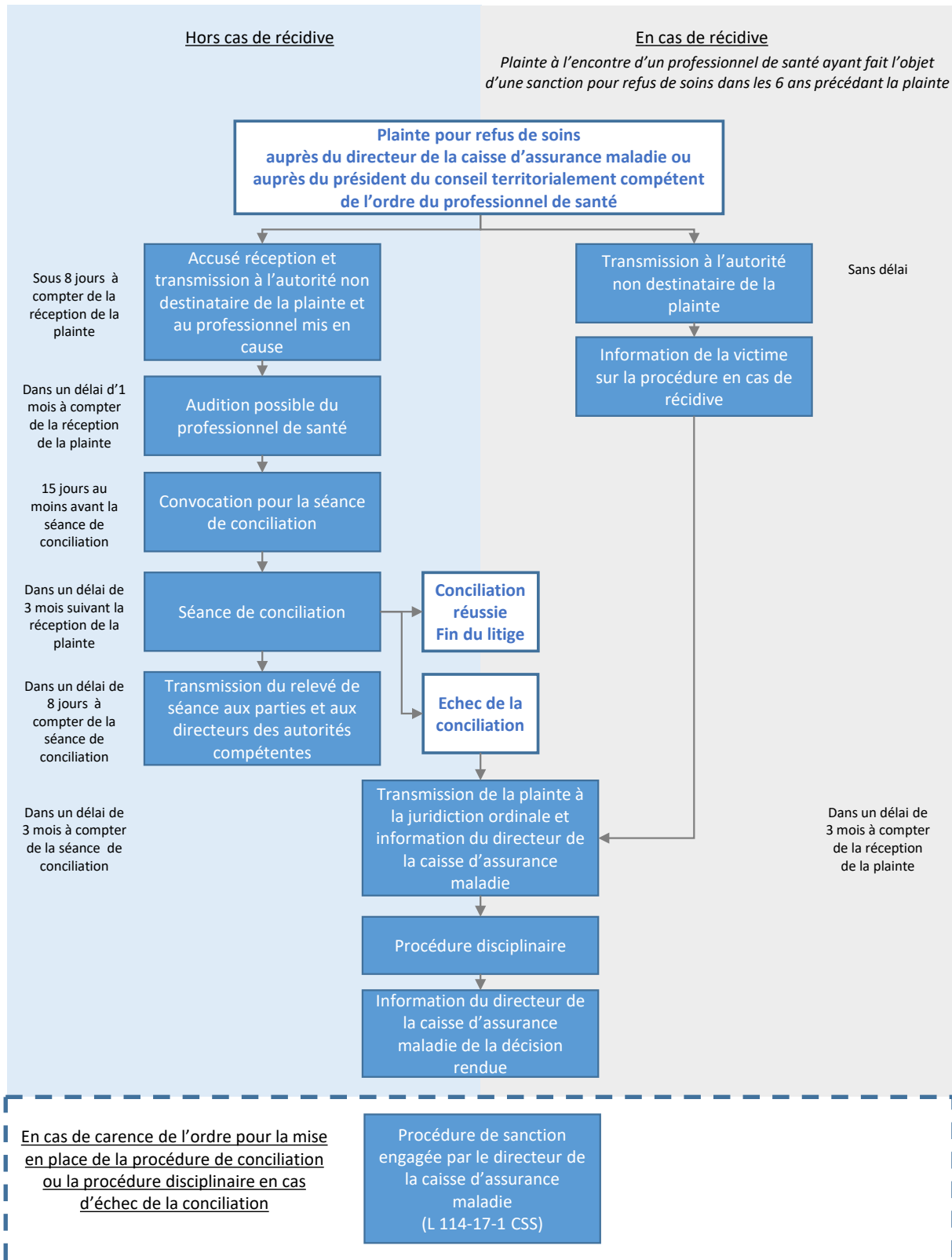
En raison de la situation conventionnelle particulière des pédicures-podologues, il est demandé aux caisses d'apprécier les dépassements d'honoraires pratiqués par chaque professionnel concerné au regard des pratiques actuelles de l'ensemble de la profession, à savoir les dépassements moyens pratiqués, pour une activité comparable.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Signé

Franck VON LENNEP

Annexe 1 : schéma de la procédure de conciliation



Annexe 2 : modèle de formulaire de plainte

Saisine pour refus de soins discriminatoire

Vous estimant victime d'un refus de soins, vous saisissez par ce courrier l'une des autorités compétentes pour la mise en place d'une conciliation

1 - Votre identité et vos coordonnées	
Nom Prénom	
Adresse postale	
N° de téléphone	
Adresse électronique	
Moyen par lequel vous souhaitez recevoir votre convocation	<input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Courriel

2 – Le professionnel de santé mis en cause	
<i>Si vous ne connaissez pas l'identité du professionnel de santé, merci de renseigner les informations permettant de l'identifier, par exemple sa spécialité et le numéro de téléphone du secrétariat médical</i>	
Nom Prénom	
Spécialité exercée	
Adresse du lieu d'exercice	
Numéro de téléphone du secrétariat médical	
Autre information permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause	

2 – Les faits reprochés	
Date des faits	
Description des faits reprochés	

Cette saisine est à adresser :

- soit **au directeur de la caisse d'assurance maladie** à laquelle vous êtes rattaché (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], Caisse générale de sécurité sociale [CGSS], caisse de la Mutualité sociale agricole [MSA] ou Caisse de sécurité sociale de Mayotte [CSSM]) ;
- soit **au président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel** dont dépend le professionnel de santé mis en cause (le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, le conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens).

La séance de conciliation sera organisée dans **un délai de trois mois** suivant la réception de la plainte.

La personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire peut saisir d'une plainte le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel dont dépend le professionnel mis en cause.

Ce refus de soins discriminatoire peut prendre la forme d'une des pratiques suivantes, non exhaustives :

- *l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé ;*
- *la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ;*
- *le non-respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (anciennement la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-c] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]), des limitations d'honoraires ou des plafonds tarifaires ;*
- *le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle ;*
- *les pratiques, attitudes et comportements, intentionnels ou non, conduisant à un traitement différencié du patient, un motif discriminatoire cités tel que l'origine, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, le bénéfice de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat, etc.*

Annexe 3 : instances ordinaires pouvant être saisies dans le cadre d'une plainte pour refus de soins discriminatoire

Ordre professionnel	Conseil territorialement compétent
Médecins	Conseil départemental https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseils-regionaux-departementaux/conseils-departementaux-lordre
Chirurgiens-dentistes	Conseil départemental ou interdépartemental https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/les-services/trouver-un-conseil-departemental-ou-regional/
Sages-femmes	Conseil départemental http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairedept/
Infirmiers	Conseil départemental ou interdépartemental https://www.ordre-infirmiers.fr/leservices-rendus-par-lordre/les-conseils-departementaux.html
Masseurs-kinésithérapeutes	Conseil départemental ou interdépartemental https://www.ordremk.fr/accueil/trouver-mon-cdo-cro/
Pédicures-podologues	Conseil régional ou interrégional https://www.onpp.fr/conseils-regionaux/
Pharmaciens	Conseil central ou régional http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Contact/Pour-contacter-l-Ordre

Annexe 4 : modèle de mandat de représentation

[Nom et prénom]

[Adresse]

[Ville], le [Date]

Objet : Mandat de représentation en séance de conciliation

Par la présente, je donne pouvoir à :

[Monsieur/Madame] [Nom et prénom du représentant]

demeurant au [Adresse du représentant]

en qualité de [membre de l'association X; parent...]

de me représenter à la séance de la commission de conciliation du [date de la séance] à [heure], dans le cadre de la plainte que j'ai déposée pour refus de soins discriminatoire mettant en cause [Nom du professionnel de santé] / la plainte pour refus soins discriminatoire déposée par [Nom de la personne s'estimant victime] me mettant en cause.

Fait à [Ville] Le [Date]

Bon pour pouvoir

[Signature]

Annexe 5 : tableau récapitulatif des sanctions par le directeur de la caisse d'assurance maladie

	Refus de soins discriminatoire	Dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ou non conformes à la convention
Sanctions hors cas de récidive	<ul style="list-style-type: none"> • Pénalité financière d'un montant maximum égal à deux fois le plafond mensuel de sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Pénalités financières égales à deux fois le montant des dépassements facturés
	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'affichage de la sanction en zone d'accueil du public de la caisse pour une durée comprise entre 1 et 3 mois suivant la notification de la sanction 	
Sanctions en cas de récidive	<p><u>En cas de récidive dans un délai de 6 ans:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans • Suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans <p><u>En cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée maximale de sanction portée à 6 ans 	<p><u>En cas de récidive dans un délai de 3 ans:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans • Suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans <p><u>En cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée maximale de sanction portée à 6 ans
	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'affichage de la sanction en zone d'accueil du public de la caisse pour une durée comprise entre 1 et 3 mois suivant la notification de la sanction • Après épuisement des voies de recours, possibilité de rendre publique la sanction dans toute publication à diffusion locale, départementale ou régionale 	