



Journal Officiel de la République Tunisienne

TRADUCTION FRANÇAISE POUR INFORMATION

Mardi 25 moharrem 1428 – 13 février 2007

150^{ème} année

N° 13

Sommaire

Lois

- Loi n° 2007-6 du 12 février 2007**, portant approbation d'un traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement de Malte..... **364**
- Loi n° 2007-7 du 00 février 2007**, portant approbation du statut du conseil arabe de la paix et de sécurité **364**
- Loi n° 2007-8 du 12 février 2007**, portant approbation d'un accord entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement du Royaume de Belgique relatif à l'octroi d'une aide financière par le gouvernement du Royaume de Belgique au gouvernement de la République Tunisienne et d'un échange de lettres entre les deux gouvernements relatifs à l'accord, concernant le financement de la réalisation du projet de dépollution et de réhabilitation des côtes nord de la ville de Sfax..... **364**
- Loi n° 2007-9 du 12 février 2007**, portant approbation de la convention de crédit commercial, conclue le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC pour le financement de la réalisation de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax..... **365**
- Loi n° 2007-10 du 12 février 2007**, portant approbation de la convention de crédit financier conclue, le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC pour le financement de la réalisation de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax..... **365**
- Loi n° 2007-11 du 12 février 2007**, portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange..... **365**

Conseil Constitutionnel

- Avis n° 54-2006 du conseil constitutionnel**, sur un projet de loi portant approbation du statut du conseil arabe de paix et de sécurité..... 366
- Avis n° 57-2006 du conseil constitutionnel**, sur un projet de loi portant approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement de Malte..... 369
- Avis n° 1-2007 du conseil constitutionnel**, sur un projet de loi portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange..... 372

Décrets et Arrêtés

Ministère de l'Intérieur et du Développement Local

- Arrêté du ministre de l'intérieur et du développement local et du ministre des domaines de l'Etat et des affaires foncières du 6 février 2007, fixant le modèle du registre des propriétés relevant des domaines public et privé de la commune..... 374

Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme

- Nomination du directeur général de l'office des logements des magistrats et du personnel du ministère de la justice et des droits de l'Homme..... 381
- Arrêté du ministre de la justice et des droits de l'Homme du 8 février 2007, déterminant les modalités d'attribution des notes au titre des critères d'inscription sur la liste d'aptitude à l'avancement au choix des cadres et agents des prisons et de la rééducation..... 381
- Radiation du nom d'une interprète assermentée..... 382

Ministère des Affaires Etrangères

- Décret n° 2007-256 du 12 février 2007**, portant ratification de la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée à Paris le 20 octobre 2005 lors de la 33^{ème} session de la conférence générale de l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture..... 382

Ministère du Développement et de la Coopération Internationale

- Nomination de membres au conseil national de la coopération technique..... 383

Ministère de l'Agriculture et des Ressources Hydrauliques

- Arrêté du ministre de l'agriculture et des ressources hydrauliques du 6 février 2007, portant homologation du plan de réaménagement foncier du périmètre public irrigué de Mornag (3^{ème} tranche) « Le secteur Zaouia et Sebbèla » de la délégation de Mornag, au gouvernorat de Ben Arous..... 383

Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées

- Nomination d'un chef de service..... 384

Ministère de la Santé Publique

- Nomination de chefs de service..... 384
- Nomination de membres au comité national d'éthique médicale..... 384
- Nomination d'un membre au conseil d'administration du centre national pour la promotion de la transplantation d'organes..... 384

Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger

- Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, relatif à la fixation du barème d'actualisation des salaires pris en compte dans le calcul des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants..... 384
- Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des médecins de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins libéraux..... 385

Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des biologistes de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat national des biologistes de libre pratique.....	424
Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique.....	450
Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Technologie	
Cessation de fonctions de directeurs d'établissement des œuvres universitaires.....	478
Cessation de fonctions de secrétaires d'établissement d'enseignement supérieur et de recherche.....	478

Loi n° 2007-6 du 12 février 2007, portant approbation d'un traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement de Malte ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. - Sont approuvés, le traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération conclu à La Valette, le 2 juin 2005 et l'échange de lettres du 6 mars et 12 avril 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement de Malte, annexés à la présente loi.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

Loi n° 2007-7 du 12 février 2007, portant approbation du statut du conseil arabe de la paix et de sécurité ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. - Est approuvé, le statut du conseil arabe de la paix et de sécurité, annexé à la présente loi, et adopté à Khartoum le 29 mars 2006 lors de la 18^{ème} session ordinaire du conseil de la Ligue des Etats Arabes au niveau du sommet.

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

Loi n° 2007-8 du 12 février 2007, portant approbation d'un accord entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement du Royaume de Belgique relatif à l'octroi d'une aide financière par le gouvernement du Royaume de Belgique au gouvernement de la République Tunisienne et d'un échange de lettres entre les deux gouvernements relatifs à l'accord, concernant le financement de la réalisation du projet de dépollution et de réhabilitation des côtes nord de la ville de Sfax ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. - Sont approuvés, l'accord conclu à Tunis le 25 juin 2006 entre le gouvernement de la République Tunisienne et le gouvernement du Royaume de Belgique, relatif à l'octroi d'une aide financière par le gouvernement du Royaume de Belgique au gouvernement de la République Tunisienne d'un montant de quinze millions quarante-cinq mille (15.045.000.00) euros, et trois échanges de lettres entre les deux Gouvernements en date du 25 juin 2006 relatifs à l'accord, annexés à la présente loi et concernant le financement de la réalisation du projet de dépollution et de réhabilitation des côtes nord de la ville de Sfax.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

Loi n° 2007-9 du 12 février 2007, portant approbation de la convention de crédit commercial, conclue le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC pour le financement de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. - Est approuvée, la convention de crédit commercial annexée à la présente loi, conclue à Tunis, le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC et relative à l'octroi d'un crédit commercial d'un montant de Onze millions vingt sept mille sept cent quarante neuf euros et soixante six centimes (11.027.749,66 EUR) pour la réalisation de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

Loi n° 2007-10 du 12 février 2007, portant approbation de la convention de crédit financier conclue, le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC pour le financement de la réalisation de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

Article unique. - Est approuvée, la convention de crédit financier annexée à la présente loi, conclue à Tunis, le 16 octobre 2006, entre le gouvernement de la République Tunisienne et la Banque Belge KBC et relative à l'octroi d'un crédit d'un montant de six millions cent trente trois mille dix sept euros et cinquante trois centimes (6.133.017,53 EUR) pour le financement de la réalisation de la 1^{ère} phase du projet Taparura à Sfax.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

Loi n° 2007-11 du 12 février 2007, portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange ⁽¹⁾.

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. - Est approuvé, le code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la Grande Zone Arabe de Libre Echange, annexé à la présente loi, et adopté le 19 février 2004 par le conseil économique et social de la Ligue des Etats Arabes.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

⁽¹⁾ Travaux préparatoires :

Discussion et adoption par la chambre des députés dans sa séance du 6 février 2007.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Avis n°54 – 2006 du Conseil constitutionnel sur un projet de loi portant approbation du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité

Le Conseil constitutionnel ,

Vu la lettre du Président de la République en date du 16 octobre 2006, parvenue au Conseil constitutionnel le 17 octobre 2006 et lui soumettant un projet de loi portant approbation du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité ,

Vu la Constitution et notamment son préambule , son article premier et ses articles 32 et 72 ,

Vu la loi organique n°2004-52 du 12 juillet 2004 relative au Conseil constitutionnel ,

Vu le projet de loi portant approbation du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité ,

Vu le statut objet de l'approbation ,

Ouï le rapport relatif au projet soumis et au statut du Conseil arabe de paix et de sécurité objet de l'approbation ,

Après délibération ,

Sur la saisine du Conseil :

Considérant qu'aux termes du deuxième paragraphe de l'article 32 de la Constitution , les traités relatifs à l'organisation internationale ne peuvent être ratifiés qu'après leur approbation par la Chambre des députés ;

Considérant que le statut du Conseil arabe de paix et de sécurité constitue, selon le droit international , un traité ;

Considérant que le statut du Conseil arabe de paix et de sécurité soumis à l'examen du Conseil constitutionnel comprend des dispositions relatives à l'organisation internationale ; qu'il nécessite , par conséquent , qu'il soit approuvé par la Chambre des députés , par une loi ;

Considérant qu'il ressort de l'article 72 de la Constitution que le Conseil constitutionnel examine les projets de loi qui lui sont soumis par le Président de la République quant à leur conformité ou leur compatibilité avec la Constitution ;

Considérant que le projet de loi d'approbation , et notamment le statut du Conseil arabe de paix et de sécurité qui lui est annexé , s'insère, eu égard à son objet , dans le cadre des dispositions précitées de l'article 72 de la Constitution ;

Sur le fond :

Considérant que le projet de loi soumis vise l'approbation par la Chambre des députés du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité ;

Considérant que le Conseil arabe de paix et de sécurité créé dans le cadre de la ligue arabe a pour objectif de prévenir les conflits pouvant naître entre les Etats arabes , de les gérer et les régler dès leur survenance et de présenter des recommandations au Conseil de la Ligue arabe au sujet des évolutions touchant la sécurité nationale arabe , le tout compte tenu des prescriptions des articles 5,6 et 8 de la charte de la Ligue des Etats arabes , de l'article 52 de la charte de l'organisation des Nations unies et des articles 1er ,2et 3 de la convention de défense commune et de coopération économique entre les Etats de la Ligue arabe ;

Considérant que le Conseil arabe de paix et de sécurité a pour mission , notamment, d'élaborer les stratégies de maintien de la paix et de la sécurité arabes, de proposer les mesures collectives adéquates vis-à-vis de toute agression ou menace d'agression d'un Etat arabe, de renforcer les capacités arabes dans le domaine du travail préventif à travers l'amélioration du système d'alerte rapide, le déploiement des efforts diplomatiques y compris la médiation , la transaction et la conciliation , en vue d'assainir les rapports et d'endiguer les sources de tension pour anticiper et prévenir tout conflit, de promouvoir la coopération face aux menaces et dangers transfrontaliers tels que le crime organisé et le terrorisme , de proposer la création d'une force arabe de maintien de la paix en cas de besoin et d'assurer la coordination et la coopération avec les organisations internationales et régionales , dans le but de consolider la paix ,la sécurité et la stabilité dans le monde arabe et de régler les conflits entre tout Etat arabe et un autre Etat ;

Considérant que l'œuvre pour la paix internationale et l'attachement à l'appartenance à la famille arabe font partie des principes proclamés par le préambule de la Constitution ;

Considérant que les missions confiées au Conseil arabe de paix et de sécurité en vertu de son statut s'insèrent dans ce cadre ; que les articles ayant trait aux missions en question sont , ainsi , compatibles avec la Constitution ;

Considérant qu'il apparaît de l'étude du reste des articles du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité objet de l'approbation qu'ils ne sont pas contraires aux dispositions de la Constitution et sont compatibles avec celle-ci ; que le projet de loi approuvant ledit statut est , par conséquent , conforme à la Constitution ;

Emet l'avis suivant :

Le projet de loi portant approbation du statut du Conseil arabe de paix et de sécurité ,ainsi que le statut objet de l'approbation , ne soulèvent aucune inconstitutionnalité .

Délibéré par le Conseil constitutionnel dans la séance tenue à son siège au Bardo le mercredi 01 novembre 2006 sous la présidence de monsieur Fathi ABDENNADHER et en présence des membres messieurs Abdelhakim BOURAOUI, Mabrouk BEN MOUSSA, Mohamed ZINE, Mohamed Ridha BEN HAMMED, Mohamed Kamel CHARFEDDINE et Néjib BELAID .

Pour le Conseil constitutionnel
Le président

Fathi ABDENNADHER

Avis n° 57-2006 du Conseil constitutionnel sur un projet de loi portant approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République tunisienne et le gouvernement de Malte

Le Conseil constitutionnel,

Vu la lettre du Président de la République en date du 16 octobre 2006, parvenue au Conseil constitutionnel le 17 octobre 2006 et lui soumettant un projet de loi portant approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République tunisienne et le gouvernement de Malte,

Vu la Constitution et notamment ses articles 32 et 72,

Vu la loi organique n° 2004-52 du 12 juillet 2004 relative au Conseil constitutionnel,

Vu le projet de loi portant approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération et d'un échange de lettres entre le gouvernement de la République tunisienne et le gouvernement de Malte,

Vu le traité et l'échange de lettres objet de l'approbation,

Oùï le rapport relatif au projet soumis ainsi qu'au traité et à l'échange de lettres objet de l'approbation,

Après délibération,

Sur la saisine du Conseil :

Considérant qu'aux termes du deuxième paragraphe de l'article 32 de la Constitution, les traités relatifs à l'organisation internationale ne peuvent être ratifiés qu'après leur approbation par la Chambre des députés ;

Considérant que le traité soumis à l'examen du Conseil constitutionnel comprend des dispositions relatives à l'organisation internationale ; qu'il nécessite, par conséquent, qu'il soit approuvé par la Chambre des députés, par une loi ;

Considérant qu'aux termes de l'article 72 de la Constitution, le Conseil constitutionnel examine les projets de loi qui lui sont soumis par le Président de la République quant à leur conformité ou leur compatibilité avec la Constitution ;

Considérant que l'examen du projet de loi d'approbation, et notamment le traité et l'échange de lettres qui lui sont annexés, s'insère,

eu égard à l'objet desdits traité et échange de lettres, dans le cadre des dispositions précitées de l'article 72 de la Constitution ;

Sur le fond :

Considérant que le projet de loi soumis a pour objet l'approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération, conclu à La Valette le 2 juin 2005 entre le gouvernement de la République tunisienne et le gouvernement de Malte ainsi que de l'échange de lettres entre les deux gouvernements en date du 6 mars et du 12 avril 2006 annexés au projet de loi d'approbation ;

Considérant que le traité énonce, notamment, des principes généraux relatifs, essentiellement, à l'engagement des deux parties à respecter la légalité internationale, à l'égalité en souveraineté, à la coopération pour le développement, au respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, au dialogue et à l'entente entre les cultures et les civilisations ;

Considérant que le traité prévoit un ensemble de prescriptions s'insérant dans le cadre de ces principes et portant sur la promotion et la consolidation des relations politiques bilatérales et l'impulsion de la coopération, surtout dans les domaines économique, financier, commercial, juridictionnel et administratif, et ce, notamment, par la mise en place de programmes et de projets de coopération, la création d'organes communs et la tenue de réunions régulières entre les parties au traité ;

Considérant que l'échange de lettres entre les deux gouvernements vise à modifier un paragraphe de l'article 11 du traité dans la version rédigée en langue arabe pour garantir sa conformité avec la version rédigée en langue anglaise ;

Considérant qu'il apparaît de l'étude du projet soumis que le traité et l'échange de lettres objet de l'approbation ne sont pas contraires aux dispositions de la Constitution et sont compatibles avec celle-ci ; que le projet de loi les approuvant est, par conséquent, conforme à la Constitution ;

Emet l'avis suivant :

Le projet de loi portant approbation du traité d'amitié, de bon voisinage et de coopération conclu à La Valette le 2 juin 2005 entre le gouvernement de la République tunisienne et le gouvernement de Malte et de l'échange de lettres entre les deux gouvernements, ainsi que le traité et l'échange de lettres objet de l'approbation annexés au projet de loi d'approbation, ne soulèvent aucune inconstitutionnalité,

Délibéré par le Conseil constitutionnel dans la séance tenue à son siège au Bardo le mercredi 8 novembre 2006 sous la présidence de monsieur Fathi ABDENNADHER et en présence des membres madame Faïza KEFI, messieurs Abdelhakim BOURAOUI, Mabrouk BEN MOUSSA, Mohamed ZINE, Mohamed Ridha Ben Hammed, Mohamed Kamel CHARFEDDINE, madame Jaouida GUIGA et monsieur Néjib BELAID.

Pour le Conseil constitutionnel
Le président

Fathi ABDENNADHER

**Avis n° 1-2007 du Conseil constitutionnel
sur un projet de loi portant approbation du code des règles
procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties
à la grande zone arabe de libre échange**

Le Conseil constitutionnel,

Vu la lettre du Président de la République en date du 18 décembre 2006, parvenue au Conseil constitutionnel le 19 décembre 2006 et lui soumettant un projet de loi portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange,

Vu la Constitution et notamment ses articles 32, 34 et 72,

Vu la loi organique n° 2004-52 du 12 juillet 2004 relative au Conseil constitutionnel,

Vu le projet de loi portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange,

Vu le code objet de l'approbation,

Oùï le rapport relatif au projet soumis et au code objet de l'approbation,

Après délibération,

Sur la saisine du Conseil :

Considérant qu'aux termes du deuxième paragraphe de l'article 32 de la Constitution, les traités portant engagement financier de l'Etat ainsi que ceux contenant des dispositions à caractère législatif ne peuvent être ratifiés qu'après leur approbation par la Chambre des députés ;

Considérant que le code soumis à l'examen du Conseil constitutionnel constitue un traité au sens de l'article 32 de la Constitution et comprend des dispositions à caractère législatif ; qu'il nécessite, par conséquent, qu'il soit approuvé par la Chambre des députés, par une loi ;

Considérant qu'aux termes de l'article 72 de la Constitution, le Conseil constitutionnel examine les projets de loi qui lui sont soumis par le Président de la République quant à leur conformité ou leur compatibilité avec la Constitution et la saisine du Conseil est obligatoire pour les projets de loi relatifs à la détermination de la procédure devant les différents ordres de juridictions ;

Considérant que les dispositions à caractère législatif contenues dans le code ont trait à la procédure devant les tribunaux ;

Considérant que le projet de loi d'approbation, et notamment le code qui lui est annexé, s'insère, eu égard à l'objet dudit code, dans le cadre de la saisine obligatoire ;

Sur le fond :

Considérant que le projet soumis vise l'approbation du code fixant la procédure du règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange, établi en date du 19 février 2004 par le conseil économique et social de la Ligue des Etats arabes ;

Considérant que le code comprend des dispositions relatives, notamment, à la détermination des règles relatives au règlement des différends entre les Etats parties à la grande zone arabe de libre échange et met en place des mécanismes à cet effet consistant dans les points de communication, la conciliation, l'arbitrage, la commission d'exécution et de suivi, le tribunal arabe d'investissement et le conseil économique et social ; que ledit code détermine la procédure de chacune de ces étapes ainsi que les attributions conférées à chaque organe habilité à régler ou traiter un différend ;

Considérant qu'il apparaît de l'étude des dispositions du code objet de l'approbation qu'elles ne sont pas contraires à la Constitution et sont compatibles avec celle-ci; que le projet de loi approuvant ledit code est, par conséquent, conforme à la Constitution;

Emet l'avis suivant :

Le projet de loi portant approbation du code des règles procédurales pour le règlement des différends entre les Etat parties à la grande zone arabe de libre échange, ainsi que le code objet de l'approbation, ne soulèvent aucune inconstitutionnalité .

Délibéré par le Conseil constitutionnel dans la séance tenue à son siège au Bardo le lundi 15 janvier 2007 sous la présidence de monsieur Fathi ABDENNADHER et en présence des membres madame Faïza KEFI, messieurs Abdelhakim BOURAOUI, Mohamed LEJMI, Mohamed ZINE, Mohamed Ridha BEN HAMMED, Mohamed Kamel CHARFEDDINE, madame Jaouida GUIGA et monsieur Néjib BELAID .

Pour le Conseil constitutionnel
Le président

Fathi ABDENNADHER

décrets et arrêtés

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DU DÉVELOPPEMENT LOCAL

Arrêté du ministre de l'intérieur et du développement local et du ministre des domaines de l'Etat et des affaires foncières du 6 février 2007, fixant le modèle du registre des propriétés relevant des domaines public et privé de la commune.

Le ministre de l'intérieur et du développement local et le ministre des domaines de l'Etat et des affaires foncières,

Vu la loi organique des communes promulguée par la loi n° 75-33 du 14 mai 1975, ensemble les textes qui l'ont modifiée et complétée et notamment la loi organique n° 2006- 48 du 17 juillet 2006 dans son article 113.

Arrêtent :

Article premier. - Le modèle du registre des propriétés relevant des domaines public et privé de la commune, est fixé conformément aux annexes n° 1 et n° 2 jointes au présent arrêté.

Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 6 février 2007.

Le ministre de l'intérieur et du développement local

Rafik Belhaj Kacem

Le ministre des domaines de l'Etat

et des affaires foncières

Ridha Grira

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi

République Tunisienne
Ministère de l'intérieur
et du développement local
Gouvernorat
Commune

Commune

Modèle de registre du domaine communal
(domaine public)

REGISTRE DU DOMAINE COMMUNAL
(DOMAINE PUBLIC)

**(Ce registre comporte tous les biens immobiliers publics de la commune,
toutes ses pages sont signées et paraphées par le président de la commune)**

..... le

Le président de la commune

République Tunisienne
Ministère de l'intérieur
et du développement local
Gouvernorat
Commune

Commune

Modèle de registre du domaine communal
(domaine privé)

REGISTRE DU DOMAINE COMMUNAL
(DOMAINE PRIVE)

**(Ce registre comporte tous les biens immobiliers privés de la commune,
toutes ses pages sont signées et paraphées par le président de la commune)**

..... le

Le président de la commune

NOMINATION

Par décret n° 2007-225 du 8 février 2007.

Monsieur Jedidi Ghenni est nommé directeur général de l'office des logements des magistrats et du personnel du ministère de la justice et des droits de l'Homme.

Arrêté du ministre de la justice et des droits de l'Homme du 8 février 2007, déterminant les modalités d'attribution des notes au titre des critères d'inscription sur la liste d'aptitude à l'avancement au choix des cadres et agents des prisons et de la rééducation.

Le ministre de la justice et des droits de l'Homme,

Vu la loi n° 82-70 du 6 août 1982, portant statut général des forces de sûreté intérieure, tel que modifiée et complétée par la loi n° 2000-58 du 13 juin 2000,

Vu le code des décorations promulgué par la loi n° 97-80 du 1^{er} décembre 1997, tel que modifié par la loi n° 98-31 du 11 mai 1998,

Vu la loi n° 2001-51 du 3 mai 2001, relative aux cadres et agents des prisons et de la rééducation,

Vu le décret n° 2006-1167 du 13 avril 2006, fixant le statut particulier du corps des cadres et agents des prisons et de la rééducation,

Vu le décret n° 2006-1169 du 13 avril 2006, fixant les cycles de formation des agents des forces de sûreté intérieure relevant au ministère de la justice et des droits de l'Homme.

Arrête :

Article premier. - Le présent arrêté détermine les modalités d'attribution des notes au titre des critères d'inscription sur la liste d'aptitude à l'avancement au choix des cadres et agents des prisons et de la rééducation.

Art. 2. - Il est attribué, au moment de l'évaluation du mérite des cadres et agents des prisons et de la rééducation pour l'inscription sur la liste d'aptitude à l'avancement au choix au grade supérieur, une note globale au titre de chacun des critères d'évaluation de 1 à 8 mentionnés au présent article et comme suit :

1/- La moyenne des notes professionnelles :

Est attribuée à l'agent une note au titre du critère de la moyenne des notes des trois dernières années précédant celle au titre de laquelle la liste d'aptitude est établie, et ce, comme suit :

- + 10.00 pour une moyenne de 99 à 100.
- + 9.00 pour une moyenne de 96 à 98.
- + 8.00 pour une moyenne de 91 à 95.

- + 6.00 pour une moyenne de 86 à 90.
- + 5.00 pour une moyenne de 81 à 85.
- + 4.00 pour une moyenne de 76 à 80.
- + 3.00 pour une moyenne de 71 à 75.
- + 1.00 pour une moyenne ne dépassant pas 70.

2/ Les cycles de formation continue :

Est attribuée à l'agent une note comme suit :

+ 0.50 pour chaque formation dont la durée est égale ou supérieure à 2 semaines et ne dépasse pas 4 semaines.

+ 1.00 pour chaque formation dont la durée dépasse 4 semaines sans dépasser 8 semaines.

+ 1.50 pour chaque formation dont la durée dépasse 8 semaines sans dépasser 12 semaines.

+ 2.00 pour chaque formation dont la durée dépasse 12 semaines sans dépasser 16 semaines.

+ 2.50 pour chaque formation dont la durée dépasse 16 semaines sans dépasser 20 semaines.

+ 3.00 pour chaque formation dont la durée dépasse 20 semaines sans dépasser 24 semaines.

+ 3.50 pour chaque formation dont la durée dépasse 24 semaines sans dépasser une année.

+ 4.00 pour chaque formation dont la durée dépasse une année.

3/- L'ancienneté au grade immédiatement inférieur au grade de promotion :

- Il est attribué 1.2 point pour chaque année, 0.1 point pour chaque mois et 1/300 point pour chaque jour.

4/- Les propositions motivées :

Le chef hiérarchique attribue à l'agent une note selon l'une des mentions ci-dessous indiquées et comme suit :

* excellent : +6.00

* très bien : + 4.50

* bien : + 4.00

* assez bien : + 3.50

* moyen : + 3.00

* médiocre : + 1.50

5/- La responsabilité assumée :

A/ Les fonctions administratives :

- directeur : + 8.00.

- sous-directeur : + 6.00.

- chef de service : + 5.00.

B/ Les fonctions opérationnelles :

- directeur de prison ou équivalent : + 6.00

- commandant de groupe ou équivalent : +6.00

- directeur de centre de rééducation ou équivalent : + 6.00

- directeur adjoint de prison ou équivalent : + 5.00

- chef de brigade ou équivalent : + 4.00
- chef de secteur ou équivalent : +4.00
- commandant de compagnie ou équivalent : +4.00
- surveillant général ou équivalent : + 3.00
- chef de bureau ou équivalent : +3.00
- chef de poste ou équivalent : + 2.00
- commandant de section ou équivalent : +2.00
- chef de groupe ou équivalent : +1.00
- chef de cellule ou équivalent : +1.00

6/- Les décorations et les distinctions :

Elles sont appréciées selon une note attribuée comme suit :

- + 3.00 pour la médaille d'honneur des forces de sûreté intérieure de la première catégorie.
- + 2.00 pour la médaille d'honneur des forces de sûreté intérieure de la deuxième catégorie.
- + 1.50 pour tout tableau d'honneur.
- + 1.00 pour tout satisfecit.
- + 0.50 pour toute lettre d'encouragement.
- + 0.25 pour toute lettre d'approbation.

La note globale résultante à ce titre ne peut en aucun cas dépasser dix (+10.00).

7/- La discipline :

Sont déduites du total des notes attribuées à l'agent, conformément aux dispositions du présent article, des notes au titre des sanctions disciplinaires infligées à l'agent pendant la période de son appartenance au grade immédiatement inférieur à celui auquel l'avancement est postulé, et ce, comme suit :

- 2.50 pour toute rétrogradation.
- 2.00 pour tout abaissement d'un ou de deux échelons.
- 1.75 pour toute exclusion temporaire du travail d'une durée supérieure à 15 jours.
- 1.50 pour toute exclusion temporaire du travail d'une durée ne dépassant pas 15 jours.
- 1.25 pour toute mutation d'office.
- 1.00 pour tout arrêt de rigueur.
- 0.75 pour tout arrêt simple.
- 0.50 pour tout blâme.
- 0.25 pour tout avertissement.

8/- L'aptitude à la promotion :

Est attribué à l'agent une note de +1 à +25 au titre d'aptitude à la promotion, il sera pris en considération les caractéristiques personnelles comportementales et relationnelles de l'agent ainsi que sont aptitude à assumer la responsabilité, et ce, comme suit :

- De +1 à +5 est attribué par le directeur de spécialité
- De +1 à +10, est attribué par une commission qui se compose des directeurs des spécialités (commission de promotion).

- De +1 à +10, est attribué par le directeur général des prisons et de la rééducation.

Art. 3. - Le directeur général des prisons et de la rééducation est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 8 février 2007.

*Le ministre de la justice
et des droits de l'Homme*

Béehir Tekari

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi

RADIATION DE NOM

Par arrêté du ministre de la justice et des droits de l'Homme du 8 février 2007.

Est radié le nom de Madame Derizad Mâalej, l'interprète assermentée au Kef en langue anglaise, du tableau des interprètes assermentés pour non accomplissement des formalités nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES

Décret n° 2007-256 du 12 février 2007, portant ratification de la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée à Paris le 20 octobre 2005 lors de la 33^{ème} session de la conférence générale de l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

Le Président de la République,

Vu la constitution et notamment son article 32,

Vu la loi n° 2007-4 du 29 janvier 2007, portant approbation de la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée à Paris le 20 octobre 2005 lors de la 33^{ème} session de la conférence générale de l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture,

Vu la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée à Paris le 20 octobre 2005 lors de la 33^{ème} session de la conférence générale de l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

Décète :

Article premier. - Est ratifiée, la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée à Paris le 20 octobre 2005 lors de la 33^{ème} session de la conférence générale de l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

Art. 2. - Le ministre des affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 12 février 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

NOMINATIONS

Par arrêté du ministre du développement et de la coopération internationale du 8 février 2007.

Sont nommés membres au conseil national de la coopération technique pour une période de trois ans renouvelable :

- Monsieur Ahmed Zarouk : représentant du Premier ministre,
- Madame Rafia Imem Baouandi : représentante du ministère des affaires étrangères,
- Monsieur Tahar Fellous Erffai : représentant du ministère de l'intérieur et du développement local,
- Madame Samia Chouba : représentante du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,
- Monsieur Ismail Hmadi : représentant du ministère des finances,
- Monsieur Rachid Larbi : représentant du ministère de l'éducation et de la formation,
- Monsieur Abdessatar Maârroufi : représentant du ministère de l'emploi et de l'insertion professionnelle de la jeunesse,
- Monsieur Hichem Abdessalem : représentant du ministère de la santé publique,
- Monsieur Abderrahmane Boukricha : représentant du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie,
- Monsieur Mohamed Zouhair Basli : représentant du ministère des technologies de la communication,
- Madame Samira Ben Amara : représentante du ministère de l'industrie, de l'énergie et des petites et moyennes entreprises,
- Monsieur Azzeddine Hdiri : représentant du ministère de l'environnement et du développement durable,
- Monsieur Mohamed Lassoued : représentant du ministère de l'agriculture et des ressources hydrauliques,
- Monsieur Maher Feki : représentant de l'union tunisienne de l'industrie, du commerce et de l'artisanat,
- le directeur général de l'agence tunisienne de la coopération technique,
- le directeur général de l'office des Tunisiens à l'étranger,
- le directeur général de l'office national de la famille et de la population,
- le président-directeur général de la société tunisienne de l'électricité et du gaz,
- le président-directeur général de l'entreprise tunisienne des activités pétrolières,
- le président directeur-général de l'office national d'assainissement,
- le président du conseil de l'ordre des architectes de Tunisie,

- le président du conseil de l'ordre des ingénieurs de Tunisie,
- le président du conseil de l'ordre des experts comptables de Tunisie,
- le président de l'association nationale des bureaux d'études et des ingénieurs conseils.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DES RESSOURCES HYDRAULIQUES

Arrêté du ministre de l'agriculture et des ressources hydrauliques du 6 février 2007, portant homologation du plan de réaménagement foncier du périmètre public irrigué de Mornag (3^{ème} tranche) « Le secteur Zaouia et Sebbèla » de la délégation de Mornag, au gouvernorat de Ben Arous.

Le ministre de l'agriculture et des ressources hydrauliques,

Vu la loi n° 63-18 du 27 mai 1963, portant réforme agraire dans les périmètres publics irrigués, telle que modifiée et complétée par la loi n° 71-9 du 16 février 1971 et par la loi n° 2000-30 du 6 mars 2000 et notamment son article 16,

Vu la loi n° 77-17 du 16 mars 1977, portant création de l'agence foncière agricole, telle que modifiée et complétée par la loi n° 2000-29 du 6 mars 2000 et notamment ses articles 13 et 14,

Vu le décret n° 99-1877 du 31 août 1999, modifiant la dénomination de l'agence de la réforme agraire des périmètres publics irrigués,

Vu le décret n° 2001-977 du 3 mai 2001, fixant la composition et les modalités de fonctionnement de la commission régionale chargée d'examiner les réclamations et les observations soulevées par le plan de réaménagement des terres sises à l'intérieur des zones d'intervention de l'agence foncière agricole,

Vu le décret n° 2002-1103 du 14 mai 2002, portant création d'un périmètre public irrigué à Mornag,

Vu l'arrêté du 30 août 2002, portant ouverture de la procédure de réaménagement foncier dans le périmètre public irrigué de Mornag,

Vu l'avis de la commission susvisée, chargée d'examiner les réclamations et les observations soulevées par le plan de réaménagement des terres sises à l'intérieur des zones d'intervention de l'agence foncière agricole réunie au siège du gouvernorat de Ben Arous le 4 juillet 2006.

Arrête :

Article premier. - Est homologué, le plan de réaménagement foncier du périmètre public irrigué de Mornag (3^{ème} tranche) « Le secteur Zaouia et Sebbèla » de la délégation de Mornag, au gouvernorat de Ben Arous annexé au présent arrêté.

Art. 2. - Le présent arrêté emporte transfert de la propriété interpartes. Les privilèges, hypothèques et baux

de toute nature portant sur des parcelles soumises au réaménagement foncier existant au moment de l'application du réaménagement sont transférés de droit sur les nouvelles parcelles reçues en échange par le débiteur ou bailleur.

Art. 3. - Les propriétaires sont tenus de payer la différence de valeur entre la parcelle de terre d'origine et la parcelle de terre attribuée dans le cadre du réaménagement foncier au profit de l'agence foncière agricole. Les copropriétaires sont considérés solidaires pour le paiement de cette valeur, une hypothèque en rang utile grèvera la parcelle de terre attribuée pour garantie de paiement de cette différence.

Art. 4. - Le directeur général de l'agence foncière agricole est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 6 février 2007.

*Le ministre de l'agriculture
et des ressources hydrauliques*

Mohamed Habib Haddad

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi

**MINISTERE DES AFFAIRES DE LA FEMME,
DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE
ET DES PERSONNES AGEES**

NOMINATION

Par décret n° 2007-257 du 8 février 2007.

Monsieur Houcine Toumi, administrateur, est chargé des fonctions de chef de service de l'exécution et du suivi des programmes de la famille à la direction générale des affaires de la femme et de la famille, au ministère des affaires de la femme, de la famille, de l'enfance et des personnes âgées.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

NOMINATIONS

Par décret n° 2007-258 du 8 février 2007.

Le docteur Abdelwaheb Abid, médecin principal de la santé publique, est chargé des fonctions de chef de service d'hygiène du milieu et de l'assainissement à la direction régionale de la santé publique de Siliana.

Par décret n° 2007-259 du 8 février 2007.

Le docteur Emna Ben Rejeb Kobbi, médecin principal de la santé publique, est chargée des fonctions de chef de service des études et des programmations des actions éducatives à la sous-direction de l'éducation sanitaire à la direction des soins de santé de base au ministère de la santé publique.

Par arrêté du ministre de la santé publique du 6 février 2007.

Sont nommés membres au comité national d'éthique médicale comme personnalités intéressées par l'éthique médicale :

- Monsieur Mohammed Salah Ben Ammar en remplacement du défunt Abedlaziz Guachem,

- Monsieur Nebil Ben Salah en remplacement de monsieur Koussay Dellagi,

- Monsieur Sahloul Essoussi en remplacement de monsieur Mouldi Amamou.

Par arrêté du ministre de la santé publique du 6 février 2007.

Mademoiselle Aroussia Saidi est nommée membre représentant le ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger au conseil d'administration du centre national pour la promotion de la transplantation d'organes en remplacement de madame Imen Zehoueni Houimel.

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SOLIDARITE
ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER**

Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, relatif à la fixation du barème d'actualisation des salaires pris en compte dans le calcul des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu la loi n° 60-33 du 14 décembre 1960, instituant un régime de pension d'invalidité, de vieillesse et de survie et un régime d'allocation de vieillesse et de survie dans le secteur non agricole,

Vu le décret n° 74-499 du 27 avril 1974, relatif au régime des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants dans le secteur non agricole, ensemble les textes qui l'ont modifié ou complété notamment le décret n° 94-1429 du 30 juin 1994 et particulièrement son article 18.

Arrête :

Article premier. - Les salaires servant de base au calcul des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants octroyées dans le cadre du décret précité n° 74-499 du 27 avril 1974, sont actualisés selon le barème suivant :

Années	Coefficients
1961	10,03571
1962	9,83500
1963	9,57644
1964	9,19159
1965	8,61963
1966	8,29958

Années	Coefficients
1967	8,06148
1968	7,85543
1969	7,55376
1970	7,47340
1971	7,05018
1972	6,90660
1973	6,60954
1974	6,34926
1975	5,79894
1976	5,50364
1977	5,15732
1978	4,88332
1979	4,50527
1980	4,13583
1981	3,78415
1982	3,31703
1983	3,02895
1984	2,78849
1985	2,59499
1986	2,44226
1987	2,25832
1988	2,10600
1989	1,95527
1990	1,83455
1991	1,70244
1992	1,61256
1993	1,54760
1994	1,48140
1995	1,39365
1996	1,34450
1997	1,29647
1998	1,25719
1999	1,22402
2000	1,18909
2001	1,16681
2002	1,13450
2003	1,10468
2004	1,06601
2005	1,04472
2006	1,00000

Art. 2. - Ces dispositions s'appliquent aux pensions pour lesquelles le droit est ouvert à compter du 1^{er} janvier 2007.

Tunis, le 6 février 2007.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger

Ali Chaouch

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi

Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des médecins de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins libéraux.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu la loi n° 91-21 du 13 mars 1991, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecins et de médecins dentistes,

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 12,

Vu le décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale,

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant détermination de l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-2978 du 8 novembre 2005, fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins et notamment ses articles 4 et 11,

Vu l'arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 22 février 2006, portant approbation de la convention cadre régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins de libre pratique.

Arrête:

Article premier. - Sont approuvées, la convention sectorielle des médecins de libre pratique et ses annexes ci-jointes, annexées au présent arrêté, conclues entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins de libre pratique, en date du 19 décembre 2006.

Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 6 février 2007.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger

Ali Chaouch

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi

**CONVENTION SECTORIELLE
DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE**

Décembre 2006

1

**La Caisse Nationale d'Assurance Maladie,
désignée dans ce qui suit par le terme « caisse »,
représentée par son Président Directeur Général ;**

d'une part

**Le syndicat tunisien des médecins libéraux,
représenté par son Secrétaire Général ;**

d'autre part

Compte tenu de la place prioritaire et de l'importance de la santé en tant que facteur majeur de bien être du citoyen ;

Compte tenu de la convergence des vues sur les objectifs de la réforme d'assurance maladie notamment en matière d'accessibilité aux services de santé, d'équité et d'égalité devant la maladie, de transparence des rapports entre les parties prenantes et de respect des équilibres économiques globaux ;

Renouvelant leur adhésion aux principes de la réforme d'assurance maladie tels que définis par le Conseil Ministériel Restreint du 16 février 1996 et concrétisés par la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004 instituant un régime d'assurance maladie ;

Considérant l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit comme étant l'un des principaux objectifs de l'assurance maladie ;

Considérant qu'un système de financement viable constitue un élément essentiel dans la réalisation des objectifs de santé et la consolidation des acquis en la matière ;

Conscients que l'impératif d'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et la nécessité de rationaliser les dépenses exigent la mise en œuvre d'un système basé sur l'option de maîtrise médicalisée axée principalement sur la coordination des soins et la rationalisation des prescriptions des médicaments et des soins secondaires dans le cadre du respect des « références médicales consensuelles » ;

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupe le médecin exerçant dans le secteur libéral en tant que dispensateur et prescripteur de soins et son rôle dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses ;

Se référant à la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004, à ses textes d'application et aux différents autres textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation et la déontologie des professions de santé ainsi qu'à la convention cadre conclue le 4 février 2006 entre la caisse et les organisations représentatives des différentes catégories des fournisseurs de soins, approuvée par l'arrêté du Ministre des affaires sociales de la solidarité et des tunisiens à l'étranger en date du 22 février 2006 ;

Concrétisant leur volonté de bâtir des relations basées sur un partenariat conscient et responsable ;

Les parties signataires s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs nationaux en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs à la qualité des soins et à leur coût et à servir les bénéficiaires et leur fournir les prestations que leur confère le régime d'assurance maladie dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

Titre I : Définitions

Aux fins d'application de la présente convention, il est entendu par les expressions suivantes ce qui suit :

Accès aux soins : L'accès aux soins implique le pouvoir pour l'utilisateur d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les acteurs de la santé d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Accord préalable : Procédure qui conditionne la couverture par la caisse de certains soins, médicaments ou appareillages par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation.

La liste des prestations soumises à l'accord préalable est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Affections Prises en Charge Intégralement (APCI) : Affections chroniques et/ou nécessitant des soins lourds et coûteux telles que fixées par l'arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Assuré social : Toute personne, en activité ou titulaire d'une pension, couverte par l'un des régimes de sécurité sociale relevant du champ d'application du régime de l'assurance maladie.

Bénéficiaire : Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins au titre du régime de l'assurance maladie ; il peut s'agir de l'assuré social lui-même ou de l'un de ses ayants droit.

Centre de référence : Centre régional ou local de la caisse désigné par le médecin conventionné dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la caisse; le médecin s'y réfère dans ses relations avec la caisse et notamment pour lui adresser ses notes d'honoraires.

Contenu du régime de base, panier de soins: Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés. Le contenu du régime de base est fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Continuité des soins : Processus qui consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre les fournisseurs des soins ambulatoires et hospitaliers. C'est un facteur essentiel de qualité des soins.

Convention (sectorielle) : Contrat passé entre la CNAM et les représentants d'une profession de santé du secteur libéral. Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment les honoraires que peut percevoir un soignant (médecin, médecin dentiste, etc.) pour ses actes (honoraires opposables ou conventionnels).

Ces honoraires servent de base au calcul pour le remboursement de l'assuré ou le paiement du fournisseur de soins conventionné.

La convention fixe les droits et obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention est soumise à l'approbation du Ministre chargé de la sécurité sociale et publiée au journal officiel de la république tunisienne par arrêté dudit Ministre.

Dénomination Commune Internationale (DCI) : Dénomination qui permet d'identifier chaque principe actif d'un médicament (c'est à dire celui de la molécule contenue dans le médicament) à l'aide d'un langage commun au niveau mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande son utilisation.

Décision de prise en charge : Accord donné par la caisse en vue de procéder au règlement d'un assuré ou du fournisseur au titre de certains soins dès lors que la personne remplit les conditions médicales et administratives requises.

Demande d'accord préalable : Imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour certains actes, médicaments ou appareillages ; le malade l'adresse à la caisse nationale d'assurance maladie, qui doit y répondre dans les délais fixés par la réglementation. Certaines demandes d'accord préalable sont spécifiques à certaines prestations.

Dossier santé : Support mis à la disposition du bénéficiaire et destiné à comporter un relevé des notes inscrites par le médecin consulté ainsi que les comptes rendus des bilans et des explorations qui lui ont été pratiqués. Il constitue un outil essentiel de la continuité des soins : il permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.

Feuille de soins ou bulletin de soins : Support normalisé que tout professionnel de santé conventionné doit remplir et délivrer au patient afin de lui permettre de percevoir les remboursements auxquels il peut prétendre.

Honoraires conventionnels : Honoraires perçus par le professionnel de santé en contre partie des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance maladie ; ces honoraires sont établis par convention entre la caisse et le syndicat d'une profession de santé.

Hospitalisation classique (séjour hospitalier) : Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclut le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d'Urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

Hospitalisation de jour : Prise en charge d'un malade dans un établissement sanitaire, qui, sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. L'hospitalisation de jour couvre aussi bien les investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que les soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Identifiant unique du bénéficiaire (ou matricule) : Numéro attribué par la sécurité sociale au bénéficiaire en vue de son identification. Son inscription par le professionnel conventionné sur les formulaires de l'assurance maladie est obligatoire pour deux raisons :

- Il constitue vis-à-vis de la caisse une preuve de la vérification de l'identité du malade par le professionnel de santé,
- Il constitue le principal moyen pour la caisse d'identifier l'assuré ou son ayant droit concerné par la prestation.

Lettre clé : Codage permettant d'identifier un acte médical et possédant une valeur exprimée en unité monétaire. Ce signe est porté par le professionnel de santé sur les feuilles de soins, suivi d'un coefficient valorisant l'acte pratiqué.

Médecin conventionné : Médecin ayant adhéré à la convention sectorielle des médecins et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles dont notamment celles concernant les honoraires. Les actes et les prescriptions effectués par le médecin non conventionné ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

Médicament générique : Médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament original et, si nécessaire, dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Un médicament générique contient donc la même molécule, est administré de la même façon et a les mêmes effets que le médicament original.

Nomenclature Générale des Actes Professionnels : Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre de la santé publique.

Ouverture des droits aux prestations : Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Parcours de soins coordonné : Une modalité d'accès aux différents niveaux de soins dans le secteur privé qui repose sur le choix libre de l'assuré social de ce parcours. L'assuré social informe la caisse de son choix et de la désignation de son médecin traitant de famille acceptant lui-même ce choix. L'option d'un bénéficiaire pour ce parcours constitue un engagement tacite de sa part de ne recourir aux autres fournisseurs de soins que sur orientation de son médecin de famille. Sauf situations exceptionnelles fixées par la réglementation, les soins prodigués en dehors de ce parcours ne sont pas couverts.

Permanence des soins : C'est l'organisation des services de santé en vue de permettre un accès aux soins 24 H/24. Les médecins assurent des gardes dans les services de médecine d'urgence, les pharmaciens s'organisent pour assurer des gardes la nuit ou le week-end.

Praticiens conseils: Praticiens (médecin, médecin dentiste et pharmacien conseils) exerçant au service du contrôle médical de la CNAM.

Prestation en espèce, indemnité journalière, indemnité de maladie : indemnité Versée à un assuré afin de lui procurer un revenu de substitution lorsqu'il se trouve privé de son salaire du fait de la maladie, de la maternité, de l'accident du travail ou de l'invalidité.

Prestations en nature : Couverture des frais médicaux et paramédicaux de médicaments et d'appareillages dispensés au profit de l'assuré ou à l'un de ses ayants droits.

Prise en charge : Couverture par l'Assurance Maladie des frais de soins fournis au bénéficiaire sous forme de remboursement ou de paiement direct à l'établissement ou au professionnel de santé ayant dispensé ces soins.

Professionnel de santé : Tout soignant, exerçant dans le domaine médical (médecin libéral ou hospitalier, médecin dentiste), pharmaceutique ou paramédical (sage-femme, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste...) et tout professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

Professionnel de santé libéral : C'est le professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte en cabinet "de ville" ou en clinique (par opposition au personnel hospitalier) : médecin, chirurgien dentiste, pharmacien, infirmier (e), kinésithérapeute, orthophoniste...

Qualité des soins : La qualité des soins est définie par l'O.M.S. comme:
" Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

Références médicales : Ce sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour accroître les chances de guérison des patient tout en préservant leur sécurité. En Tunisie, ces références sont élaborées par une commission nationale multidisciplinaire placée sous l'égide du ministère de la santé publique. Elles sont communément désignées par « protocoles thérapeutiques » ou « consensus ».

Soins : Tout acte médical ou paramédical ainsi que tout bien de santé (médicaments, appareillages), réalisé ou dispensé par un professionnel de santé et concourant à la prévention, au traitement d'une maladie, à la prise en charge d'un handicap ou à des soins palliatifs.

Soins ambulatoires : Toutes les prestations de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites, les médicaments ainsi que les actes professionnels s'y rattachant.

Système de remboursement des frais : Modalité de prise en charge des frais de soins qui consiste au remboursement par la caisse au profit du bénéficiaire des frais qu'il a dû avancer au titre des prestations qui lui ont été fournies.

Taux de prise en charge : Taux de couverture des frais des soins par la caisse.

Ticket modérateur : Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins, représentant la différence entre les montants des frais dus au titre des prestations de soins prodiguées conformément aux honoraires conventionnels et les montants pris en charge par le régime de base de l'assurance maladie.

Tiers payant : Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

Urgence : Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant au malade qu'au prestataire de soins.

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : Médecins concernés

Article 1 : La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse et les médecins, généralistes et spécialistes, admis à exercer en Tunisie dans le secteur libéral en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur et notamment avec les dispositions relatives à l'exercice de la médecine de libre pratique.

Les dispositions de la présente convention s'appliquent aux médecins, spécifiés à l'alinéa premier, qui y adhèrent dans les conditions et conformément aux procédures citées dans son titre IV.

Article 2 : Est exclu du champ d'application de la présente convention, l'exercice de la médecine dans le cadre de conventions individuelles ou collectives conclues entre les médecins et les entreprises publiques ou privées y compris celles relatives à la médecine du travail.

Article 3 : L'adhésion du médecin à la convention est personnelle et individuelle même s'il exerce dans un cabinet de groupe ou dans le cadre d'une société civile professionnelle.

Article 4 : Les dispositions de la présente convention s'appliquent à l'ensemble des actes que le médecin conventionné effectue ou prescrit dans le cadre de l'assurance maladie et ce indépendamment du lieu de leur accomplissement.

Toutefois, l'application de la présente convention aux soins dispensés dans les établissements sanitaires privés est subordonnée à l'adhésion de ces derniers à la convention sectorielle qui leur est spécifique.

En outre, l'application de la présente convention aux soins dispensés par les médecins conventionnés dans les services de médecine d'urgence exploités par des sociétés civiles professionnelles, est subordonnée à l'adhésion desdites sociétés à cette convention dans les conditions prévues au titre IV.

Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

Article 5 : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires munis d'un support délivré par la caisse autorisant l'accès aux soins dispensés par les médecins conventionnés, selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

Chapitre 3 : prestations couvertes

Section 1 : Dispositions générales

Article 6 : La présente convention couvre toutes les prestations effectuées en ambulatoire ou en hospitalisation conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime de base.

Article 7 : La caisse couvre, dans les conditions prévues à l'article 6 et dans la limite du plafond attribué à chaque assuré social, les frais des soins médicaux ambulatoires, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et selon les honoraires conventionnels annexés à la présente convention.

Article 8 : Les frais relatifs aux prestations médicales accomplies lors des hospitalisations dans les cliniques privées conventionnées sont couverts par la caisse dans la limite d'une liste limitative d'hospitalisations fixée par l'arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Article 9 : La caisse ne couvre pas les frais des prestations de soins fournies ou prescrites aux bénéficiaires dans le cadre de l'exercice mentionné à l'article 2.

Section 2 : Dispositions spécifiques aux Affections Prises en Charge Intégralement (APCI)

Article 10 : La caisse couvre, selon les modalités et les taux spécifiques définis par la réglementation en vigueur, les frais des soins prodigués aux bénéficiaires atteints d'APCI conformément aux protocoles thérapeutiques élaborés sous l'égide du Ministère chargé de la Santé Publique.

Tout soin non-conforme aux protocoles thérapeutiques, dispensé ou prescrit par le médecin conventionné, est obligatoirement soumis par ce dernier à l'accord préalable de la caisse.

Article 11 : En vue de bénéficier des dispositions spécifiques prévues pour les APCI par la réglementation, le bénéficiaire qui en est atteint est tenu de déposer à la caisse un dossier d'admission comportant notamment un rapport médical, sous pli confidentiel émanant du médecin traitant, précisant la nature de l'affection en question.

Article 12 : Après avis du médecin conseil et en cas d'accord, la caisse délivre au bénéficiaire atteint d'APCI un support attestant de cet état et lui ouvrant droit au bénéfice des dispositions spécifiques prévues par la réglementation.

Article 13 : La caisse remet à chaque bénéficiaire atteint d'une APCI un « dossier santé » personnel qu'il est tenu de présenter à chaque médecin qu'il consulte.

Titre III : la coordination des soins

Article 14 : Les parties contractantes oeuvreront pour la mise en place d'un parcours de soins coordonné basé sur le respect d'un recours prioritaire et organisé aux différents niveaux de soins ainsi que sur l'étroite collaboration entre les différents intervenants afin de rationaliser le rôle joué par chacun d'eux et d'optimiser le processus global des soins au profit de la santé du malade.

Article 15 : En concrétisation du principe de coordination des soins, le bénéficiaire qui adhère au parcours défini à l'article 14 est appelé à informer la caisse de son adhésion à ce parcours tout en désignant le médecin généraliste acceptant lui même ce choix et appelé désormais « médecin de famille ». En conséquence à cette entente, le médecin de famille assure vis-à-vis du bénéficiaire concerné le rôle de pivot et constitue à son égard le premier recours aux soins, exception faite des cas suivants :

- consultation d'un pédiatre, d'un gynécologue ou d'un ophtalmologue,
- consultation d'un médecin dentiste,
- consultation par le bénéficiaire atteint d'APCI de son « médecin traitant » et ce dans la limite des prestations et de la périodicité liées à cette affection,
- toute autre situation prévue par la réglementation en vigueur.

Article 16 : La caisse s'engage à respecter le choix de l'assuré social relatif à son médecin de famille et à n'exercer aucune influence sur sa décision en vue de favoriser son inscription auprès d'un médecin ou d'un autre.

Article 17 : Les parties à la présente convention admettent que l'outil principal de la coordination des soins est le « dossier santé » personnel tel que défini dans le titre I.

Article 18 : En application de l'article 17, la caisse est tenue de délivrer à chaque bénéficiaire adhérent au parcours de soins coordonné un « dossier santé » personnel qu'il est tenu de présenter à tout médecin qu'il consulte.

Article 19 : Les frais des soins médicaux ambulatoires relatifs aux maladies ordinaires dispensés au profit des bénéficiaires adhérent au parcours de soins coordonné en respect des règles d'accès spécifiques à ce parcours, sont couverts par la caisse dans la limite des taux de prise en charge et du plafond annuel attribué à l'assuré social en question.

Article 20 : Seront définis par avenant les procédures et les modalités d'application pratique du parcours de soins coordonné de nature à assurer sa réussite et à garantir les objectifs visés par son instauration.

Titre IV : les conditions et les modalités d'adhésion

Section 1 : Dispositions générales.

Article 21 : L'adhésion du médecin à la présente convention vaut son acceptation des obligations qui lui incombent à ce titre et s'engage, de ce fait, à les respecter. L'adhésion permet en outre, au médecin conventionné de bénéficier des droits qui en découlent.

Article 22 : Pour adhérer à la présente convention, le médecin est tenu de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion qui comporte notamment les pièces suivantes :

- Un formulaire d'adhésion à la présente convention dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- une copie conforme de l'autorisation d'ouverture d'un cabinet médical délivrée par le conseil de l'ordre des médecins,
- une copie de la carte d'identité nationale.

La Caisse ne peut refuser le conventionnement d'un médecin exerçant en respect des conditions référencées à l'article premier de la présente convention et ayant déposé un dossier d'adhésion complet et conforme.

Article 23 : La caisse informe le médecin de la suite réservée à son dossier d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les trente jours qui suivent le jour de son dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'expiration du délai cité à l'alinéa premier du présent article et en cas de non réponse de la part de la caisse, la demande d'adhésion est supposée acceptée.

Article 24 : En cas d'acceptation de la demande d'adhésion par la caisse, celle-ci adresse au médecin une notification d'adhésion mentionnant son identité, le code individuel qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de son adhésion ainsi que le « centre de référence ».

Article 25 : Dès la réception de sa notification d'adhésion, le médecin est tenu d'en informer le public en affichant à l'entrée de son cabinet la mention « médecin conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Section 2 : Dispositions spécifiques aux services de médecine d'urgence

Article 26 : Toute société civile professionnelle exploitant un service de médecine d'urgence peut, dans les conditions prévues à l'article 27, adhérer à la présente convention au titre des soins dispensés aux bénéficiaires dans ledit service, en conformité aux dispositions réglementaires en vigueur.

Article 27 : L'adhésion de la société civile professionnelle indiquée à l'article 26 est conditionnée par le conventionnement de tous les médecins associés de la société, ainsi que de tous les médecins qui s'y sont engagés pour assurer régulièrement les gardes.

Article 28 : La société civile professionnelle exploitant un service de médecine d'urgence, qui désire adhérer à la présente convention, est tenue de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion qui comporte notamment les pièces suivantes :

- Un formulaire d'adhésion à la présente convention dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- une copie conforme de l'autorisation d'ouverture du service de médecine d'urgence délivrée par le conseil de l'ordre des médecins,
- la liste des médecins engagés dans le service de médecine d'urgence,
- Un formulaire d'adhésion à la présente convention dûment rempli et signé, pour chaque médecin exerçant à titre exclusif dans le service de médecine d'urgence objet de la demande, accompagné d'une copie de sa carte d'identité nationale.

Article 29 : La caisse est tenue d'informer ladite société civile professionnelle de la suite réservée à son dossier d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les soixante jours qui suivent le jour de son dépôt, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'expiration du délai cité à l'alinéa premier du présent article et en cas de non réponse de la part de la caisse, la demande d'adhésion est supposée acceptée.

Article 30 : En cas d'acceptation de la demande d'adhésion, la caisse délivre à la société concernée une notification d'adhésion.

Article 31 : Dès la réception de la notification d'adhésion mentionnée à l'article 30, la société civile professionnelle est tenue d'en informer le public en affichant à l'entrée du local du service de médecine d'urgence la mention « service de médecine d'urgence conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Article 32 : Dans le cadre de son exercice conventionnel, le médecin demeure tenu par les dispositions légales, réglementaires et déontologiques relatives à l'exercice de sa profession et notamment celles prévues par les articles 3, 8, 13, 14, 17, 19, 27, 28, 33 et 57 du code de déontologie.

Chapitre 1 : l'accès aux soins

Section 1- Dispositions générales

Article 33 : La caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins permettant de les identifier et de déterminer leur droit d'accès aux soins.

Article 34 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès d'un médecin conventionné, ce dernier doit vérifier, notamment :

- l'identité du bénéficiaire,
- la date de validité dudit support,
- l'éventuelle adhésion du malade au parcours de soins coordonné et le code de son médecin de famille.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le médecin s'effectue notamment par l'inscription de son identifiant unique sur tout document le concernant rédigé dans le cadre de l'exercice conventionnel.

Article 35 : La caisse ne couvre que les frais des soins prévus par le régime de base et prodigués en conformité aux modalités et procédures d'accès aux soins prévues par la réglementation en vigueur et le cas échéant à celles spécifiques au parcours de soins coordonné, aux APCI et aux prestations soumises à l'accord préalable.

Toute prestation de soins servie en méconnaissance des dispositions prévues par l'alinéa premier du présent article est inopposable à la caisse.

Section 2- Dispositions spécifiques

1- Le parcours de soins coordonné

Article 36 : Outre les vérifications énumérées à l'article 34, le médecin de famille doit vérifier l'adhésion du bénéficiaire auprès de son cabinet au moment de l'accès aux soins en s'assurant que le code inscrit sur le support d'accès aux soins est bien celui qui lui a été attribué par la caisse au titre de son adhésion à la présente convention.

Article 37 : Le médecin de famille ainsi que tout médecin consulté dans le cadre du parcours de soins coordonné exige du malade son « dossier santé » personnel qu'il consulte et met à jour lors de chaque contact.

Article 38 : Dans le cadre du parcours de soins coordonné et tout en observant les vérifications citées à l'article 34 de cette convention, le médecin spécialiste consulté en second recours doit vérifier que le malade lui a été adressé par son médecin de famille et ce par confrontation entre le code de ce dernier inscrit sur le support d'accès aux soins et celui figurant sur la lettre d'orientation. Dans ce cas, il doit porter la mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF » et apposer son cachet et sa signature à l'angle inférieur gauche du verso de toute ordonnance émise.

Article 39 : Dans les conditions de l'article 38, le médecin spécialiste est tenu d'aviser préalablement le médecin de famille du bénéficiaire en question chaque fois qu'il juge nécessaire d'orienter ce dernier vers une autre consultation spécialisée.

2- L'accès aux soins dans le cadre d'une APCI

Article 40 : Outre le support d'accès aux soins prévu à l'article 31, la caisse délivre au bénéficiaire atteint d'une (de plusieurs) APCI un support spécifique mentionnant notamment le(s) code(s) de cette (ces) dernière(s).

Article 41 : A l'occasion de l'accès aux soins d'un bénéficiaire atteint d'une APCI, le médecin doit s'assurer que ce dernier est muni du support indiqué à l'article 40 et de son dossier santé .

En l'absence du dit support, le bénéficiaire ne peut prétendre au bénéfice des dispositions spécifiques prévues par la réglementation en vigueur au titre de l'APCI. Dans ce cas, seules les dispositions relatives aux maladies ordinaires seront applicables.

En outre, le médecin n'est tenu d'appliquer les dites dispositions spécifiques aux APCI que pour les prestations de soins qui leur sont directement liées et dispensées ou prescrites conformément aux « protocoles thérapeutiques ».

3- Les prestations soumises à l'accord préalable

Article 42 : Avant toute dispensation de soins soumis à l'accord préalable de la caisse, le médecin est tenu d'en informer le bénéficiaire et de lui délivrer une demande d'accord préalable dûment remplie selon modèle fourni par la caisse et un rapport médical, sous pli confidentiel, précisant le diagnostic de l'affection constatée ainsi que la nature exacte de la prestation demandée et son code.

Article 43 : En l'absence d'une décision d'accord valide délivrée par la caisse, les frais des soins soumis à l'accord préalable de cette dernière sont exclusivement à la charge du bénéficiaire. Dans ces conditions, les frais de ces soins ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement que lorsqu'ils ont été dispensés en état d'urgence dûment justifiée et prouvée.

Section 3- La continuité et la permanence des soins

1- La continuité des soins au niveau des cabinets médicaux

Article 44 : En cas d'absence imprévue de plus de trois jours, le médecin conventionné est tenu de se faire remplacer conformément à la réglementation en vigueur et d'en informer le centre de référence de la caisse par lettre déposée directement ou adressée par courrier recommandé avec accusé de réception dans un délai ne dépassant pas les sept jours qui suivent le premier jour d'indisponibilité.

Article 45 : Le médecin doit aviser le centre de référence de la caisse de son congé annuel avant son départ en congé tout en désignant l'identité du médecin remplaçant conformément aux dispositions réglementaires et ce par lettre déposée directement ou adressée par courrier recommandé avec accusé de réception, selon formulaire en annexe.

Article 46 : Dans tous les cas, le médecin remplaçant est tenu de respecter les dispositions de la présente convention au même titre que le médecin conventionné remplacé.

2 – La permanence des soins au niveau des services de médecine d'urgence

Article 47 : les services de médecine d'urgence conventionnés sont tenus d'informer la caisse sans délai, de toute modification intervenant dans la liste des médecins assurant les gardes.

Chapitre 2 : la délivrance des soins

Section 1 : Dispositions générales :

1- La qualité des soins et la maîtrise des dépenses

Article 48 : Etant partenaire au processus de qualité et de maîtrise du coût des soins, le médecin et la caisse oeuvrent à la réalisation des objectifs fixés à ce titre par les instances consultatives conventionnelles ou réglementaires.

Article 49 : Le médecin adhérant à la présente convention s'engage à faire bénéficier ses malades des soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents conformément aux données actuelles de la science et aux « protocoles thérapeutiques ».

Article 50 : A efficacité, qualité et sécurité égales, le médecin opte pour les soins et les médicaments les moins coûteux.

Article 51 : Le médecin s'engage à respecter, dans ses prescriptions de médicaments, les indications médicales pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été délivrée par le Ministère chargé de la santé publique. Toutefois, quant le médecin juge que l'état de santé du malade nécessite la prescription d'un médicament en dehors des indications médicales prévues par l'AMM, il est tenu de le mentionner clairement et lisiblement sur l'ordonnance en apposant la mention « Hors AMM » ou

« HAMM » devant la désignation du médicament en question, et d'aviser le bénéficiaire du caractère non remboursable de ces médicaments.

Article 52 : Conscientes du rôle important que jouent les médicaments génériques dans la maîtrise des dépenses de médicaments, les parties signataires incitent les médecins à leur réserver une part importante dans le volume de leurs prescriptions médicamenteuses.

En outre, elles manifestent leur soutien aux prescriptions des médicaments selon leur Dénomination Commune Internationale (DCI).

2- Les règles de dispensation des soins et de facturation des honoraires

Article 53 : lorsque le médecin réalise des actes ambulatoires à visée thérapeutique ou diagnostique dans des établissements sanitaires privés et en dehors de toute hospitalisation du malade, il ne peut être facturé à ce dernier ou à la caisse que les honoraires découlant de l'application des cotations prévues dans la nomenclature et des honoraires conventionnels. Ainsi, hormis les honoraires du médecin conventionné, toute autre charge au titre desdits actes ne peut être opposée à la caisse ni au bénéficiaire.

Article 54 : La rémunération des actes effectués par le médecin lors d'une hospitalisation classique ou de jour est comprise dans la rémunération de l'hospitalisation elle-même et ce dans les conditions prévues à l'article 85 de la présente convention

Article 55 : A l'exception de l'échographie pratiquée par le médecin spécialiste dans son cabinet, les actes d'imagerie médicale et de rééducation fonctionnelle ainsi que la radiothérapie sont inopposables à la Caisse lorsque le médecin qui les exécute en est lui-même le prescripteur ; il en est de même lorsque le médecin prescripteur (appartenant à l'une des spécialités sus citées) et le médecin exécutant l'acte relèvent de la même spécialité.

Article 56 : Le médecin s'abstient de percevoir du bénéficiaire ou de facturer à la caisse des honoraires lorsqu'il reçoit ses malades dans le cadre de l'interprétation des résultats des explorations prescrites.

Article 57 : En cas de visite à domicile, les frais supplémentaires rémunérant le déplacement du médecin sont exclusivement à la charge du bénéficiaire. Ainsi, le médecin perçoit de ce dernier la totalité de ces frais, indépendamment des modalités de paiement envisagées dans la présente convention.

Article 58 : Dans toutes ses prescriptions, le médecin s'engage à respecter la liberté de choix du malade : de ce fait, il doit se limiter à la désignation de la prestation de soins indiquée sans faire référence à un professionnel de santé ou à une structure sanitaire donnée

Section 2- Règles spécifiques au parcours de soins coordonné

1- Au niveau du médecin de famille

Article 59 : Le médecin de famille constitue, pour les bénéficiaires adhérant au parcours de soins coordonné, et sauf cas d'urgence, l'unique porte d'accès aux soins couverts par le régime d'assurance maladie. De ce fait, il s'engage notamment, au titre des missions qui lui sont confiées en cette qualité, à :

- fournir les soins primaires aux bénéficiaires inscrits auprès de son cabinet,
- orienter ses malades vers les soins secondaires appropriés lorsque leur état de santé l'exige,
- veiller à la coordination des soins entre les divers intervenants dans tout processus de soins concernant ses malades,
- mettre à la disposition des confrères impliqués dans les processus de soins de ses malades les informations utiles permettant d'optimiser leur prise en charge et d'éviter les soins inutiles ,
- veiller à la mise à jour des informations contenues dans le « dossier santé » personnel et y intégrer périodiquement une synthèse des informations transmises par les différents intervenants,

Article 60 : Le médecin de famille se porte responsable de la continuité des soins, vis à vis des bénéficiaires inscrits auprès de son cabinet, aussi bien en période d'activité normale que durant les périodes d'absence exceptionnelle ou de congé annuel et ce, en se conformant aux règles et mécanismes définis dans la présente convention.

2- Au niveau du médecin consulté sur prescription du médecin de famille

Article 61 : Tout médecin conventionné consulté par un malade sur prescription de son médecin de famille est tenu de mentionner sur le « dossier santé » personnel du malade ou, le cas échéant, dans une lettre de liaison destinée au médecin de famille, les résultats de ses examens ainsi que les médicaments, les explorations et les actes prescrits ou effectués.

Section 3 - Règles spécifiques aux malades atteints d'une APCI

Article 62 : Le médecin qui prend en charge un bénéficiaire atteint d'une APCI est tenu de lui délivrer les soins rentrant dans le cadre de l'affection en question en se référant aux protocoles thérapeutiques mentionnés à l'article 10.

Article 63 : Tout médecin consulté par un malade atteint d'une APCI est tenu de mentionner sur son « dossier santé » personnel, les résultats de ses examens ainsi que les médicaments, les explorations et les actes prescrits ou effectués par ses soins.

Article 64 : Lorsque le bénéficiaire atteint d'une APCI est dispensé de l'avance des frais (tiers payant), son « médecin traitant » est tenu de lui appliquer les dispositions spécifiques aux APCI, au titre des soins en rapport avec l'affection en question et dispensés conformément aux « protocoles thérapeutiques ».

En outre, pour les soins qui ne sont pas en rapport avec l'APCI le médecin traitant applique les dispositions relatives aux maladies ordinaires.

Section 4 - Règles spécifiques aux soins dispensés par les services de médecine d'urgence

Article 65 : Les soins dispensés ou prescrits par les médecins dans les services de médecine d'urgence conventionnés, ne sont opposables à la caisse que si la nature de l'affection en question justifie le recours à des soins urgents.

Article 66 : Tout en respectant les conditions prévues à l'article 65, les soins et les prescriptions effectués par les médecins dans les services de médecine d'urgence doivent, dans le cadre de l'exercice conventionnel, se limiter strictement à la prise en charge de l'affection ayant justifié le recours aux soins urgents.

Chapitre 3 : La rédaction des prescriptions médicales et des documents relatifs à la couverture des frais de soins

Section 1 : dispositions communes

Article 67 : Dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le médecin veille à l'exhaustivité des informations qu'il communique à la caisse en vue de faire valoir ses droits ou ceux de ses malades.

Article 68 : Le médecin veille à la clarté des prescriptions médicales et de tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux de ses malades auprès de la caisse.

Il s'engage en outre au stricte usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et selon les règles qui leurs sont prévues. Il s'abstient notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'il examine des bénéficiaires dans le cadre de l'exercice mentionné à l'article 2.

Article 69 : Toute ordonnance relative à la prescription de médicaments, d'analyse ou d'actes diagnostics ou thérapeutiques est délivrée au bénéficiaire par le médecin prescripteur en double exemplaire. L'original de l'ordonnance est destiné à faire valoir les droits auprès de la caisse ; il est ainsi gardé par le bénéficiaire en cas de remboursement sinon par l'exécuteur de l'ordonnance en cas de tiers payant. La copie de l'ordonnance qui porte la mention « DUPLICATA » est conservée par le bénéficiaire.

Article 70 : L'ordonnance médicale doit comporter, outre les mentions prévues par la réglementation en vigueur, le numéro d'identification du médecin prescripteur conventionné (code attribué par la caisse) ainsi que l'identifiant unique du malade et sa qualité, selon les modalités précisées en annexe.

Article 71 : L'ordonnance porte toujours la date de son établissement.

Section 2 : Règles spécifiques à la rédaction des prescriptions médicales

1- La prescription de soins pour les bénéficiaires atteints d'une APCI

Article 72 : Pour les bénéficiaires atteints d'APCI, la prescription des soins (médicaments, analyses, bilans radiologiques, actes médicaux) doit être rédigée sur un formulaire spécifique appelé « ordonnance bizona » comportant deux parties :

- une partie destinée à la prescription des soins en rapport avec l'APCI,
- une partie réservée à la prescription éventuelle d'autres soins en rapport avec des maladies intercurrentes.

La caisse met à la disposition des médecins conventionnés et à leur demande, un ordonnancier bizona selon le modèle joint en annexe.

L'ordonnance bizona comporte outre les mentions prévues à l'article 70, le code de la (ou des) APCI pour laquelle (pour lesquelles) les soins ont été prescrits.

Article 73 : Il ne peut être fait usage des ordonnances bizona pour une prescription de soins exclusivement en rapport avec une maladie intercurrente, y compris pour les bénéficiaires atteints d'APCI.

2- La prescription de médicaments

Article 74 : Dans ses prescriptions de médicaments au profit des bénéficiaires, le médecin conventionné observe les dispositions réglementaires et déontologiques relatives aux ordonnances médicamenteuses.

Article 75 : Le médecin précise sur l'ordonnance et pour chaque médicament, la quantité journalière exprimée en unités ainsi que la durée globale du traitement qui ne peut excéder trois mois.

Toutefois, lorsque la durée du traitement dépasse un mois la prescription de médicaments est portée sur plus d'une ordonnance couvrant chacune une durée maximale d'un mois.

Article 76 : Lorsque le médicament prescrit est soumis à l'accord préalable de la caisse, le médecin est tenu de remplir le formulaire spécifique prévu à cet effet et de le remettre au malade accompagné d'un rapport médical circonstancié sous pli confidentiel et des pièces justificatives nécessaires.

3- Les autres règles spécifiques

i. Prescriptions d'actes de soins

Article 77 : Toute prescription d'acte de soins doit comporter le libellé de l'acte conformément à la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 78 : Sauf cas d'urgence, toute prescription d'acte de soins doit être établie préalablement à la réalisation de l'acte en question.

ii. *Prescriptions d'appareillage*

Article 79 : Les prescriptions d'appareillages doivent être rédigées sur les formulaires destinés à cet effet et comporter le(s) code(s) des appareillages indiqués, conformément à la nomenclature prévue par le régime de base.

iii. *Prescriptions d'arrêt de travail*

Article 80 : Toute prescription d'arrêt de travail dans le cadre de l'assurance maladie, pour maladie ou maternité, doit être rédigée sur le formulaire destiné à cet effet en veillant à mentionner toutes les informations indiquées sur ledit formulaire.

Section 3 : Règles spécifiques à la rédaction des mémoires d'honoraires

Article 81 : Les mémoires d'honoraires sont établis, selon les modalités de paiement du médecin et dans les conditions prévues par la présente convention, comme suit :

- cas de paiement direct par le bénéficiaire : le médecin indique sur la feuille de soins les honoraires perçus ainsi que la nature des actes effectués en mentionnant leur code conformément à la nomenclature générale des actes professionnels.
- cas de tiers payant (paiement par la caisse) : le médecin indique ses honoraires conformément aux règles prévues à l'article 87 ; il est tenu de mentionner le code de chaque acte effectué, les montants des honoraires dus par la caisse ainsi que le montant du ticket modérateur perçu du bénéficiaire.

**Chapitre 4 : Les modes de transmission
et d'échange des données**

Article 82 : Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention la mise en place d'un système d'information permettant l'échange électronique des données entre la caisse et les médecins conventionnés.

Articles 83 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 82 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées par avenant à la présente convention.

Chapitre 1 : Les modes de rémunération des médecins

Article 84 : Pour tous les soins ambulatoires (consultations, visites et actes) qu'il dispense aux bénéficiaires en respect des termes de la présente convention, le médecin est rémunéré à l'acte et dans la limite des honoraires annexés à la présente convention.

Article 85 : Pour les actes qu'il effectue à un bénéficiaire lors d'une hospitalisation classique ou de jour dans un établissement sanitaire, le médecin (ou l'équipe médicale) est rémunéré(e) dans le cadre des forfaits réservés à l'hospitalisation conformément à l'accord relatif à chaque type d'hospitalisation, établi entre la caisse et les syndicats des établissements sanitaires privés, des médecins libéraux et des biologistes ; toutefois ladite rémunération est servie directement par la caisse au médecin conventionné concerné.

Chapitre 2 : Les modalités de paiement des médecins

Section 1: Le paiement direct par le bénéficiaire (système de remboursement)

Article 86 : Dans le cadre du système de remboursement des frais de soins, le médecin consulté perçoit l'intégralité de ses honoraires en application des honoraires conventionnels, du bénéficiaire qui se fait rembourser ultérieurement par la caisse.

Section 2- Le paiement direct par la caisse (système de tiers payant)

Article 87 : Dans le cadre du tiers payant, la caisse procède au paiement direct des médecins conformément aux honoraires conventionnels, aux taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel fixé par la réglementation en vigueur pour chaque assuré social.

Article 88 : Dans le cadre du tiers payant, l'assuré social est tenu de verser directement au médecin le montant du ticket modérateur à sa charge en application des taux de prise en charge fixés par le régime de base.
Les montants payés par l'assuré social sous forme de ticket modérateur sont déduits des sommes dues au médecin par la caisse en application des honoraires conventionnels.

Article 89 : Par dérogation au principe du plafonnement des frais des soins ambulatoires énoncé à l'article 7, les frais de même nature associés à une affection classée parmi la liste des APCI sont exclus du plafond.

Article 90 : La caisse mettra en place les outils et les procédures de nature à établir le droit des bénéficiaires à disposer des prestations sanitaires et à garantir que l'assuré social n'a pas dépassé le plafond de prise en charge des soins.

Article 91 : En vue de se faire payer, le médecin doit déposer auprès du « centre de référence » une note d'honoraires selon modèle fourni par la caisse relative aux actes effectués aux bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacun d'eux :

- la date de dispensation des soins,
- l'identifiant unique de l'assuré
- l'identité du bénéficiaire et sa qualité,
- la nature et le code de chaque acte effectué,
- le montant du ticket modérateur perçu,
- le montant à la charge de la caisse,
- la période couverte par la note.

Le médecin indique également dans la note d'honoraires le montant global facturé à la caisse écrit en toutes lettres.

Article 92 : Lorsque le médecin spécialiste dispense des soins dans le cadre du parcours de soins coordonné, il joint à la note d'honoraires pour chacun des bénéficiaires concernés, la note d'orientation rédigée par leur médecin de famille.

Article 93 : La note d'honoraires est transmise au « centre de référence », directement, par courrier recommandé avec accusé de réception ou par tout autre moyen sécurisé dont il sera convenu.

La note d'honoraires ne peut en aucun cas comporter des actes effectués en dehors de la période qu'elle couvre.

Par ailleurs, la période couverte par une note d'honoraires ne doit pas faire l'objet, même partiellement, d'une note d'honoraires antérieure.

Article 94 : La caisse procède au paiement du médecin dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date de réception de la note d'honoraires et ce par virement bancaire ou postal au compte indiqué dans le dossier d'adhésion.

Article 95 : Dans les 30 jours qui suivent la réception de chaque note d'honoraires, la caisse adresse au médecin concerné une lettre d'information précisant notamment le montant, la date et la référence du virement effectué à son profit ainsi qu'une note explicative des prestations payées ou éventuellement contestées.

Article 96 : En cas de non paiement du médecin après le délai de 30 jours qui suit la réception de sa note d'honoraires et sur sa demande, la caisse procède dans les 48 heures qui suivent, au paiement d'une avance de 80% du montant total de ladite note d'honoraires.

Article 97 : Se considérant lésé suite à un non paiement total ou partiel de sa note d'honoraires, le médecin peut demander le réexamen de son dossier auprès du centre de référence de la caisse.

Chapitre 3 : Les honoraires conventionnels

Article 98 : Les honoraires conventionnels des consultations et des actes effectués par les médecins dans le cadre de la présente convention sont définis dans son annexe.

Ces honoraires sont opposables aux parties aussi bien en cas de paiement direct du médecin par le bénéficiaire qu'en cas de tiers payant.

Article 99 : Le médecin n'est, en aucun cas et sous quelque forme que ce soit, autorisé à pratiquer vis à vis des bénéficiaires de l'assurance maladie des honoraires supérieurs aux honoraires conventionnels définis à l'article 98 de cette convention. Tout dépassement desdits honoraires est passible des mesures et sanctions prévues par la présente convention.

Titre VII : Le contrôle médical

Article 100 : Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et des références médicales désignées dans l'article 49 de la présente convention et le cas échéant, sur la base des normes, des protocoles thérapeutiques élaborées sous l'égide du Ministère chargé de la santé publique et des références médicales communément admises.

Article 101 : Lors de l'exercice des missions qui leurs sont confiées en vertu de la réglementation en vigueur et notamment du décret N° 2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif aux modalités et aux procédures du contrôle médical, les médecins conseils veillent, dans le respect des dispositions prévues par le code de déontologie médicale et des devoirs de confraternité, à l'établissement de relations de partenariat avec leurs confrères les médecins conventionnés.

Article 102 : Dans le cadre des missions qui leurs sont confiées et en respect de la réglementation en vigueur et des dispositions de la présente convention, les médecins conseils observent avec rigueur les mesures à même de faciliter l'accès des bénéficiaires aux soins médicaux dispensés par les médecins conventionnés.

Pour sa part, le médecin conventionné contribue à la réalisation de cet objectif en communiquant au médecin conseil, tous les renseignements et les documents relatifs aux prestations de soins en questions et qui lui sont nécessaires à la bonne exécution de sa mission.

Article 103 : Le médecin conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du médecin conseil.

Article 104 : Sauf manquement grave aux dispositions réglementaires ou conventionnelles, le médecin conseil et le médecin conventionné doivent, en cas de litige ou de divergence de leur point de vue, privilégier les solutions concertées et les règlements à l'amiable préalablement aux voies de recours prévues par les dispositions réglementaires et conventionnelles.

Article 105 : Les médecins conseils, s'engagent à apporter à leurs confrères conventionnés toute information utile à l'exercice conventionnel de leur profession et notamment celles relatives à la réglementation dans le domaine sanitaire et social.

Titre VIII : le suivi de la relation conventionnelle et le règlement des litiges

Article 106 : Conformément au décret n° 2005-3154 du 12 décembre 2005 relatif aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de soins et la caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du médecin qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, toutes les mesures de nature à conserver ses droits. Ces mesures varient selon la nature et la gravité de l'infraction commise comme indiqué dans l'article 110 de cette convention.

Article 107 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration de commissions paritaires régionales chargées, selon leur domaine de compétence, du suivi des différents aspects de la convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes.

Article 108 : Le médecin qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire régionale territorialement compétente ou le cas échéant devant la commission sectorielle nationale conformément aux conditions et aux modalités prévues par le décret régissant les relations conventionnelles et celles énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

Article 109 : En sus du recours aux commissions régionales et à la commission nationale, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 110 : La caisse peut prendre à l'encontre du médecin qui fait défaut à ses obligations conventionnelles une ou plus des mesures suivantes :

- **Le rappel à l'ordre** par écrit indiquant le manquement du médecin et l'invitant à le corriger.
- **La suspension du paiement** du médecin dans la limite du coût de la prestation objet du litige et la notification de cette mesure à l'intéressé dans un délai de 15 jours.

Chapitre 2 : Le droit de recours du médecin

Article 111 : En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le médecin dispose du droit de recours devant la commission paritaire régionale territorialement compétente.

Article 112 : Le médecin qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la caisse, peut saisir la commission paritaire régionale en vue de réexaminer la dite décision et ce par demande écrite au nom du président de la commission et adressée au centre régional où siège cette dernière.

Article 113 : Après recours devant la commission paritaire régionale, le médecin pourrait demander l'examen de la décision devant la commission sectorielle nationale par lettre recommandée adressée au nom de son président.

Chapitre 3 : Les commissions paritaires régionales (CPR)

Article 114 : Il est institué cinq commissions paritaires régionales dans les régions de Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja, chargées de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les médecins conventionnés. Ces commissions constituent un premier recours avant l'éventuelle soumission du litige à la commission nationale.

Les parties peuvent convenir par avenant de l'extension de ces commissions.

Article 115 : Sans compromettre l'obligation des commissions régionales d'explorer toutes les voies d'arrangement à l'amiable entre les parties au litige, les décisions de ces commissions revêtent un aspect purement consultatif.

▪ Mission et composition

Article 116 : Les commissions paritaires régionales constituent un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Leur mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

Article 117 : La composition des dites commissions régionales est fixée comme suit :

- Trois représentants du syndicat le plus représentatif des médecins libéraux , désignés par ledit syndicat ;
- Trois représentants de la caisse désignés par son président directeur général.

Chaque partie désigne pour chaque membre son suppléant.

Article 118 : Chaque partie désigne ses membres représentants auprès de chacune des commissions paritaires régionales dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention et en informe l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

▪ Modalités de fonctionnement

Article 119 : Chaque commission paritaire régionale est appelée à se réunir au moins une fois par mois. Toutefois, elle peut, en dehors de la périodicité indiquée, se réunir sur initiative de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire.

La CPR siège au Centre Régional de la caisse du chef lieu du gouvernorat concerné (Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja) qui assure son secrétariat.

Article 120 : La première réunion de la commission paritaire régionale se tient sur convocation du chef du centre régional de la caisse, lieu de son siège, dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la convention.

Article 121 : La commission paritaire régionale désigne lors de sa première réunion et pour une période de six mois un président et un vice président parmi ses membres selon les règles suivantes :

- la présidence est fixée par alternance entre le syndicat et la caisse. Ainsi, deux présidents successifs ne peuvent appartenir à une même partie.
- Le président et le vice président désignés pour une même période ne peuvent appartenir à la même partie.

Article 122 : En cas d'absence du président, le vice président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

Article 123 : La commission ne peut délibérer concernant un dossier inscrit pour la première fois à son ordre du jour qu'après réunion d'au moins quatre de ses membres. A défaut du quorum indiqué, l'examen du dossier en question est reporté à une deuxième réunion que la commission devrait tenir au 7^{ème} jour qui suit la date de la première réunion. Quant cette échéance ne coïncide pas avec un jour ouvrable, la date de la réunion est fixée au premier jour ouvrable qui y succède. Dans ce cas, la commission délibère légalement quelque soit le nombre des présents lors de cette deuxième réunion.

Article 124 : L'ordre de jour des réunions de la commission est arrêté par son président qui doit y inscrire, en fonction de leur priorité, les problématiques qui lui sont formulées par écrit par la caisse ou par l'un des médecins conventionnés.

Article 125 : Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu dans l'article 123 de la présente convention, le président de la commission est tenu d'informer ses membres de chaque réunion programmée avant au moins 7 jours de la date qui lui est prévue. La lettre d'information doit être accompagnée de l'ordre du jour de la réunion et d'une copie des dossiers qui y seront examinés.

Article 126 : Le président de la commission saisi d'une requête est tenu d'informer le médecin concerné de la date d'examen de son dossier avant au moins 7 jours de la réunion de la commission. Il peut aussi et en cas de besoin le convoquer.

Article 127 : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

Article 128 : Durant l'exercice de la mission qui lui est attribuée et en vue de rationaliser ses décisions, la commission peut en cas de besoins, procéder aux investigations et aux travaux d'expertise qu'elle juge nécessaires.

Article 129 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Titre IX : La formation médicale conventionnelle

Article 131 : Considérant la Formation Médicale Continue (FMC) comme outil fondamental de la qualité des soins ainsi que de la maîtrise médicalisée des dépenses qui en découlent, les parties signataires s'engagent à la promouvoir dans le cadre conventionnel.

Article 132 : Les parties fixent d'un commun accord les thèmes, les modalités pratiques ainsi que la contribution de chacune d'elles dans les actions de FMC qu'elles conviennent d'entreprendre.

Article 133 : Le syndicat incite les médecins conventionnés à participer aux actions de FMC selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

Titre X : L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 134 : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures éventuelles qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

Titre XI : Dispositions transitoires

Article 135 : En attendant la mise en place des mesures nécessaires à la coordination des soins, l'assuré non inscrit au parcours de soins coordonné bénéficie, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, de la couverture des soins dans le secteur libéral conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et aux termes applicables de cette convention.

Article 136 : Les dispositions de l'article 96 ne sont applicables qu'à partir du deuxième semestre qui suit l'entrée en vigueur de la présente convention.

Titre XII : Révision de la convention et procédures de renonciation

Chapitre 1 : Durée de la convention et procédure de sa révision

Article 137 : La présente convention est conclue pour une durée de six ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

La dénonciation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception destinée à l'autre partie dont une copie est adressée au Ministre chargé de la sécurité sociale pour information.

Article 138 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 137, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

Article 139 : L'annexe fixant les honoraires conventionnels précise en outre la périodicité et les critères de leur révision.

Chapitre 2 : Procédure de résiliation, de renonciation et de ré adhésion à la convention

Section 1 : L'interdiction de l'exercice de la médecine

Article 140 : Toute sanction prononcée par une instance ordinale ou juridictionnelle à l'encontre d'un médecin conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne systématiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis du médecin concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Section 2 : La renonciation et la ré adhésion

Article 141 : Tout médecin peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du médecin prend effet le 91^{ème} jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Article 142 : Le médecin qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable, vis à vis de la caisse et des bénéficiaires, de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au médecin en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

En outre, vis-à-vis du médecin qui a mis fin à son adhésion à la présente convention la caisse est tenue de respecter ses obligations conventionnelles et ce au titre de exercice conventionnel du médecin concerné antérieur à sa cessation d'adhésion.

Article 143 : Un médecin ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés à son exercice conventionnel antérieure et exécution des éventuelles sanctions prises à son encontre par la caisse ou par les instances conventionnelles ou juridictionnelles.

Tout en observant les dispositions de l'alinéa premier du présent article, l'adhésion après renonciation, ne peut être faite qu'après une année au moins de la date d'effet de la renonciation et obéit aux mêmes règles de l'adhésion initiale.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Libéraux**

Mohamed Rabeah CHAIBI

LES ANNEXES

ملحق 1

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن
والتونسيين بالخارج
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب

إني الممضي أسفله:

الاسم:.....
اللقب:.....
اللقب قبل الزواج (البنات):.....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الممارسة الحرة بتاريخ

وبصفتي: طبيب عام طبيب مختص الإختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة:

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة:.....
المدينة:.....
الترقيم البريدي
الهاتف:.....
الفاكس:.....
العنوان الإلكتروني:.....

أطلب انخراطي في الاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء فيها من مقتضيات.
المركز المرجع**.....

في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- شهادة من العمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة
- كشف في الهوية البنكية أو البريدية (RIB)

* أذكر الإختصاص إن كان لديكم إختصاص معترف به من قبل العمادة.
** الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجع (centre de référence) الذي ترغبون في اللجوء إليه في كل معاملاتكم مع الصندوق .

الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط بالاتفاقية

شركة مهنية لاستغلال مصلحة للطب الاستعجالي

إني الممضي أسفله ، الاسم :
اللقب:.....

لقب البنت قبل الزواج:

المعرف المهني التعاقدية :

بصفتي وكيل الشركة المدنية المهنية لاستغلال مصلحة للطب الاستعجالي المسماة.....

الكائن ب.....

المدينة: الترقيم البريدي :

رقم الهاتف : المصلحة :.....الجوال :

العنوان الإلكتروني:.....

أطلب انخراط الشركة المذكورة أعلاه في الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين

على المرض و النقابة التونسية لأطباء الممارسة الحرة بتاريخ.....،

والتزم باحترام كل ما جاء فيها من مقتضيات.

الأطباء الشركاء	
الاسم واللقب	المعرف المهني التعاقدية

.....في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة مطابقة للأصل من ترخيص العمادة لاستغلال مصلحة للطب الاستعجالي.
- بالنسبة للأطباء غير المتعاقدين: مطلب انخراط في الاتفاقية مصحوبا بالوثائق الضرورية.
- قائمة الأطباء الملتمسون بالمشاركة في نشاط المصلحة.

الصندوق الوطني للتأمين على المرض

إعلام بالتعويض

الاسم :

اللقب:.....

المعرف المهني التعاقدى :

التعويض : أولي تمديد

المدة : من إلى.....

سبب التعويض : غياب لأسباب طارئة :

راحة سنوية :

الطبيب المعوض :

الاسم :

اللقب:.....

متعاقد : نعم المعرف المهني التعاقدى :

لا رقم التسجيل بالعمادة :

..... في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

نسخة من بطاقة التعريف الوطنية بالنسبة للطبيب المعوض غير المسجل بالعمادة.

Annexe 4

Docteur (nom, prénom) {الاسم واللقب} الدكتور
Spécialité الاختصاص
Adresse العنوان
Tél : الهاتف :

Code conventionnel										المعرف التعاقدي
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

ORDONNANCE MEDICALE

Mr, Mme (nom, prénom du bénéficiaire) {الاسم واللقب} المنتفع

Identifiant unique										المعرف الوحيد
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

Date : __ / __ / ____
Cachet + signature du médecin prescripteur

Honoraires conventionnels relatifs aux actes médicaux réalisés en ambulatoire

Article premier : Les parties conviennent de l'application des honoraires conventionnels indiqués dans le tableau ci-dessous.

Actes		Honoraires (en dinars)		
Désignation	Définition	2007	2008	2009
C	Consultation du médecin généraliste	15,000	15,000	15,000
Cs	Consultation du médecin spécialiste	25,000	25,000	25,000
Cpsy	Consultation au cabinet du médecin psychiatre	30,000	30,000	30,000
KE (1 < KE < 41)	Acte de spécialité pratiqué par un médecin dans la limite de ses compétences	2,000	2,000	2,000

Article 2 : Les parties conviennent de fixer dans les plus brefs délais, les honoraires conventionnels relatifs aux actes ambulatoires médicaux et chirurgicaux non énumérés au tableau ci-dessus. Elles conviennent également de fixer ultérieurement les honoraires des médecins relatifs aux actes en rapport avec les hospitalisations dans le cadre des forfaits négociés entre les parties concernées (CNAM-STML-Syndicats représentant les cliniques et les laboratoires d'analyses médicales). Les honoraires des médecins seront séparés des paiements accordés aux cliniques et autres prestataires de soins.

Article 3 : Les parties conviennent que les dispositions de la présente convention s'appliquent après accord sur les honoraires conventionnels correspondant au calendrier des pathologies et actes admis à l'application, au fur et à mesure, d'un programme annuel au moins. En cas de désaccord sur la détermination des honoraires conventionnels restés en suspens, les deux parties se réservent le droit de demander la dénonciation totale ou partielle de la présente convention.

Article 4 : Les parties conviennent de la révision, avant la fin 2009, des honoraires conventionnels indiqués à l'article premier du présent annexe, compte tenu des indicateurs économiques relatifs à l'évolution du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) et du taux d'inflation.

Cette révision ne prendra effet qu'à partir du premier janvier 2010.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Libéraux**

Mohamed Rabeh CHAIBI

Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des biologistes de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat national des biologistes de libre pratique.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu la loi n° 2002-54 du 11 juin 2002, relative aux laboratoires d'analyses médicales,

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 12,

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant détermination de l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-2978 du 8 novembre 2005, fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins et notamment ses articles 4 et 11,

Vu l'arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 22 février 2006, portant approbation de la convention cadre régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins de libre pratique.

Arrête :

Article premier. - Sont approuvées, la convention sectorielle des biologistes de libre pratique et ses annexes ci-jointes, annexées au présent arrêté, conclues entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des biologistes de libre pratique, en date du 19 décembre 2006.

Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 6 février 2007.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger

Ali Chaouch

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi



**CONVENTION SECTORIELLE
DES LABORATOIRES
D'ANALYSES MEDICALES**

Décembre 2006

**La Caisse Nationale d'Assurance Maladie,
désignée dans ce qui suit par le terme « caisse »,
représentée par son Président Directeur Général ;**

d'une part

**Le Syndicat National des Biologistes de Libre Pratique,
représenté par son Secrétaire Général ;**

d'autre part

Compte tenu de la place prioritaire et de l'importance de la santé en tant que facteur majeur de bien être du citoyen ;

Considérant qu'un système de financement viable constitue un élément essentiel dans la réalisation des objectifs de santé et la consolidation des acquis en la matière ;

Compte tenu de la convergence des vues sur les objectifs de la réforme d'assurance maladie notamment en matière d'accessibilité aux services de santé, d'équité et d'égalité devant la maladie, de transparence des rapports entre les parties prenantes et de respect des équilibres économiques globaux ;

Renouvelant leur adhésion sans réserve aux principes de la réforme d'assurance maladie tels que définis par le Conseil Ministériel Restreint du 16 février 1996 et concrétisés par la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004 instituant un régime d'assurance maladie ;

Considérant l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit comme étant l'un des principaux objectifs de l'assurance maladie ;

Conscients que l'impératif d'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et la nécessité de rationaliser les dépenses exigent la mise en œuvre d'un système basé sur l'option de maîtrise médicalisée axée principalement sur la coordination des soins et la rationalisation des prescriptions des médicaments et des soins secondaires dans le cadre du respect des « références médicales consensuelles » ;

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupent les laboratoires d'analyses médicales dans le secteur libéral en tant que dispensateurs de soins et son rôle dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses ;

Se référant à la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004, à ses textes réglementaires et aux différents autres textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation et la déontologie des professions de santé et ceux régissant les laboratoires d'analyses médicales ainsi qu'à la convention cadre conclue le 4 février 2006 entre la caisse et les organisations représentatives des différentes catégories des fournisseurs de soins, approuvée par l'arrêté du Ministre des affaires sociales de la solidarité et des tunisiens à l'étranger en date du 22 février 2006 ;

Concrétisant leur volonté de bâtir des relations basées sur un partenariat conscient et responsable ;

Les parties signataires s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs aux règles de bonnes pratiques des analyses médicales et à leur dispensation rationnelle et à servir les bénéficiaires couverts par le dit régime dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

Titre I- Définitions

Aux fins d'application de la présente convention, il est entendu par les expressions suivantes ce qui suit :

Accès aux soins : L'accès aux soins implique le pouvoir pour l'utilisateur d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les acteurs de la santé d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Accord préalable : Procédure qui conditionne la couverture par la caisse de certains soins, médicaments ou appareillages par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation.

La liste des prestations soumises à l'accord préalable est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Affections Prises en Charge Intégralement (APCI) : Affections chroniques et/ou nécessitant des soins lourds et coûteux telles que fixées par l'arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Assuré social : Toute personne, en activité ou titulaire d'une pension, couverte par l'un des régimes de sécurité sociale relevant du champ d'application du régime de l'assurance maladie.

Bénéficiaire : Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins au titre du régime de l'assurance maladie ; il peut s'agir de l'assuré social lui-même ou de l'un de ses ayants droit.

Bonnes pratiques de laboratoire : Ensemble de règles couvrant le processus analytique, son environnement et sa surveillance en vue de garantir la fiabilité des résultats d'analyses tout en assurant la sécurité du personnel de laboratoire et la protection de l'environnement.

Centre de référence : Centre régional ou local de la caisse désigné par le fournisseur de soins conventionné dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la caisse; le fournisseur de soins s'y réfère dans ses relations avec la caisse et notamment pour lui adresser ses notes d'honoraires.

Contenu du régime de base, panier de soins: Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés. Le contenu du régime de base est fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Convention (sectorielle) : Contrat passé entre la CNAM et le syndicat le plus représentatif d'une profession de santé du secteur libéral. Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment les honoraires que peut percevoir un soignant (médecin, médecin dentiste, etc.) pour ses actes (honoraires opposables ou conventionnels). Ces honoraires servent de base au calcul pour le remboursement de l'assuré ou le paiement du fournisseur de soins conventionné.

La convention fixe les droits et les obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention est soumise à l'approbation du Ministre chargé de la sécurité sociale et publiée au journal officiel de la république tunisienne par arrêté dudit Ministre.

Décision de prise en charge : Accord donné par la caisse en vue de procéder au règlement d'un assuré ou du fournisseur au titre de certains soins dès lors que la personne remplit les conditions médicales et administratives requises.

Demande d'accord préalable : Imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour certains actes, médicaments ou appareillages ; le malade l'adresse à la caisse nationale d'assurance maladie, qui doit y répondre dans les délais fixés par la réglementation. Certaines demandes d'accord préalable sont spécifiques à certaines prestations.

Dossier santé : Support mis à la disposition du bénéficiaire et destiné à comporter un relevé des notes inscrites par le médecin consulté ainsi que les comptes rendus des bilans et des explorations qui lui ont été pratiqués. Il constitue un outil essentiel de la continuité des soins : il permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.

Feuille de soins ou bulletin de soins : Support normalisé que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer au patient afin de lui permettre de percevoir les remboursements auxquels il peut prétendre.

Honoraires conventionnels : Honoraires perçus par le professionnel de santé en contre partie des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance maladie ; ces honoraires sont établis par convention entre la caisse et le syndicat d'une profession de santé.

Hospitalisation classique, séjour hospitalier : Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclue le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d'Urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

Hospitalisation de jour : Prise en charge d'un malade dans un établissement sanitaire, qui, sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. L'hospitalisation de jour couvre aussi bien les investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que les soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Identifiant unique du bénéficiaire (ou matricule) : Numéro attribué par la sécurité sociale au bénéficiaire en vue de son identification. Son inscription par le professionnel conventionné sur les formulaires de l'assurance maladie est obligatoire pour deux raisons :

- Il constitue vis-à-vis de la caisse une preuve de la vérification de l'identité du malade par le professionnel de santé,
- Il constitue le principal moyen pour la caisse d'identifier l'assuré ou son ayant droit concerné par la prestation.

Laboratoire d'analyses médicales conventionné : laboratoire dont le responsable a adhéré à la convention sectorielle des laboratoires d'analyses médicales ; le responsable du laboratoire doit à ce titre respecter ses obligations conventionnelles. Les prestations d'analyses médicales dispensées par les laboratoires non conventionnés ne sont pas couvertes par l'assurance maladie.

Lettre clé : Codage permettant d'identifier un acte médical et possédant une valeur exprimée en unité monétaire. Ce signe est porté par le professionnel de santé sur les feuilles de soins, suivi d'un coefficient valorisant l'acte pratiqué.

Nomenclature Générale des Actes Professionnels : Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre de la santé publique.

Ouverture des droits aux prestations : Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Parcours de soins coordonné : Une modalité d'accès aux différents niveaux de soins dans le secteur privé qui repose sur le choix libre de l'assuré social de ce parcours. L'assuré social informe la caisse de son choix et de la désignation de son médecin traitant de famille acceptant lui-même ce choix. L'option d'un bénéficiaire pour ce parcours constitue un engagement tacite de sa part de ne recourir aux autres fournisseurs de soins que sur orientation de son médecin de famille. Sauf situations exceptionnelles fixées par la réglementation, les soins prodigués en dehors de ce parcours ne sont pas couverts.

Praticiens conseils: Praticiens (médecins, médecins dentistes et pharmaciens) conseils exerçant au service du contrôle médical de la CNAM.

Prestation en espèce, indemnité journalière, indemnité de maladie : Indemnité versée à un assuré afin de lui procurer un revenu de substitution lorsqu'il se trouve privé de son salaire du fait de la maladie, de la maternité, de l'accident du travail ou de l'invalidité.

Prestations en nature : Couverture des frais médicaux et paramédicaux, de médicaments et d'appareillages dispensés au profit de l'assuré ou à l'un de ses ayants droits.

Prise en charge : Couverture par l'Assurance Maladie des frais de soins fournis au bénéficiaire sous forme de remboursement ou de paiement direct à l'établissement ou au professionnel de santé ayant dispensé ces soins.

Professionnel de santé : Tout professionnel exerçant dans le domaine médical ; ce terme désigne le médecin libéral ou hospitalier, le médecin dentiste, le pharmacien la sage-femme, l'infirmier(e), le kinésithérapeute, l'orthophoniste...) et tout autre professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

Professionnel de santé libéral : C'est le professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte dans un cabinet "de ville", dans une officine, dans un laboratoire ou en clinique.

Qualité des soins : La qualité des soins est définie par l'O.M.S. comme:
" Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

Références médicales : Ce sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison tout en préservant la sécurité des patients. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles.

Soins : Tout acte médical, biologique ou paramédical ainsi que tout bien de santé (médicaments, appareillages), réalisé ou dispensé par un professionnel de santé et concourant à la prévention, au diagnostic et au traitement d'une maladie, à la prise en charge d'un handicap ou à des soins palliatifs.

Soins ambulatoires : Toutes les prestations de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites, les médicaments ainsi que les actes professionnels s'y rattachant.

Système de remboursement des frais : Modalité de prise en charge des frais de soins qui consiste au remboursement par la caisse au profit du bénéficiaire des frais qu'il a dû avancer au titre des prestations qui lui ont été fournies.

Taux de prise en charge : Taux de couverture par la caisse des frais des soins dont les analyses médicales.

Ticket modérateur : Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins, représentant la différence entre les montants des frais dus au titre des prestations de soins prodiguées conformément aux honoraires conventionnels et les montants pris en charge par le régime de base de l'assurance maladie.

Tiers payant : Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : Prestataires concernés

Article 1 : La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse d'une part et les médecins et les pharmaciens exploitant des laboratoires d'analyses médicales d'autre part, admis à exercer en Tunisie en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

Les dispositions de la présente convention s'appliquent aux médecins et pharmaciens spécifiés à l'alinéa premier, qui y adhèrent dans les conditions et conformément aux procédures citées dans son titre III.

Article 2 : Sont exclus du champ d'application de la présente convention les laboratoires d'analyses médicales des établissements sanitaires privés.

Article 3 : L'adhésion à la convention des médecins et des pharmaciens exploitant des laboratoires d'analyses médicales est personnelle et individuelle.

Toutefois, pour tout laboratoire exploité par une société professionnelle, l'adhésion est collective et doit impliquer personnellement tous les associés.

Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

Article 4 : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires munis d'un support délivré par la caisse, autorisant l'accès aux prestations dispensées en ambulatoire par les laboratoires d'analyses médicales, selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

Chapitre 3 : Prestations couvertes

Section 1- dispositions générales

Article 5 : La présente convention couvre les analyses de biologie médicale ainsi que les analyses d'anatomie et de cytologie pathologique humaines pratiquées sur prescription médicale dans le cadre des soins ambulatoires, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime de base. Toute analyse pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation par un laboratoire conventionné est exclue du champ de la présente convention ; il en est de même pour les prestations d'analyses nécessaires aux bénéficiaires hémodialysés que les centres d'hémodialyse sont tenus de leur fournir en application des dispositions de la réglementation en vigueur.

Section 2- dispositions spécifiques aux Affections Prises en Charge Intégralement (APCI)

Article 6 : La caisse couvre, selon les modalités et les taux spécifiques définis par la réglementation en vigueur, les frais des analyses médicales effectuées au bénéficiaire atteint d'APCI conformément aux protocoles thérapeutiques élaborés sous l'égide du Ministère chargé de la Santé Publique .

Article 7 : Après avis du médecin conseil et en cas d'accord, la caisse délivre au bénéficiaire atteint d'APCI un support attestant de cet état et lui faisant valoir son éligibilité aux dites dispositions spécifiques.

Titre III : les conditions et les modalités d'adhésion

Article 8 : L'adhésion du responsable du laboratoire d'analyses médicales à la présente convention vaut son acceptation des obligations qui lui incombent à ce titre et l'engage, de ce fait, à les respecter. L'adhésion permet en outre, au responsable du laboratoire conventionné, de bénéficier des droits qui en découlent.

Article 9 : Pour adhérer à la présente convention, le responsable du laboratoire d'analyses médicales est tenu de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion comportant notamment les pièces suivantes :

- Un formulaire d'adhésion dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- Une copie de l'autorisation d'exploitation d'un laboratoire privé d'analyses médicales,
- une copie de sa carte d'identité nationale.

Article 10 : La caisse informe le responsable du laboratoire d'analyses médicales de la suite réservée à sa demande d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les trente jours suivant sa date de dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'expiration du délai cité à l'alinéa premier du présent article et en cas de non réponse de la part de la caisse, la demande d'adhésion est supposée acceptée.

Article 11 : En cas d'acceptation de la demande d'adhésion par la caisse, celle ci adresse au responsable du laboratoire concerné une notification d'adhésion mentionnant notamment son identité, le code individuel qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de son adhésion ainsi que le « centre de référence ».

Article 12 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales ayant reçu sa notification d'adhésion est tenu d'en informer sans délai le public en affichant à l'entrée de son local la mention « laboratoire d'analyses médicales conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

Chapitre 1 : Règles liées à l'accès aux prestations d'analyses médicales et à leur dispensation

Section 1 : dispositions communes

Article 13 : Les parties contractantes s'engagent à respecter la liberté de choix du bénéficiaire et s'interdisent toute pratique de nature à l'influencer.

Article 14 : La caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins mentionnant notamment :

- l'identité du bénéficiaire,
- son identifiant unique,
- son adresse,
- la durée de validité du support,
- le code du médecin auprès duquel il s'est inscrit au cas où il est adhérent au parcours de soins coordonné.

Article 15 : Les analyses médicales couvertes par la caisse sont effectuées obligatoirement sur présentation d'ordonnance médicale préalable prescrite par un professionnel habilité conventionné.

Article 16 : Lors de la dispensation de prestations d'analyses médicales dans le cadre de l'assurance maladie le responsable du laboratoire est tenu de respecter scrupuleusement les prescriptions médicales y afférentes ainsi que les règles de bonnes pratiques de laboratoire et les exigences techniques spécifiques de la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 17 : Ne peuvent être couverts par la caisse, que les frais des analyses médicales effectuées dans les 90 jours qui suivent leur prescription ; passé ce délai, le responsable du laboratoire d'analyses médicales doit informer le bénéficiaire du non remboursement des frais de ces analyses et s'abstenir de remplir les bulletins de soins à ce titre.

Article 18 : Après chaque dispensation de prestations d'analyses médicales au profit d'un bénéficiaire, le responsable du laboratoire d'analyses médicales porte sur l'ordonnance exécutée la date de réalisation des analyses, le montant total facturé ainsi que sa signature et son cachet.

Article 19 : La prescription d'analyses médicales ne peut être exécutée qu'une seule fois. A cet effet, le responsable du laboratoire est appelé à vérifier avant toute dispensation de prestations d'analyses médicales que l'ordonnance qui lui est présentée est bien l'originale délivrée par le prescripteur et qu'elle n'a pas été déjà honorée .

Section 2 : dispositions spécifiques

Article 20 : La caisse ne couvre que les prestations d'analyses prévues par le régime de base et dispensées en conformité avec les règles d'accès et de dispensation aussi bien générales que celles spécifiques au tiers payant, au parcours de soins coordonné, aux APCI et aux analyses soumises à l'accord préalable.

1- l'accès aux prestations d'analyses médicales selon le mode du tiers payant

Article 21 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux prestations dispensées par un laboratoire d'analyses médicales conventionné, le responsable de ce dernier doit vérifier, notamment :

- la conformité de l'identité du malade entre l'ordonnance et le support d'accès aux soins.
- la date de validité du dit support,

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le responsable du laboratoire s'effectue notamment par l'inscription de son identifiant unique sur tout document le concernant destiné à la caisse ou rédigé dans le cadre de l'exercice conventionnel.

2- la dispensation des prestations d'analyses médicales dans le cadre du parcours de soins coordonné

Article 22 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales s'engage, de part la place qu'il occupe dans le réseau de soins, à observer avec rigueur les règles d'accès et de dispensation des prestations d'analyses médicales, spécifiques au parcours de soins coordonné telles que définies par la réglementation en vigueur.

Article 23 : Pour les bénéficiaires adhérant au parcours de soins coordonné (adhésion attestée par le support d'accès aux soins), le responsable du laboratoire d'analyses médicales vérifie également :

- la conformité entre le code du médecin auprès duquel le bénéficiaire est inscrit et celui du médecin prescripteur, en cas de prescription émanant d'un médecin généraliste.
- l'éventuelle mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF » portée à l'angle inférieur gauche du verso de l'ordonnance quand cette dernière émane d'un médecin autre que le médecin de famille du bénéficiaire.

3- la dispensation des prestations d'analyses médicales associées à une APCI

Article 24 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales est tenu d'observer, à l'égard du bénéficiaire atteint d'une APCI et muni du support spécifié à l'article 7, les dispositions spécifiques prévues par la réglementation en vigueur relatives aux prestations d'analyses associées à l'affection en question et d'en assumer la responsabilité.

Article 25 : Les prescriptions d'analyses médicales en rapport avec une APCI sont rédigées par le médecin prescripteur sur une ordonnance bizona comportant:

- une zone réservée à la prescription des analyses en rapport avec l'APCI,
- une zone destinée à la prescription éventuelle d'autres analyses en rapport avec des maladies intercurrentes.

De ce fait, le responsable du laboratoire d'analyses médicales est tenu de faire la distinction entre ces deux catégories d'analyses notamment en ce qui concerne le mode et le taux de prise en charge qui leurs sont prévus par la réglementation en vigueur.

4- Les prestations d'analyses médicales soumises à l'accord préalable

Article 26 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales appelé à dispenser des analyses dont la prise en charge est soumise à l'accord préalable de la caisse, doit vérifier que le bénéficiaire est muni d'une décision d'accord délivrée par la caisse. En cas de tiers payant, la dite décision porte la mention « décision de prise en charge » ; celle-ci est gardée par le responsable du laboratoire et fera partie intégrante de son dossier de paiement qu'il déposera à la caisse.

En l'absence de toute décision d'accord, le responsable du laboratoire informe le bénéficiaire du non remboursement de ces prestations et s'abstient de remplir les bulletins de soins au titre des analyses soumises à l'accord préalable.

Chapitre 2 : Les modes de transmission et d'échange des données

Article 27 : Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention, la mise en place d'un système d'information permettant l'échange électronique des données entre la caisse et les laboratoires d'analyses médicales conventionnés.

Articles 28 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 27 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées par un avenant à la présente convention.

Titre V : La rémunération des laboratoires d'analyses médicales

Chapitre 1 : Les modes de rémunération des laboratoires d'analyses médicales

Article 29 : Pour toutes les prestations d'analyses médicales prescrites dans le cadre des soins ambulatoires, qu'il dispense aux bénéficiaires en respect des termes de la présente convention, le responsable du laboratoire d'analyses médicales est rémunéré à l'acte.

Article 30 : Pour les analyses médicales qu'il réalise à un bénéficiaire lors d'une hospitalisation classique ou de jour dans un établissement sanitaire, le laboratoire conventionné est rémunéré dans le cadre des forfaits réservés à l'hospitalisation conformément à l'accord relatif à chaque type d'hospitalisation, établi entre la caisse et les syndicats des médecins, des établissements sanitaires privés et des laboratoires d'analyses médicales ; toutefois ladite rémunération est servie directement par la caisse au laboratoire concerné.

Chapitre 2 : Les modalités de paiement des laboratoires d'analyses médicales

Article 31 : La couverture des frais d'analyses médicales par la caisse au profit du bénéficiaire se fait conformément à la réglementation en vigueur, sur la base des cotations prévues par la nomenclature générale des actes professionnels, du taux de prise en charge, des honoraires conventionnels annexés à la présente convention et dans la limite des plafonds annuels attribués aux assurés sociaux tels que fixés par la réglementation en vigueur.

Les parties oeuvreront dans le cadre des instances réglementaires concernées en vue de l'adaptation de la nomenclature générale des actes professionnels à la science et aux techniques nouvelles dans un souci de qualité et de maîtrise des coûts.

Section 1 : le paiement direct par le bénéficiaire (système de remboursement)

Article 32 : Dans le cadre du système de remboursement des frais d'analyses médicales, le responsable du laboratoire perçoit du bénéficiaire l'intégralité des montants qui lui sont dus conformément aux dispositions de l'article 31 ; le bénéficiaire se fait rembourser ultérieurement par la caisse.

Section 2 : le paiement direct par la caisse (système de tiers payant)

Article 33 : Dans le cas du mode du tiers payant, la caisse procède au paiement direct des laboratoires d'analyses médicales, conformément aux dispositions de l'article 31.

Article 34 : Dans le cas du mode du tiers payant, l'assuré social est tenu de payer directement au laboratoire d'analyses médicales le montant du ticket modérateur à sa charge en application des honoraires conventionnels et des taux de prise en charge.

Le reliquat est payé par la caisse.

Article 35 : La caisse procède au paiement du laboratoire d'analyses médicales dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date de réception de la (des) note(s) d'honoraire et ce par virement bancaire ou postal au compte indiqué dans le dossier d'adhésion.

En cas de non paiement du laboratoire d'analyses médicales après le délai de 30 jours qui suit la réception de sa note d'honoraires et sur sa demande, la caisse procède dans les 48 heures qui suivent, au paiement d'une avance de 80% du montant total de ladite note d'honoraires. Il demeure entendu que cette disposition ne s'applique pas aux notes d'honoraires contestées par la caisse.

Article 36 : Dans les 30 jours qui suivent la réception de chaque note d'honoraire, la caisse adresse au laboratoire d'analyses médicales concerné une lettre d'information précisant notamment le montant, la date et la (les) référence(s) du (des) virement(s) effectué(s) ainsi qu'une note explicative des prestations éventuellement contestées.

Article 37 : La caisse mettra en place les outils et les procédures de nature à établir le droit des bénéficiaires à disposer des prestations sanitaires et de garantir que l'assuré social n'a pas dépassé le plafond de prise en charge des soins.

Chapitre 3 : La rédaction des documents de remboursement ou de paiement des frais des analyses médicales

Section 1 : dispositions communes

Article 38 : D'une manière générale et toujours dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le responsable du laboratoire d'analyses médicales conventionné veille à l'exactitude et à l'exhaustivité des informations qu'il communique à la caisse en vue de faire valoir ses droits ou ceux de ses malades.

Article 39 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales veille également au respect des règles de lisibilité des informations qu'il porte sur les ordonnances médicales et sur tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux des bénéficiaires auprès de la caisse.

Il s'engage en outre au stricte usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et les règles qui leurs sont prévues.

Il s'abstient notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'il dispense des prestations d'analyses médicales en dehors du présent cadre conventionnel.

Article 40 : Toute inscription sur une ordonnance ou un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel du responsable du laboratoire d'analyses médicales, doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la caisse au titre de son adhésion à la convention.

Article 41 : Pour chaque prestation de laboratoire d'analyses médicales dispensées dans le cadre de l'exercice conventionnel, le responsable du laboratoire établit une note d'honoraires dans laquelle il communique au centre de référence de la caisse les informations suivantes :

- La date de la prescription
- Le code du prescripteur
- La date d'exécution
- L'identifiant unique de l'assuré
- Le code de chaque acte et sa cotation
- Le montant global facturé inscrit en toutes lettres

Chaque note d'honoraire porte le cachet et la signature du responsable du laboratoire et est agrafée à l'ordonnance respective ou imprimée à son verso.

Section 2 : dispositions spécifiques

1- Règles liées à la procédure du remboursement

Article 42 : Afin de faire bénéficier l'assuré du remboursement des frais des prestations d'analyses médicales dispensées, et toujours dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles, le responsable du laboratoire indique sur le bulletin de soins le montant perçu du bénéficiaire ainsi que la date de la dispensation attestés par sa signature et son cachet.

En vue de se faire rembourser, le bénéficiaire joint l'originale de l'ordonnance exécutée ainsi que la note d'honoraire fournie par le laboratoire au bulletin de soins qu'il adresse à la caisse.

2- Règles liées à la procédure du tiers payant

Article 43 : En sus des indications mentionnées à l'article 41, le responsable du laboratoire précise également sur la note d'honoraires et pour chaque analyse :

- le taux de prise en charge appliqué,
- le montant perçu de l'assuré.

Article 44 : En vue de se faire payer par la caisse, le responsable du laboratoire d'analyses médicales doit adresser, directement ou par courrier recommandé avec accusé de réception au centre de référence, un décompte selon modèle fourni par la caisse, relatif aux ordonnances d'analyses médicales dispensées au profit des bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacune d'elles :

- la date de dispensation des prestations d'analyses médicales,
- Le code du prescripteur
- L'identifiant unique de l'assuré

C. A.

- le montant perçu du bénéficiaire,
- le montant à la charge de la caisse.

Le responsable du laboratoire d'analyses médicales indique également dans le décompte le montant global facturé à la caisse écrit en toutes lettres.

Le responsable du laboratoire joint obligatoirement au décompte les originaux des ordonnances exécutées et leurs notes d'honoraires respectives mentionnées à l'article 41, ainsi que la décision de prise en charge éventuelle pour les analyses soumises à l'accord préalable de la caisse.

Titre VI : Le contrôle médical

Article 45 : Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et de celles de la présente convention.

Article 46 : Lors de l'exercice des missions qui leurs sont confiées en vertu de la réglementation en vigueur et notamment le décret N°2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif aux modalités et aux procédures du contrôle médical, les praticiens conseils veillent, dans le respect des dispositions prévues par les codes de déontologie et des devoirs de confraternité, à l'établissement de relations de partenariat avec leurs confrères les responsables des laboratoires d'analyses médicales conventionnés.

Article 47 : Le responsable du laboratoire d'analyses médicales conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du praticien conseil.

Article 48 : Sauf manquement grave aux dispositions réglementaires ou conventionnelles, le praticien conseil et le responsable du laboratoire conventionné doivent, en cas de litige ou de divergence de leurs points de vue, privilégier les solutions concertées et les règlements à l'amiable préalablement aux voies de recours prévues par les dispositions réglementaires et conventionnelles.

Article 49 : Les praticiens conseils, représentés par la caisse, s'engagent à apporter aux responsables des laboratoires d'analyses médicales conventionnés toute information utile à l'exercice conventionnel de leur profession, notamment celles relatives à la réglementation dans le domaine sanitaire et social.

Titre VII : le suivi de la relation conventionnelle et le règlement des litiges

Article 50 : Conformément au décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005 relatif aux modes et aux procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les relations entre les professionnels de santé et la caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du prestataire d'analyses médicales qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, toutes les mesures de nature à conserver ses droits. Ces mesures varient selon la nature et la gravité de l'infraction commise comme indiqué dans l'article 52 de cette convention.

Article 51 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de contribuer à la mise en place de la commission sectorielle nationale chargée du suivi des différents aspects de cette convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre elles et ce, conformément aux dispositions prévues par le décret mentionné à l'article 50.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 52 : La caisse peut prendre à l'encontre du responsable du laboratoire d'analyses médicales faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du responsable du laboratoire et l'invitant à le corriger.
- La suspension du paiement du laboratoire dans la limite du coût de la prestation d'analyses objet du litige.

En outre, la caisse peut saisir la commission sectorielle nationale et lui soumettre le manquement constaté en vue de prendre à l'égard du laboratoire concerné toute mesure qu'elle juge nécessaire.

Article 53 : Les décisions de suspension du paiement prises par la caisse sont immédiatement exécutoires.

Article 54 : La caisse est tenue de notifier sa décision au responsable du laboratoire d'analyses médicales, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

Chapitre 2 : Le droit de recours du responsable du laboratoire d'analyses médicales

Article 55 : En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le responsable du laboratoire d'analyses médicales peut demander à la caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre ; dans le cas où la requête porte sur le non paiement total ou partiel de sa

note d'honoraire, le responsable du laboratoire d'analyses médicales peut saisir la caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du décompte par cette dernière.

Article 56 : En outre, le responsable du laboratoire d'analyses médicales qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la caisse, peut saisir la commission sectorielle nationale en vue de réexaminer la dite décision et ce par lettre recommandée adressée au nom de son président au Ministère chargé de la sécurité sociale.

Article 57 : En sus du recours à la commission sectorielle nationale, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

Titre VIII : La formation médicale conventionnelle

Article 58 : Considérant la Formation Médicale Continue (FMC) comme outil fondamental de la qualité des soins ainsi que de la maîtrise médicalisée des dépenses qui en découlent, les parties signataires s'engagent à la promouvoir dans le cadre conventionnel.

Article 59 : Les parties fixent d'un commun accord les thèmes, les modalités pratiques ainsi que la contribution de chacune d'elles dans les actions de FMC qu'elles conviennent d'entreprendre.

Article 60 : Le syndicat incite les médecins et pharmaciens biologistes conventionnés à participer aux actions de FMC selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

Titre IX : l'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 61 : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

Titre X : Dispositions transitoires

Article 62 : En attendant la mise en place des mesures nécessaires à la coordination des soins, l'assuré non inscrit au parcours de soins coordonné bénéficie, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, de la couverture des soins dans le secteur libéral conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et aux termes applicables de cette convention.

Article 63 : Les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 35 ne sont applicables qu'à partir du deuxième semestre qui suit l'entrée en vigueur de la présente convention.

Titre XI : Durée de la convention et procédure de sa révision

Chapitre 1 : Durée de la convention et procédure de sa révision

Article 64 : La présente convention est conclue pour une durée de six ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

La dénonciation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception destinée à la partie opposée dont une copie est adressée au Ministre chargé de la sécurité sociale pour information.

Article 65 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 64, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

Chapitre 2 : Procédure de résiliation, de renonciation et de ré adhésion à la convention

Section 1 : L'interdiction de l'exercice

Article 66 : Toute sanction exécutoire prononcée par une instance disciplinaire ou juridictionnelle à l'encontre d'un prestataire d'analyses médicales conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne automatiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis du responsable du laboratoire concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Section 2 : La renonciation et la ré adhésion

Article 67 : Tout responsable de laboratoire d'analyses médicales peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du responsable de laboratoire prend effet le 91^{ème} jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Article 68 : Le responsable de laboratoire d'analyses médicales qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable vis à vis de la caisse et de l'assuré social de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au responsable de laboratoire en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

Article 69 : Un responsable de laboratoire d'analyses médicales ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés à sa vie conventionnelle antérieure et

exécution des éventuelles sanctions prises à son encontre par la caisse ou par les instances conventionnelles ou juridictionnelles.

Tout en observant les dispositions de l'alinéa premier du présent article, l'adhésion après renonciation, ne peut avoir lieu qu'après une année au moins de la date d'effet de la renonciation et obéit aux mêmes règles que de l'adhésion initiale.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat National
des Biologistes de Libre Pratique**

Chérif BAHRI

LES ANNEXES

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن
والتونسيين بالخارج
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلبج انخراط في الاتفاقية القطاعية

مخبر تحاليل طبية

إني الممضي أسفله:

الاسم:

اللقب:

اللقب قبل الزواج (البنات):

صيدلي

طبيب

الصفة:

رقم التسجيل بالعمادة صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

بعد الإطلاع على الإتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لبيولوجيي الممارسة الحرة بتاريخ أكتوبر 2006،

وبوصفي الوكيل- المسؤول عن:

المخبر:

العنوان:

المدينة:

الهاتف:

العنوان الإلكتروني:

أطلب انخراطي بالاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء بها من مقتضيات.

* المركز المرجع

في

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية

- نسخة من الترخيص في استغلال مخبر خاص للتحاليل الطبية

- كشف في الهوية البنكية أو البريدية (RIB)

* الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجح (centre de référence) الذي يرغب المخبر في اللجوء إليه في كل معاملاته مع الصندوق - انظر إلى ظهر الوثيقة

ANNEXE DES HONORAIRES CONVENTIONNELS

Article premier : Les parties conviennent de l'application des honoraires conventionnels indiqués dans le tableau ci-dessous.

Actes		Tarifs
Désignation	Définition	
B	Acte de biologie médicale	0 ^d ,190
P	Acte d'anatomie et de cytologie pathologique	0 ^d ,190
APB	Acte de prélèvement de produits biologiques aux fins d'analyses	1 ^d ,000

Article 2 : Les parties procèdent à la révision annuelle des honoraires conventionnels compte tenu des indicateurs économiques relatifs à l'évolution du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) et du taux d'inflation.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat National
des Biologistes de Libre Pratique**

Chérif BAHRI

Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 6 février 2007, portant approbation de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu la loi n° 91-21 du 13 mars 1991, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecins et de médecins dentistes,

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 12,

Vu le décret n° 73-259 du 31 mai 1973, portant promulgation du code de déontologie dentaire,

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant détermination de l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-2978 du 8 novembre 2005, fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins et notamment ses articles 4 et 11,

Vu l'arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 1^{er} août 2006, portant extension de la convention cadre régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins de libre pratique, aux médecins dentistes de libre pratique.

Arrête :

Article premier. - Sont approuvées, la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique et ses annexes ci-jointes, annexées au présent arrêté, conclues entre la caisse nationale d'assurance maladie et le syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique, en date du 19 décembre 2006.

Art. 2. - Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 6 février 2007.

Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger

Ali Chaouch

Vu

Le Premier ministre

Mohamed Ghannouchi



**CONVENTION SECTORIELLE
DES MEDECINS DENTISTES
DE LIBRE PRATIQUE**

Décembre 2006

**La Caisse Nationale d'Assurance Maladie,
désignée dans ce qui suit par le terme « caisse »,
représentée par son Président Directeur Général ;**

d'une part

**Le Syndicat Tunisien des Médecins Dentistes de Libre Pratique,
représenté par son Secrétaire Général ;**

d'autre part

Compte tenu de la place prioritaire et de l'importance de la santé en tant que facteur majeur de bien être du citoyen ;

Considérant qu'un système de financement viable constitue un élément essentiel dans la réalisation des objectifs de santé et la consolidation des acquis en la matière ;

Compte tenu de la convergence des vues sur les objectifs de la réforme d'assurance maladie notamment en matière d'accessibilité aux services de santé, d'équité et d'égalité devant la maladie, de transparence des rapports entre les parties prenantes et de respect des équilibres économiques globaux ;

Renouvelant leur adhésion sans réserve aux principes de la réforme d'assurance maladie tels que définis par le Conseil Ministériel Restreint du 16 février 1996 et concrétisés par la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004 instituant un régime d'assurance maladie ;

Considérant l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit comme étant l'un des principaux objectifs de l'assurance maladie ;

Conscients que l'impératif d'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et la nécessité de rationaliser les dépenses exigent la mise en œuvre d'un système basé sur l'option de maîtrise médicalisée axée principalement sur la coordination des soins et la rationalisation des prescriptions des médicaments et des soins secondaires dans le cadre du respect des « références médicales consensuelles » ;

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupe le médecin dentiste exerçant dans le secteur libéral en tant que dispensateur et prescripteur de soins et son rôle dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses ;

Se référant à la loi N° 2004-71 du 2 Août 2004, à ses textes d'application et aux différents autres textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation et la déontologie des professions de santé ainsi qu'à la convention cadre conclue le 29 mars 2006 entre la caisse et les organisations représentatives des médecins dentistes, approuvée par l'arrêté du Ministre des affaires sociales de la solidarité et des tunisiens à l'étranger en date du 1^{ER} août 2006 ;

Concrétisant leur volonté de bâtir des relations basées sur un partenariat conscient et responsable ;

Considérant la nécessité de promouvoir dans le cadre de la présente convention les orientations visant à favoriser le développement d'une approche intégrée basées sur le recours aux soins précoces et les actions préventives ciblées.

Les parties signataires de la présente convention s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs nationaux en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs aux règles de bonne pratique des soins dentaires, à leur qualité et à leur coût et à servir les bénéficiaires et leur fournir les prestations que leur confère le régime d'assurance maladie dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et du libre choix du praticien par le malade et conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

Titre I : DEFINITIONS

Aux fins d'application de la présente convention, il est entendu par les expressions suivantes ce qui suit :

Accès aux soins : L'accès aux soins implique le pouvoir pour l'utilisateur d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les acteurs de la santé d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Accord préalable : Procédure qui conditionne la couverture par la caisse de certains soins, médicaments ou appareillages par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation.

La liste des prestations soumises à l'accord préalable est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Affections Prises en Charge Intégralement (APCI) : Affections chroniques et/ou nécessitant des soins lourds et coûteux telles que fixées par l'arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la santé publique.

Assuré social : Toute personne, en activité ou titulaire d'une pension, couverte par l'un des régimes de sécurité sociale relevant du champ d'application du régime de l'assurance maladie.

Bénéficiaire : Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins au titre du régime de l'assurance maladie ; il peut s'agir de l'assuré social lui-même ou de l'un de ses ayants droit.

Centre de référence : Centre régional ou local de la caisse désigné par le médecin conventionné dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la caisse; le médecin s'y réfère dans ses relations avec la caisse et notamment pour lui adresser ses notes d'honoraires.

Contenu du régime de base, panier de soins: Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés. Le contenu du régime de base est fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique.

Continuité des soins : Processus qui consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre les fournisseurs des soins ambulatoires et hospitaliers. C'est un facteur essentiel de qualité des soins.

Convention (sectorielle) : Contrat passé entre la CNAM et les représentants d'une profession de santé du secteur libéral. Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment les honoraires que peut percevoir un soignant (médecin, médecin dentiste, etc.) pour ses actes (le tarif opposable). Ces honoraires servent de

base au calcul pour le remboursement de l'assuré ou le paiement du fournisseur de soins conventionné.

La convention fixe les droits et obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention est soumise à l'approbation du Ministre chargé de la sécurité sociale et publiée au journal officiel de la république tunisienne par arrêté dudit Ministre.

Dénomination Commune Internationale (DCI) : Dénomination qui permet d'identifier chaque principe actif d'un médicament (c'est à dire celui de la molécule contenue dans le médicament) à l'aide d'un langage commun au niveau mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande son utilisation.

Décision de prise en charge : Accord donné par la caisse en vue de procéder au règlement d'un assuré ou du fournisseur au titre de certains soins dès lors que la personne remplit les conditions médicales et administratives requises.

Demande d'accord préalable : Imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour certains actes, médicaments ou appareillages ; le malade l'adresse à la caisse nationale d'assurance maladie, qui doit y répondre dans les délais fixés par la réglementation. Certaines demandes d'accord préalable sont spécifiques à certaines prestations.

Dossier santé : Document mis à la disposition du bénéficiaire et destiné à comporter un relevé des notes inscrites par le médecin consulté ainsi que les comptes rendus des bilans et des explorations qui lui ont été pratiqués. Il constitue un outil essentiel de la continuité des soins : il permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.

Feuille de soins ou bulletin de soins : Document normalisé que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer au bénéficiaire afin de lui permettre de percevoir les remboursements auxquels il peut prétendre.

Honoraires conventionnels : honoraires perçus par le professionnel de santé en contre partie des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance maladie ; ces honoraires sont établis par convention entre la caisse et le syndicat d'une profession de santé.

Hospitalisation classique, séjour hospitalier : Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclue le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d'urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

Hospitalisation de jour : Prise en charge d'un malade dans un établissement sanitaire, qui, sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. L'hospitalisation de jour couvre aussi bien les investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que les soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Identifiant unique du bénéficiaire (ou matricule) : Numéro attribué par la sécurité sociale au bénéficiaire en vue de son identification. Son inscription par le professionnel conventionné sur les formulaires de l'assurance maladie est obligatoire pour deux raisons :

- Il constitue vis-à-vis de la caisse une preuve de la vérification de l'identité du malade par le professionnel de santé,
- Il constitue le principal moyen pour la caisse d'identifier l'assuré ou son ayant droit concerné par la prestation.

Lettre clé : Codage permettant d'identifier un acte médical et possédant une valeur exprimée en unité monétaire. Ce signe est porté par le professionnel de santé sur les feuilles de soins, suivi d'un coefficient valorisant l'acte pratiqué.

Médecin dentiste conventionné : Médecin dentiste ayant adhéré à la convention sectorielle des médecins dentistes et devant à ce titre respecter les dispositions prévues par ladite convention et ses annexes. Les actes et les prescriptions effectués par le médecin dentiste non conventionné ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

Médicament générique : Médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament original et, si nécessaire, dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Un médicament générique contient donc la même molécule, est administré de la même façon et a les mêmes effets que le médicament original.

Nomenclature générale des Actes professionnels : Liste réglementaire des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé publique.

Ouverture des droits aux prestations : Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Parcours de soins coordonné : une modalité d'accès aux différents niveaux de soins dans le secteur privé qui repose sur le choix libre de l'assuré social de ce parcours. L'assuré social informe la caisse de son choix et de la désignation de son médecin traitant de famille acceptant lui-même cette formule. L'option d'un bénéficiaire pour ce parcours constitue un engagement tacite de sa part de ne recourir aux autres fournisseurs de soins que sur orientation de son médecin de famille. Sauf situations exceptionnelles fixées par la réglementation, les soins prodigués en dehors

de ce parcours ne sont pas couverts. Toutefois, le recours au médecin dentiste fait exception à cette règle.

Praticiens conseils: Praticiens (médecin, médecin dentiste et pharmacien conseils) exerçant au service du contrôle médical de la CNAM.

Prestation en espèce, indemnité journalière, indemnité de maladie : indemnité versée à un assuré afin de lui procurer un revenu de substitution lorsqu'il se trouve privé de son salaire du fait de la maladie, de la maternité, de l'accident du travail ou de l'invalidité.

Prestations en nature : Couverture des frais médicaux et paramédicaux de médicaments et d'appareillages dispensés au profit de l'assuré ou à l'un de ses ayants droits.

Prise en charge : Couverture par l'Assurance Maladie des frais de soins fournis au bénéficiaire sous forme de remboursement ou de paiement direct à l'établissement ou au professionnel de santé ayant dispensé ces soins.

Professionnel de santé : Tout soignant, exerçant dans le domaine médical (médecin libéral ou hospitalier, médecin dentiste), juxta médical (pharmacien) ou paramédical (sage-femme, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste...) et tout professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

Professionnel de santé libéral : C'est le professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte dans un cabinet "de ville", dans une officine, dans un laboratoire ou en clinique.

Qualité des soins : La qualité des soins est définie par l'O.M.S. comme: " Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

Références médicales : Ce sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison tout en préservant la sécurité des patients. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles. En Tunisie, ces références sont élaborées par une commission nationale multidisciplinaire sous l'égide du ministère de la santé publique. Elles sont communément désignées par « protocoles thérapeutiques » ou « consensus ».

Soins : Au sens de la présente convention, il s'agit de tout acte médical ainsi que tout bien de santé (médicaments, appareillages), réalisé ou dispensé par un professionnel de santé et concourant à la prévention, au diagnostic et au traitement d'une maladie, à la prise en charge d'un handicap ou à des soins palliatifs.

Soins ambulatoires : Toutes les prestations de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites, les médicaments ainsi que les actes professionnels s'y rattachant.

Système de remboursement des frais : Modalité de prise en charge des frais de soins qui consiste au remboursement par la caisse au profit du bénéficiaire des frais qu'il a du avancer au titre des prestations qui lui ont été fournies.

Ticket modérateur : Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins, représentant la différence entre les montants des frais dus au titre des prestations de soins prodiguées conformément aux honoraires conventionnels et les montants pris en charge par le régime de base de l'assurance maladie.

Tiers payant : Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : Médecins dentistes concernés

Article 1 : La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse et les médecins dentistes admis à exercer en Tunisie dans le secteur libéral en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur et notamment avec les dispositions relatives à l'exercice de la médecine dentaire de libre pratique.

Les dispositions de la présente convention s'appliquent aux médecins dentistes, spécifiés à l'alinéa premier, qui y adhèrent dans les conditions et conformément aux procédures citées dans son titre III.

Article 2 : Est exclu du champ d'application de la présente convention, l'exercice de la médecine dentaire dans le cadre de conventions individuelles ou collectives conclues entre les médecins dentistes et les entreprises publiques ou privées.

Article 3 : L'adhésion du médecin dentiste à la convention est personnelle et individuelle même s'il exerce dans un cabinet de groupe ou dans le cadre d'une société civile professionnelle.

Article 4 : Les dispositions de la présente convention s'appliquent à l'ensemble des actes que le médecin dentiste conventionné effectue ou prescrit dans le cadre de l'assurance maladie et ce indépendamment du lieu de leur accomplissement.

Chapitre 2 : Bénéficiaires concernés

Article 5 : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires munis d'un support délivré par la caisse, autorisant l'accès aux soins dispensés par les médecins dentistes conventionnés, selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

Chapitre 3 : Prestations couvertes

Article 6 : La présente convention couvre toutes les prestations de soins dentaires ambulatoires et de prothèses dentaires, dispensés conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime de base.

En outre, les parties conviennent d'arrêter les dispositions conventionnelles relatives aux soins dentaires effectués dans le cadre d'une hospitalisation classique ou de jour par avenant à la présente convention.

Article 7 : La caisse couvre, auprès de tout médecin dentiste conventionné exerçant dans le cadre de la réglementation en vigueur, les frais des soins médicaux et prothèses dentaires dispensés dans les conditions prévues à l'article 6 et dans la limite du plafond attribué à chaque assuré social et ce, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et aux honoraires conventionnels annexés à la présente convention.

Article 8 : La caisse ne couvre pas les frais des prestations de soins fournies ou prescrites aux bénéficiaires dans le cadre de l'exercice mentionné à l'article 2.

Titre III: les conditions et les modalités d'adhésion à la convention

Chapitre 1 : Dispositions générales

Article 9 : L'adhésion du médecin dentiste à la présente convention vaut son acceptation des obligations qui lui incombent à ce titre et l'engage, de ce fait, à les respecter. Elle permet en outre, au médecin dentiste conventionné de bénéficier des droits qui en découlent.

Article 10 : Pour adhérer à la présente convention le médecin dentiste est tenu de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion qui comporte notamment les pièces suivantes :

- un formulaire d'adhésion à la présente convention dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- une copie conforme du certificat délivré par le conseil de l'ordre des médecins dentistes attestant l'exercice libéral de l'intéressé,
- une copie de la carte d'identité nationale.

Article 11 : La Caisse ne peut refuser le conventionnement d'un médecin dentiste exerçant en respect des conditions référencées à l'article premier de la présente convention et ayant déposé un dossier d'adhésion complet et conforme.

Article 12 : La caisse informe le médecin dentiste de la suite réservée à son dossier d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les trente jours qui suivent le jour de son dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'expiration du délai cité à l'alinéa premier du présent article et en cas de non réponse de la part de la caisse, la demande d'adhésion est considérée acceptée.

Article 13 : En cas d'acceptation de la demande d'adhésion par la caisse, celle ci adresse au médecin dentiste une notification d'adhésion mentionnant son identité, le code individuel qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles ainsi que la date d'effet de son adhésion.

Article 14 : Dès la réception de sa notification d'adhésion, le médecin dentiste est tenu d'en informer le public en affichant à l'entrée de son cabinet la mention « médecin dentiste conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Chapitre 2 : L'adhésion du médecin dentiste remplaçant

Article 15 : Tout médecin dentiste remplaçant un médecin dentiste conventionné doit adhérer préalablement à la présente convention. A cet effet il est tenu de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion qui comporte notamment les pièces suivantes :

- un formulaire d'adhésion à la présente convention dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- une copie de l'attestation d'inscription au conseil de l'ordre des médecins dentistes,
- une copie de la carte d'identité nationale.

Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

Chapitre 1 : Dispositions générales

Article 16 : Dans le cadre de son exercice conventionnel le médecin dentiste demeure tenu par les dispositions du code de déontologie et notamment celles prévues par ses articles 4, 8, 14, 16 et 35.

Chapitre 2 : L'accès aux soins

Article 17 : La caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins permettant de les identifier et de déterminer leur droit d'accès aux soins.

Article 18 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès d'un médecin dentiste conventionné, ce dernier doit vérifier, notamment :

- l'identité du bénéficiaire,
- la date de validité dudit support,

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le médecin dentiste s'effectue notamment par l'inscription de son identifiant unique sur tout document le concernant rédigé dans le cadre de l'exercice conventionnel.

Article 19 : La caisse ne couvre que les frais des soins prévus par le régime de base et prodigués en conformité aux modalités et procédures d'accès aux soins prévues par la réglementation en vigueur.

Toute prestation de soins servie en méconnaissance des dispositions prévues par l'alinéa premier du présent article est inopposable à la caisse.

Article 20 : Avant toute dispensation de soins ou de prothèses soumis, conformément au régime de base, à l'accord préalable de la caisse, le médecin dentiste est tenu d'en informer le bénéficiaire et de lui délivrer une demande d'accord préalable dûment remplie selon les modèles fournis par la caisse ; outre cette demande, le médecin dentiste délivre au bénéficiaire un rapport médical sous pli confidentiel, précisant le diagnostic de l'affection constatée ainsi que la nature exacte de la prestation demandée et son code.

En cas rejet, la décision délivrée par la caisse indique le motif du rejet.

En l'absence d'une décision d'accord valide délivrée par la caisse, les frais des soins soumis à l'accord préalable ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement.

Article 21 : En cas d'absence ou de congé, le médecin dentiste conventionné peut se faire remplacer dans les conditions prévues par l'article 15 ; dans ce cas il informe préalablement le centre de référence de la caisse de l'identité du médecin remplaçant et ce directement ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin dentiste remplaçant est tenu de respecter les dispositions de la présente convention au même titre que le médecin dentiste conventionné remplacé.

Chapitre 3 : la délivrance des soins

Article 22: Etant partenaires au processus de qualité et de maîtrise du coût des soins, le médecin dentiste et la caisse oeuvrent à la réalisation des objectifs fixés à ce titre par les instances consultatives conventionnelles ou réglementaires.

Article 23 : Le médecin dentiste adhérant à la présente convention s'engage à faire bénéficier ses malades des soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents conformément aux données actuelles de la science. A cet effet, il se réfère dans sa pratique aux protocoles thérapeutiques élaborés par les sociétés savantes sous l'égide du Ministère chargé de la santé publique.

Article 24: A efficacité, qualité et sécurité égales, le médecin dentiste opte pour les soins et les médicaments les moins coûteux ;

Article 25 : Le médecin dentiste s'engage à respecter, dans ses prescriptions de médicaments, les indications médicales pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été délivrée par le Ministère chargé de la santé publique.

Article 26 : Conscientes du rôle important que jouent les médicaments génériques dans la maîtrise des dépenses de médicaments, les parties signataires incitent les médecins dentistes à leur réserver une part importante dans le volume de leurs prescriptions médicamenteuses.

En outre, elles manifestent leur soutien aux prescriptions des médicaments selon leur Dénomination Commune Internationale (DCI).

Article 27 : Le médecin dentiste conventionné s'abstient de percevoir du bénéficiaire des honoraires lorsqu'il examine ses malades dans le cadre d'un simple contrôle ou dans le cadre de l'interprétation des résultats des explorations prescrites.

Article 28 : Pour toutes ses prescriptions (consultation spécialisée, analyses, explorations, médicaments, appareillage, hospitalisation, etc.), le médecin dentiste doit se limiter à la désignation de la prestation de soins indiquée sans faire référence à un professionnel de santé ou à une structure sanitaire donnée.

Article 29 : Lors de la prise en charge d'un malade atteint d'une APCI, le médecin dentiste peut consulter son « dossier santé » personnel et y inscrire les informations utiles et nécessaires au suivi médical du patient.

Chapitre 4 : La rédaction des prescriptions médicales et des documents relatifs à la couverture des frais de soins

Article 30 : Dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le médecin dentiste veille à l'exhaustivité et à la clarté des informations qu'il communique à la caisse en vue de faire valoir les droits de ses malades.

Article 31 : Le médecin dentiste s'engage au stricte usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et selon les règles qui leurs sont prévues. Il s'abstient notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'il examine des bénéficiaires dans le cadre de l'exercice mentionné à l'article 2.

Article 32 : L'ordonnance médicale doit comporter, outre les mentions prévues par la réglementation en vigueur, le numéro d'identification du médecin dentiste prescripteur conventionné (code attribué par la caisse) ainsi que l'identifiant unique du malade et sa qualité, selon les modalités précisées en annexe.

Article 33 : L'ordonnance porte toujours la date de son établissement

Article 34 : Le médecin dentiste s'interdit l'usage d'ordonnances pré-imprimées de prescription d'actes, d'analyses ou de médicaments.

Article 35 : Le médecin dentiste doit rédiger ses prescriptions de médicaments avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par le patient et/ou l'entourage.

Article 36 : Le médecin dentiste précise sur l'ordonnance et pour chaque médicament le nom (DCI ou nom commercial), la quantité journalière exprimée en unités ainsi que la durée globale du traitement.

Article 37 : Lorsque le médicament prescrit est soumis à l'accord préalable de la caisse, le médecin dentiste est tenu de remplir le formulaire spécifique prévu à cet effet et de le remettre au malade accompagné d'un rapport médical circonstancié sous pli confidentiel et des pièces justificatives nécessaires.

Article 38 : Toute prescription d'acte de soins ou de prothèses dentaires doit comporter le libellé de l'acte ainsi que son code conformément à la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 39 : Toute prescription d'acte de soins doit être établie préalablement à la réalisation de l'acte en question.

Article 40 : Toute prescription d'arrêt de travail pour maladie doit être rédigée sur le formulaire destiné à cet effet en veillant à mentionner toutes les informations indiquées sur ledit formulaire.

Article 41 : Suite à chaque consultation ou acte de soins bucco-dentaires effectué, le médecin dentiste indique sur la feuille de soins les honoraires perçus ainsi que la nature de l'acte effectué tout en mentionnant son code conformément à la nomenclature.

Lorsque les soins dispensés par le médecin dentiste nécessitent plusieurs séances, la feuille de soins est rédigée au terme de la dernière séance.

Chapitre 5 : Les modes de transmission et d'échange des données

Article 42: Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention la mise en place d'un système d'information permettant l'échange électronique des données entre la caisse et les médecins dentistes conventionnés.

Articles 43 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 42 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées par avenant à la présente convention.

Titre V : La rémunération des médecins dentistes

Article 44 : Pour toutes les prestations qu'il dispense en ambulatoire aux bénéficiaires en respect des termes de la présente convention, le médecin dentiste est rémunéré à l'acte et dans la limite des honoraires annexés à la présente convention.

Article 45 : Le médecin dentiste consulté perçoit l'intégralité de ses honoraires du bénéficiaire qui se fait rembourser ultérieurement par la caisse ; il établit ses honoraires conventionnels en appliquant les cotations prévues par la nomenclature générale des actes professionnels et les honoraires conventionnels.

Les honoraires conventionnels définis à l'alinéa premier du présent article sont opposables aux parties.

Les parties oeuvreront dans le cadre des instances réglementaires concernées en vue de l'adaptation de la nomenclature générale des actes professionnels à la science et aux techniques nouvelles dans un souci de qualité et de maîtrise des coûts.

Article 46: Le médecin dentiste n'est, en aucun cas et sous quelque forme que ce soit, autorisé à pratiquer vis à vis des bénéficiaires de l'assurance maladie des honoraires supérieurs aux honoraires conventionnels définis à l'article 45 de cette convention. Tout dépassement desdits honoraires est passible des mesures et sanctions prévues par la présente convention.

Titre VI : Le contrôle médical

Article 47: Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et des références médicales désignées dans l'article 23 de la présente convention et le cas échéant, sur la base des normes et des protocoles thérapeutiques et des références médicales en vigueur.

Article 48: Lors de l'exercice des missions qui leurs sont confiées en vertu de la réglementation en vigueur et notamment du décret N° 2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif aux modalités et aux procédures du contrôle médical, les praticiens conseils veillent, dans le respect des dispositions prévues par la déontologie et des devoirs de confraternité, à l'établissement de relations de partenariat avec leurs confrères les médecins dentistes conventionnés.

Article 49 : Dans le cadre des missions qui leurs sont confiées et en respect de la réglementation en vigueur et des dispositions de la présente convention, les praticiens conseils observent avec rigueur les mesures à même de faciliter l'accès des bénéficiaires aux soins médicaux dispensés par les médecins dentistes conventionnés au profit.

Pour sa part, le médecin dentiste conventionné contribue à la réalisation de cet objectif en communiquant au praticien conseil, tous les renseignements et les documents relatifs aux prestations de soins en questions et qui lui sont nécessaires à la bonne exécution de sa mission.

Article 50 : Le médecin dentiste conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du praticien conseil.

Article 51 : Sauf manquement grave aux dispositions réglementaires ou conventionnelles, le praticien conseil et le médecin dentiste conventionné doivent, en cas de litige ou de divergence de leur point de vue, privilégier les solutions concertées et les règlements à l'amiable préalablement aux voies de recours prévues par les dispositions réglementaires et conventionnelles.

Article 52 : Les praticiens conseils, s'engagent à apporter à leurs confrères médecins dentistes conventionnés toute information utile à l'exercice conventionnel de leur profession et notamment celles relatives à la réglementation dans le domaine sanitaire et social.

Titre VII : Le suivi de la relation conventionnelle et le règlement des litiges

Article 53 : Conformément au décret n° 2005-3154 du 12 décembre 2005 relatif aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de soins et la caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du médecin dentiste qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, les mesures de nature à conserver ses droits.

Article 54 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration de commissions paritaires régionales chargées, selon leur domaine de compétence, du suivi des différents aspects de cette convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes. Dans ce cas, la commission sectorielle nationale, instituée par le décret mentionné à l'article 53 de la présente convention, constitue une instance d'appel pour les décisions émanant des commissions paritaires régionales.

Article 55 : Le médecin dentiste qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire régionale territorialement compétente ou le cas échéant devant la commission sectorielle nationale conformément aux conditions et aux modalités prévues par le décret régissant les relations conventionnelles et celles énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

Article 56 : En sus du recours aux instances conventionnelles, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 57 : La caisse peut procéder au rappel à l'ordre du médecin dentiste faisant défaut à ses obligations conventionnelles par lettre recommandée avec accusé de réception lui indiquant le manquement et l'invitant à le corriger.

En outre, la caisse peut saisir les instances conventionnelles et leur soumettre le manquement constaté en vue de prendre à son égard toute mesure qu'elle juge nécessaire.

Chapitre 2 : Le droit de recours du médecin dentiste

Article 58 : En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le médecin dentiste peut demander à la caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre.

Article 59 : Le médecin dentiste qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la caisse, peut saisir la commission paritaire régionale en vue de réexaminer la dite décision et ce par demande écrite au nom du président de la commission et adressée au centre régional où siège cette dernière.

Article 60 : Après recours devant la commission paritaire régionale le médecin dentiste pourrait demander l'examen de la décision devant la commission sectorielle nationale par lettre recommandée adressée au nom de son président.

Chapitre 3 : Les commissions paritaires régionales (CPR)

Article 61 : Il est institué cinq commissions paritaires régionales dans les régions de Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja, chargées de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les médecins dentistes conventionnés. Ces commissions constituent un premier recours avant l'éventuelle soumission du litige à la commission nationale.

Les parties peuvent convenir par avenant de l'extension de ces commissions.

Article 62 : Sans compromettre l'obligation des commissions régionales d'explorer toutes les voies d'arrangement à l'amiable entre les parties au litige, les décisions de ces commissions revêtent un aspect purement consultatif.

▪ Mission et composition

Article 63 : Les commissions paritaires régionales constituent un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Leur mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

Article 64 : La composition des dites commissions régionales est fixée comme suit :

- Trois représentants du syndicat le plus représentatif des médecins dentistes, désignés par ledit syndicat ;
- Trois représentants de la caisse désignés par son président directeur général.

Chaque partie désigne pour chaque membre son suppléant.

Article 65 : Chaque partie désigne ses membres représentants auprès de chacune des commissions paritaires régionales dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention et en informe l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

▪ Modalités de fonctionnement

Article 66 : Chaque commission paritaire régionale est appelée à se réunir au moins une fois par mois. Toutefois, elle peut, en dehors de la périodicité indiquée, se réunir sur initiative de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire.

Chaque CPR siège au Centre Régional de la caisse du chef lieu du gouvernorat concerné (Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja) qui assure son secrétariat.

Article 67 : La première réunion de la commission paritaire régionale se tient sur convocation du chef du centre régional lieu de son siège dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la convention.

Article 68 : La commission paritaire régionale désigne lors de sa première réunion et pour une période de six mois un président et un vice président parmi ses membres selon les règles suivantes :

- la présidence est fixée par alternance entre le syndicat et la caisse. Ainsi, deux présidents successifs ne peuvent appartenir à une même partie.
- Le président et le vice président désignés pour une même période ne peuvent appartenir à la même partie.

Article 69 : En cas d'absence du président, le vice président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

Article 70 : La commission ne peut délibérer concernant un dossier inscrit pour la première fois à son ordre du jour qu'après réunion d'au moins quatre de ses membres. A défaut du quorum indiqué, l'examen du dossier en question est reporté à une deuxième réunion que la commission devrait tenir au 7^{ème} jour qui suit la date de la première réunion. Quant cette échéance ne coïncide pas avec un jour ouvrable, la date de la réunion est fixée au premier jour ouvrable qui y succède. Dans ce cas, la commission délibère légalement quelque soit le nombre des présents lors de cette deuxième réunion.

Article 71 : L'ordre de jour des réunions de la commission est arrêté par son président qui doit y inscrire, en fonction de leur priorité, les problématiques qui lui sont formulées par écrit par la caisse ou par l'un des médecins conventionnés.

Article 72 : Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu dans l'article 70 de la présente convention, le président de la commission est tenu d'informer ses membres de chaque réunion programmée avant au moins 7 jours de la date qui lui est prévue. La lettre d'information doit être accompagnée de l'ordre du jour de la réunion et d'une copie des dossiers qui y seront examinés.

Article 73 : Le président de la commission saisi d'une requête est tenu d'informer le médecin dentiste concerné de la date d'examen de son dossier avant au moins 7 jours de la réunion de la commission. Il peut aussi et en cas de besoin le convoquer.

Article 74 : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

Article 75 : Durant l'exercice de la mission qui lui est attribuée et en vue de rationaliser ses décisions, la commission peut en cas de besoins, procéder aux investigations et aux travaux d'expertise qu'elle juge nécessaires.

Article 76 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Titre VIII : La formation médicale conventionnelle

Article 77 : Considérant la Formation Médicale Continue (FMC) comme outil fondamental de la qualité des soins ainsi que de la maîtrise médicalisée des dépenses qui en découlent, les parties signataires s'engagent à la promouvoir dans le cadre conventionnel.

Article 78 : Les thèmes de la formation Médicale Continue Conventionnelle (FMCC), ses modalités pratiques ainsi que la contribution de chacune des parties dans sa mise en œuvre et son développement seront fixés en commun accord.

Article 79 : Tout médecin dentiste conventionné se doit de participer aux actions de FMCC selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

Titre IX : L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 80 : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures éventuelles qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

Titre X : L'exercice illégal de la médecine dentaire

Article 81 : Dans le but de sauvegarder l'assuré social contre les pratiques nuisant à sa santé buccodentaire, découlant de l'exercice illégal de la médecine dentaire, les parties signataires de la présente convention s'informent mutuellement et informent les instances conventionnelles des faits dont elles ont eu connaissance et des actions engagées conformément à la réglementation en vigueur.

Titre XI : Révision de la convention et procédures de renonciation

Chapitre 1 : Durée de la convention et procédure de sa révision

Article 82 : La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance, par l'une des parties signataires.

La dénonciation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception destinée à l'autre partie dont une copie est adressée au Ministre chargé de la sécurité sociale pour information.

Article 83 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 82, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'expiration.

Chapitre 2 : Procédure de résiliation, de renonciation et de ré adhésion à la convention

Section 1 : L'interdiction de l'exercice de la médecine dentaire

Article 84 : Toute sanction exécutoire prononcée par une instance disciplinaire ou juridictionnelle à l'encontre d'un médecin dentiste conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne systématiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis du médecin dentiste concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Section 2 : La renonciation et la ré adhésion

Article 85 : Tout médecin dentiste peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du médecin dentiste prend effet le 91^{ème} jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Article 86 : Le médecin dentiste qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable, vis à vis de la caisse et des bénéficiaires, de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au médecin dentiste en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

Article 87 : Un médecin dentiste ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés

à son exercice conventionnel antérieur et exécution des éventuelles sanctions prises à son encontre par la caisse ou par les instances conventionnelles ou juridictionnelles.

L'adhésion après renonciation obéit aux mêmes règles de l'adhésion initiale. Toutefois, le délai fixé à l'article 12 de la convention est prolongé à une année.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Dentistes
de Libre Pratique**

Chékib AYED

LES ANNEXES

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن
والتونسيين بالخارج
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب أسنان

إني الممضي أسفله:

الاسم:.....
اللقب:.....
اللقب قبل الزواج (البنات):.....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنفابة التونسية لأطباء الأسنان للممارسة الحرة بتاريخ 2006،

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة:.....
المدينة:..... الترقيم البريدي

الهاتف:..... الفاكس:.....
العنوان الإلكتروني:.....

أطلب انخراطي بالاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء بها من مقتضيات.
المركز المرجع**.....

..... في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة مطابقة للأصل من شهادة للعمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة

* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة
**الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجع (centre de référence) الذي ترغبون في اللجوء إليه في كل معاملاتكم مع الصندوق .

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن
والتونسيين بالخارج
الصندوق الوطني للتأمين على المرض

مطلب انخراط في الاتفاقية القطاعية

طبيب أسنان معوض

إني الممضي أسفله:

الاسم:.....
اللقب:.....
اللقب قبل الزواج (البنات):.....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الأسنان للممارسة الحرة بتاريخ 2006،

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

أطلب انخراطي بالاتفاقية القطاعية المذكورة وألتزم باحترام ما جاء بها من مقتضيات.

..... في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة مطابقة للأصل من شهادة للعمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة

* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة

**ANNEXE RELATIVE
A L'ORDONNANCE MEDICALE**

Docteur (nom, prénom)

Spécialité

Adresse

Tél :

.....{الاسم واللقب} الدكتور

.....الاختصاص

.....العنوان

.....الهاتف :

ORDONNANCE MEDICALE

Mr, Mme (nom, prénom du bénéficiaire){الاسم واللقب} المنتفع

Identifiant unique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المعرف الوحيد

E *US*

Date : __ / __ / ____

Cachet + signature du médecin prescripteur

**ANNEXE RELATIVE
AUX HONORAIRES**

**Honoraires conventionnels relatifs
aux actes de médecine dentaire réalisés en ambulatoire**

Article premier : Les parties conviennent de l'application des honoraires conventionnels indiqués dans le tableau ci-dessous.

Actes		Honoraires (en dinars)			
Désignation	Définition	2007	2008	2009	2010
Cd	Consultation du médecin dentiste	15,000	15,000	15,000	15,000
Cds	Consultation du médecin dentiste spécialiste (orthodontiste)	25,000	25,000	25,000	25,000
D	Acte réalisé par un médecin dentiste	1,600	1,700	1,700	1,700

NB : pour les visites, le médecin dentiste est tenu d'appliquer les règles fixées par la nomenclature (Cd conventionnel x coefficient); le coefficient est égal à 1,5 pour les visites de jour et à 2 pour les visites effectuées la nuit, le dimanche et les jours fériés ; dans tous les cas la caisse ne rembourse qu'un Cd.

Article 2 : Les parties conviennent de la révision, avant la fin 2010, des honoraires conventionnels indiqués à l'article premier du présent annexe, compte tenu des indicateurs économiques relatifs à l'évolution du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) et du taux d'inflation.
Cette révision ne prendra effet qu'à partir du premier janvier 2011.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

**Le Président Directeur Général
de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Dentistes
de Libre Pratique**

Chékib AYED

CESSATION DE FONCTIONS

Par décret n° 2007-260 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Monsieur Mohamed Hédi Hassine, professeur principal hors classe de l'enseignement, en qualité de directeur d'établissement des œuvres universitaires de la catégorie (A) à la cité universitaire de Montfleury.

Par décret n° 2007-261 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Monsieur Moncef Bouabid, professeur principal hors classe de l'enseignement, en qualité de directeur d'établissement des œuvres universitaires de la catégorie (A) à la cité universitaire Ben Arous.

Par décret n° 2007-262 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Monsieur Mohamed Nejib Rouin, professeur principal de l'enseignement secondaire, en qualité de directeur d'établissement des œuvres universitaires de la catégorie (A) à la cité universitaire El Mourouj.

Par décret n° 2007-263 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Madame Zakia Bellagha épouse Guellouz, professeur principal de l'enseignement technique, en qualité de directeur d'établissement des œuvres universitaires de la catégorie (B) au foyer universitaire Ibn Rochd Tunis.

Par décret n° 2007-264 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Monsieur Hazem Kaouech, administrateur conseiller, en qualité de secrétaire d'établissement d'enseignement supérieur et de recherche à la faculté des sciences mathématiques, physiques et naturelles de Tunis à compter du 11 septembre 2006.

Par décret n° 2007-265 du 6 février 2007.

Il est mis fin aux fonctions de Monsieur Abdelmajid Laaraiedh, administrateur conseiller, en qualité de secrétaire d'établissement d'enseignement supérieur et de recherche à la faculté des sciences économiques et de gestion de Tunis à compter du 11 septembre 2006.