

N° 172

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 novembre 2012

## PROPOSITION DE LOI

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

*relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé,*

TRANSMISE PAR

M. LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*

*L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :*

---

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 296, 424 et T.A. 51



## Article 1<sup>er</sup>

Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».

## Article 2 (nouveau)

① I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

② « CHAPITRE III BIS

③ « **Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé**

④ « Art. L. 863-8. – I. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle, union ou fédération relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régies par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et, d'autre part, des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service de santé, aux services rendus, aux prestations, ainsi qu'aux tarifs ou aux prix, respectent les principes suivants :

⑤ « 1° Les conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé ;

⑥ « 2° L'adhésion aux conventions des professionnels, établissements et services de santé s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion à la convention ne peut comporter de clause d'exclusivité.

⑦ « II. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régies par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et les médecins ne

peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.

- ⑧ « III. – L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »
- ⑨ II. – Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

### **Article 3 (nouveau)**

À compter du 30 juin 2013 et pour une période de trois ans, le Gouvernement, sur la base de données transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaire, remet chaque année un rapport au Parlement qui porte un bilan des conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régie par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et, d'autre part, les professionnels, établissements et services de santé, notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé.

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 28 novembre 2012.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*