

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION SECTORIELLE DES CLINIQUES PRIVEES

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

d'une part

**La Chambre Syndicale Nationale des Cliniques Privées,
représentée par son Président ;**

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 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 de la CNAM 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 établissements sanitaires privés en tant que dispensateurs de soins et leur 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 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 ;

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 : DEFINITIONS

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

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.

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.

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 la clinique conventionnée dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la caisse; la clinique s'y réfère dans ses relations avec la caisse et notamment pour lui adresser ses factures.

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.

Décision de prise en charge : Accord donné par la caisse en vue de procéder au règlement d'un assuré ou d'un 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 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.

Etablissement sanitaire privé (clinique privée) conventionné : clinique privée ayant adhéré à la convention sectorielle des cliniques et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles dont notamment celles concernant les tarifs forfaitaires.

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

Forfait global conventionnel (FGC) : tarif conventionnel établi d'un commun accord entre les parties concernées pour chaque type d'hospitalisation que la caisse est autorisée à prendre en charge dans les établissements sanitaires privés, et ce, indépendamment du tarif forfaitaire de responsabilité (voir définition TFR).

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 caisse 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.

Nomenclature des actes médicaux : 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 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.

Pharmacie externe (médicaments de la) : Médicaments non inclus dans la liste des médicaments pouvant être détenus dans les établissements sanitaires privés, fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé publique.

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

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".

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 du avancé au titre des prestations qui lui ont été fournies.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif forfaitaire de rémunération de l'hospitalisation que la caisse est autorisée à prendre en charge.

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 à la victime qu'au soignant.

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : cliniques privées concernées

Article 1 : La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse et les cliniques monodisciplinaires et pluridisciplinaires (polycliniques) autorisées à dispenser des soins d'hospitalisation en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

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

Toutefois, la présente convention ne s'applique pas aux centres d'hémodialyse qui feront l'objet d'une convention spécifique.

Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

Article 2 : Les dispositions de la présente convention concernent exclusivement les bénéficiaires munis d'un support délivré par la caisse autorisant l'accès aux soins dispensés par les cliniques conventionnées, dénommées ci-après « cliniques ».

Chapitre 3 : Prestations couvertes

Article 3 : La présente convention couvre toutes les prestations effectuées en hospitalisation conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur notamment celle régissant le régime de base et dans la limite de la liste fixée par l'arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique, précisant les types d'hospitalisation que la caisse est habilitée à prendre en charge dans les cliniques.

Article 4 : Dans les conditions prévues à l'article 3, la caisse prend en charge forfaitairement les frais de séjour et des soins au profit des bénéficiaires au titre de leur hospitalisation dans les cliniques.

Titre III : les conditions et les modalités d'adhésion

Article 5 : L'adhésion de la clinique 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, à la clinique de bénéficier des droits qui en découlent.

Article 6 : Pour adhérer à la présente convention, la clinique 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'exploitation de la clinique, délivrée par le ministre chargé de la santé publique ou le cas échéant le certificat de dépôt du cahier des charges délivré par les services du ministère chargé de la santé publique,
- une copie de la carte d'identité nationale du directeur et le cas échéant du directeur technique de la clinique,
- une copie du statut juridique de la clinique.

Article 7 : La caisse informe le directeur de la clinique 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 ;

Article 8 : La caisse adresse au directeur de la clinique ayant déposé un dossier complet, une notification d'adhésion mentionnant la dénomination de cette dernière, le code spécifique qu'elle devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de l'adhésion à la convention ainsi que le « centre de référence ».

N'est considérée conventionnée que la clinique ayant reçu sa notification d'adhésion.

Article 9 : Dès la réception de la notification d'adhésion, le directeur de la clinique est tenu d'en informer le public en affichant à l'entrée de l'établissement la mention « clinique conventionnée avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Article 10 : Le directeur de la clinique est tenu d'informer la caisse de tout changement affectant son statut ou sa direction et de tout transfert d'adresse, extension ou transformation, et ce en lui adressant une copie du certificat de dépôt du cahier des charges.

En outre, en cas de cession ou transfert de propriété de la clinique, l'adhésion à la présente convention cesse son effet de plein droit ; elle est renouvelée dans les termes identiques à ceux de l'adhésion initiale sur présentation d'un nouveau dossier d'adhésion et dans les mêmes conditions prévues aux articles 6, 7 et 8 de la présente convention.

Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

Chapitre 1 : règles générales

Article 11 : Les dispositions de la présente convention ne s'appliquent aux parties que dans le cas où le médecin (ou chirurgien) traitant ainsi que le laboratoire d'analyses médicales impliqués dans la prise en charge du bénéficiaire sont conventionnés à la caisse.

Section 1 : l'accès aux soins

Article 12 : Toute hospitalisation rentrant dans le cadre de la liste mentionnée à l'article 3, d'un bénéficiaire dans une clinique doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable auprès de la caisse ; toutefois, en cas d'urgence et dans le respect des mêmes conditions, la clinique doit faire parvenir la demande d'accord préalable au centre de référence, dans le jour ouvrable qui suit le jour de l'admission du bénéficiaire en indiquant les circonstances dûment prouvées dans lesquelles il a été hospitalisé.

Article 13: Dans les conditions de l'article 12 et en cas d'accord, la caisse délivre au bénéficiaire une décision de prise en charge, en double exemplaire, mentionnant :

- l'identité et l'identifiant unique du bénéficiaire,
- le type d'hospitalisation objet de la prise en charge et son code,
- le montant forfaitaire de l'engagement de la caisse,
- la durée de validité de la prise en charge.

Article 14: Lors de l'hospitalisation d'un bénéficiaire dans une clinique, celle-ci doit vérifier notamment :

- son identité,
- la conformité et la validité de la décision de prise en charge.

La caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins permettant de les identifier.

Article 15: En l'absence d'une décision de prise en charge délivrée par la caisse, les frais d'hospitalisation d'un bénéficiaire sont exclusivement à sa charge et ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement ; ces mêmes dispositions s'appliquent à toute hospitalisation non incluse dans la liste mentionnée à l'article 3 de la présente convention.

Article 16: Les cliniques s'interdisent toute pratique de discrimination à l'encontre des bénéficiaires, tendant à privilégier la prise en charge de certaines catégories d'entre eux au détriment d'autres, notamment en fonction de leur état de santé.

Section 2 : la dispensation des prestations

Article 17 : Etant partenaires au processus de qualité et de maîtrise du coût des soins, la clinique et la caisse oeuvrent à la réalisation des objectifs fixés à ce titre par les instances consultatives conventionnelles ou réglementaires.

Article 18 : La clinique s'engage à garantir aux bénéficiaires les conditions d'hébergement et de dispensation des soins adéquates et conformes aux dispositions réglementaires qui les régissent.

Article 19: Les parties conviennent que le forfait global conventionnel (FGC) indiqué à l'article 21, couvre tous les soins pour lesquels l'hospitalisation a été indiquée, et ce, dans les conditions prévues par le présent titre et selon les modalités suivantes :

- 1- pour les interventions chirurgicales et médicales, le forfait global couvre, à compter de la date d'admission du bénéficiaire et durant la période post opératoire :
 - tous les frais de clinique incluant notamment l'hébergement, la salle d'opération, l'usage des équipements médicaux, les produits pharmaceutiques et consommables et tous les soins effectués par le personnel soignant de la clinique, excepté les explorations spécialisées y compris radiologiques et la pharmacie externe,
 - tous les frais des soins médicaux et chirurgicaux effectués par l'équipe médicale y compris l'anesthésie et la réanimation,
 - tous les frais d'analyses médicales.

La période post opératoire sera fixée pour chaque type d'hospitalisation dans l'avenant qui lui est réservé.

- 2- pour les hospitalisations sans intervention chirurgicale, le forfait global couvre :
 - tous les frais de clinique incluant notamment l'hébergement, l'usage des équipements médicaux, les produits pharmaceutiques et consommables et tous les soins effectués par le personnel soignant de la clinique, excepté les explorations spécialisées y compris radiologiques et la pharmacie externe,
 - tous les frais des soins effectués par l'équipe médicale y compris la réanimation,
 - tous les frais d'analyses médicales.

Article 20: Outre les prestations énumérées à l'article 19, le forfait global conventionnel peut couvrir selon les dispositions arrêtées, d'un commun accord, par l'avenant mentionné dans ce même article, les frais des prestations nécessitées par les complications liées à l'hospitalisation.

Section 3 : La rémunération des hospitalisations

Article 21: La rémunération, au titre d'une hospitalisation classique ou de jour, des prestations énumérées dans l'article 19 de la présente convention, est incluse dans la

rémunération forfaitaire globale conventionnelle de l'hospitalisation en question, désignée dans ce qui suit par Forfait Global Conventionnel (FGC).

Article 22: Dans les conditions de l'article 3 de la présente convention, la caisse prend en charge les frais d'hospitalisation du bénéficiaire dans la limite du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Le reliquat par rapport au FGC est à la charge de l'assuré et, de ce fait, ne peut être réclamé à la caisse.

Article 23 : Le FGC de chaque type d'hospitalisation est fixé d'un commun accord entre la caisse et les syndicats respectifs des cliniques, des médecins et des laboratoires d'analyses médicales et fait l'objet d'un avenant à la présente convention. Les parties fixent en outre dans cet avenant la part à payer par la caisse à chacun des intervenants et ce, dans la limite d'une somme globale ne dépassant pas le TFR.

Article 24: La clinique n'est, en aucun cas et sous quelque forme que ce soit, autorisée à pratiquer, vis-à-vis des bénéficiaires, des tarifs ou des honoraires supérieurs au FGC. Tout dépassement dudit forfait est passible des mesures et sanctions prévues par la présente convention.

Article 25: Dans les conditions de l'article 24, les frais liés aux prestations « extras » mentionnées dans la liste annexée à la présente convention ne sont pas couverts par le FGC et sont de ce fait à la charge du bénéficiaire.

Article 26: Pour toute hospitalisation d'un bénéficiaire, la clinique adresse au centre de référence un dossier de facturation comportant :

- l'original de la décision de prise en charge délivrée par la caisse ;
- le compte rendu détaillé de l'hospitalisation (selon modèle fourni par la caisse) rédigé par le médecin ou le chirurgien traitant et adressé, sous pli confidentiel, au médecin conseil ;
- une facture établie par la clinique au nom de la caisse et mentionnant :
 - l'identifiant unique du bénéficiaire,
 - le nom et le prénom du bénéficiaire,
 - les dates et modes d'entrée et de sortie du bénéficiaire,
 - le code spécifique désignant le type d'hospitalisation
 - le numéro de référence de la décision de prise en charge ;
- une note d'honoraires forfaitaires relative aux soins médicaux et chirurgicaux effectués par l'équipe médicale y compris l'anesthésie et la réanimation, établie au nom de la caisse par le médecin ou le chirurgien traitant (selon modèle fourni par la caisse) ;
- une note d'honoraires forfaitaires établie au nom de la caisse par le laboratoire d'analyses médicales ayant réalisé les analyses au profit du bénéficiaire hospitalisé (selon modèle fourni par la caisse).

Les dossiers de facturation sont transmis directement au centre de référence par un bordereau indiquant pour chaque facture l'identifiant unique du bénéficiaire hospitalisé et la référence de la décision de prise en charge qui s'y rapporte.

Article 27: dans les situations d'exception où l'acte opératoire réalisé n'est pas conforme à l'acte ayant fait l'objet d'une décision de prise en charge émise par la caisse en raison d'un redressement du diagnostic initial en per-opératoire, les parties procèdent sur avis du médecin conseil comme suit :

si l'acte réalisé correspond à un type d'hospitalisation inclus dans la liste des hospitalisations mentionnée à l'article 3 de la présente

convention, les parties procèdent au règlement selon les dispositions de l'avenant relatif à ce type d'hospitalisation ;
dans le cas contraire, la caisse supporte le dépassement éventuel du FGC selon les modalités précisées dans l'avenant relatif à l'acte objet de la prise en charge.

Article 28: La caisse procède au paiement de la clinique dans un délai de 20 jours à compter de la date de réception du dossier de facturations et ce par virement bancaire ou postal au compte indiqué dans le dossier d'adhésion.

Article 29: Dans les 30 jours qui suivent la réception du dossier de facturation, la caisse adresse à la clinique concernée 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 factures payées ou éventuellement contestées.

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

Article 30 : 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 cliniques.

Articles 31: Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 30 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées par avenant à la présente convention.

Chapitre 2 : dispositions particulières

Section unique : l'interruption de l'hospitalisation

Article 32: Quelle qu'en soit la cause, le directeur de la clinique est tenu d'informer le centre de référence de toute interruption de l'hospitalisation d'un bénéficiaire survenue avant la réalisation de l'acte principal diagnostic ou thérapeutique objet de la décision de prise en charge délivrée par la caisse et ce, dans le jour ouvrable qui suit sa sortie de la clinique.

Article 33: Les parties conviennent de la rémunération forfaitaire partielle de toute hospitalisation interrompue dans les conditions de l'article 34. Dans ce cas, la clinique s'interdit de facturer à la caisse ou à l'assuré la totalité de leurs parts respectives dans le FGC.

Toutefois, dans le cas où le bénéficiaire interrompt son hospitalisation contre l'avis médical, il en assume seul les frais conséquents.

Article 34: Dans les conditions de l'article 33, les parties conviennent de fixer dans l'avenant relatif à chaque type d'hospitalisation la part forfaitaire à payer par la caisse et par l'assuré en cas d'interruption de l'hospitalisation pour les motifs suivants :

- décès du bénéficiaire ;
- interruption pour raisons médicales ;
- transfert urgent pour raisons médicales dans un autre établissement sanitaire privé ou une structure sanitaire publique.

Titre V : Le contrôle médical

Article 35: Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires, notamment celles relatives à la déontologie médicale, au contrôle médical et aux établissements sanitaires privés.

Article 36: Dans le respect des dispositions du décret 2005-3031 du 21 novembre 2005, le directeur et le directeur technique d'une clinique s'engagent à faciliter l'accès à l'établissement qu'ils dirigent, aux praticiens conseils et à leur fournir toute information et tout document qu'ils réclament et notamment le dossier médical.

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

Article 37: 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 de la clinique 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 38 de cette convention.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 38: La caisse peut prendre à l'encontre de la clinique faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement de la clinique et invitant son directeur à le corriger.
- la suspension du paiement de la clinique dans la limite du coût de la prestation 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 de la clinique concernée toute mesure qu'elle juge nécessaire.

Article 39: Les décisions de suspension du paiement prises par la caisse sont immédiatement exécutoires.

Article 40: La caisse est tenue de notifier sa décision au directeur de la clinique, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

Chapitre 2 : Le droit de recours de la clinique

Article 41: En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le directeur de la clinique 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 facture, le directeur de la clinique peut saisir la caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du dossier de paiement par cette dernière.

Article 42: En outre, le directeur de la clinique 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 43: 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 VII : L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 44 : 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 VIII : Révision de la convention et procédures de renonciation

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

Article 45 : La présente convention est conclue pour une durée de trois 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 46: En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 45, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

Article 47: Les avenants fixant les forfaits conventionnels précisent en outre la périodicité et les critères de leur révision.

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

Section 1 : L'interdiction de l'exercice

Article 48: Toute sanction prononcée par une instance administrative ou juridictionnelle à l'encontre d'une clinique, portant fermeture temporaire ou définitive, entraîne systématiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis de la clinique concernée et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Section 2 : La renonciation et la réadhésion

Article 49: Toute clinique peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision de renonciation prend effet le 91^{ème} jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Article 50: La clinique 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 à la clinique en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

En outre, vis-à-vis de la clinique 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 l'exercice conventionnel de la clinique concernée antérieur à sa cessation d'adhésion.

Article 51: Une clinique 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.

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 29 mars 2007

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

Naceur GHARBI

**Le Président de la Chambre
Syndicale Nationale
des Cliniques Privées**

Boubaker ZAKHAMA