

République Tunisienne

Ministère des Affaires Sociales



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CONVENTION SECTORIELLE
DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE**

NOVEMBRE 2020

**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 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 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 le bénéficiaire d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les professionnels 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.

Accueil personnalisé: un bureau au niveau des centres régionaux et locaux de la Caisse dédié à accueillir les professionnels de santé afin de faciliter toutes leurs transactions avec la Caisse.

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 choisi 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.

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 caisse 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(JORT) 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 médecin conventionné 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 médical: 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 (médecin) 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 (médecin) conventionné 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 Tunisien des Médecins Libéraux.

Hospitalisation classique (séjour hospitalier):Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier public ou privé. 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 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 qui exerce dans le secteur privé, ayant adhéré à titre personnel à la convention sectorielle des médecins et devant à ce titre respecté ses obligations conventionnelles.

Médecin de famille: Tout médecin généraliste ou médecin de famille de libres pratiques conventionnées avec la Caisse peut être médecin de famille. Son choix est laissé à l'appréciation de l'assuré social avec accord du praticien.

Au cœur du parcours de soins coordonnés, le médecin de famille joue un rôle central dans le suivi médical personnalisé et coordonné de l'assuré social et de ses ayants droits. En effet, il:

- Assure au niveau de son cabinet les soins et la prévention de 1^{er} niveau,
- Coordonne les soins et s'assure du suivi médical optimal du patient,
- Oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés,
- Centralise toutes les informations dans le dossier médical du patient.
- Afin de pouvoir assurer ce rôle, le médecin de famille est l'élément central dans le suivi des différentes pathologies y compris les APCI à l'exception des bénéficiaires disposant de leur propre médecin traitant.

Médecin traitant: Tout médecin spécialiste de libre pratique conventionné avec la Caisse peut être un médecin traitant dans la limite de ses compétences.

Après le consentement commun entre le bénéficiaire et son médecin choisi, ce dernier est désigné nominativement sur la décision de prise en charge délivrée par la Caisse pour assurer le suivi de l'APCI dans le cadre du tiers payant.

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.

Nomenclature Générale des Actes médicaux et paramédicaux: 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 caisse.

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. Elles sont communément désignées par «protocoles thérapeutiques» ou «consensus».

Société de médecins: tout regroupement de médecins sous forme de société conforme à la réglementation en vigueur et autorisé par le conseil de l'ordre des médecins dans le but d'assurer une amélioration de l'organisation matérielle de leur travail par la mise en commun d'équipements professionnels et de locaux ainsi que la mise en commun des honoraires.

Soin: 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, à l'éducation sanitaire, 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.

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, admis à exercer en Tunisie dans le secteur libéral privé 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.

Toutefois, le médecin hémodialyseur qui dispose d'un cabinet médical peut adhérer à cette convention.

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

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. Les modalités d'application des protocoles thérapeutiques sont définies d'un commun accord.

Tout soin hors protocoles thérapeutiques, dispensé ou prescrit par le médecin conventionné, est obligatoirement soumis par ce dernier au contrôle médical de la caisse.

Article 11: Dans l'attente de la parution des protocoles thérapeutiques et des références médicales cités dans les articles de la présente convention, les parties conviennent d'adopter à titre provisoire les recommandations de bonnes pratiques élaborées et validées consensuellement par la CNAM et le STML (en annexe), ainsi que toute autre RBP établi d'un commun accord.

Tout soin hors protocoles thérapeutiques ou hors recommandations de bonnes pratiques, dispensé ou prescrit par le médecin conventionné, est obligatoirement soumis au contrôle médical de la caisse.

Article 12: 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 13: 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.

Titre III: La coordination des soins

Article 14: Les parties contractantes œuvreront 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 de famille 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 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: Le médecin de famille ou le médecin traitant de l'APCI peut demander de mettre fin à sa relation avec le bénéficiaire de soins dans le cadre du PSC. Il est tenu d'informer la caisse trois mois avant la fin de l'année en cours. De son côté la caisse

procède à l'information du bénéficiaire et l'appelle à changer de médecin de famille ou de médecin traitant. Afin d'assurer la continuité des soins, le médecin est tenu de délivrer au bénéficiaire son dossier médical. Cette résiliation prendra effet à compter du premier janvier de l'année qui suit.

Article 17: Toutefois, le MF ou le médecin traitant peut à tout moment, et en cas de désaccord avec le bénéficiaire de soins, demander la résiliation de sa relation avec lui dans le cadre du PSC Cette demande doit être dûment argumentée et communiquée au centre de référence (dépôt direct contre décharge ou par courrier postal avec accusé de réception). Après avoir étudié la demande, la caisse doit informer le médecin concerné de la décision dans un délai ne dépassant pas les trente jours à partir de la date de la réception de la demande (par courrier postal avec accusé de réception). La date d'effet de la résiliation sera mentionnée dans la lettre d'information.

Article 18: 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. Il en est de même pour le choix de la filière. De sa part le médecin s'engage à ne pas orienter ses patients vers des prestataires ou des établissements sanitaires bien déterminés au dépend d'autres.

Article 19: Les frais des soins médicaux ambulatoires relatifs aux maladies ordinaires dispensés au profit des bénéficiaires adhérant 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,
- Une copie de la carte d'identification fiscale,
- Un relevé de l'identité bancaire ou postale,

A cet effet et afin de garantir un meilleur accueil aux professionnels de santé et faciliter toutes leurs ultérieures transactions, la Caisse s'engage à réserver un bureau au niveau des centres régionaux et locaux de la Caisse dédié.

Toutefois les médecins déjà adhérents à l'ancienne convention sectorielle sont considéré automatiquement adhérents à cette nouvelle convention, sauf désistement écrit de leur part.

Article 23: La Caisse ne peut refuser le conventionnement d'un médecin exerçant en respect des conditions référencées l'article premier de la présente convention et ayant déposé un dossier d'adhésion complet et conforme.

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 et aux sociétés civiles professionnelles de médecins:

Article 26: Tout service de médecine d'urgence et toute société de médecins peut, dans les conditions prévues à l'article 27, adhérer à la présente convention au titre des soins dispensés aux bénéficiaires dans ladite société, en conformité aux dispositions réglementaires en vigueur.

Article 27: L'adhésion de la société de médecins 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 (pour les services de médecine d'urgence).

Article 28: La société de médecins ou le 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 de la société de médecins ou du service d'urgence délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie,
- Un dossier d'adhésion pour chaque médecin associé selon les modalités prévues à l'article 22,
- Une copie de l'autorisation d'exploitation délivrée par les services du ministère chargé de la santé,
- Une copie du statut de la société visé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie,
- Une copie du registre de commerce (RNE)
- Une copie de la carte d'identification fiscale,
- Un relevé de l'identité bancaire ou postale,
- Une copie de la carte d'identité nationale du gérant de la société,
- Un certificat d'affiliation à la caisse nationale de sécurité,
- la liste des tous les médecins exerçant dans le service de médecine d'urgence (autres que les associés), avec leurs codes conventionnels et les visas de l'Ordre des Médecins sur les accords conclus entre eux et le service d'urgence.

Article 29: La caisse est tenue d'informer la société de médecins ou le service d'urgence de la suite réservée à son dossier d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les soixante jours qui suivent le jour de dépôt d'un dossier complet, 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 ou le service d'urgence sont tenus d'en informer le public en affichant à l'entrée du local la mention « société civile professionnelle ou service de médecine d'urgence conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

Titre V: Les règles liées à l'exercice conventionnel

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: 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.

De même, le médecin spécialiste consulté en second recours dans le cadre de la filière privée, par un enfant adressé par un pédiatre, doit porter la mention «OMF» et apposer son cachet et sa signature à l'angle inférieur gauche du verso de toute ordonnance émise.

Article 38: Dans les conditions de l'article 37, 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 39: 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 40: 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 39 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 41: 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 42: 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 43: En cas d'absence imprévue de plus de sept 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, selon formulaire en annexe dans un délai ne dépassant pas les sept jours ouvrables qui suivent le premier jour de remplacement .

Article 44: 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 45: Dans les conditions prévues par les articles 43 et 44, et en cas de remplacement non conforme à la réglementation en vigueur ou n'ayant pas fait l'objet d'une lettre d'information destinée à la caisse, les décomptes se rapportant à la période dudit remplacement sont inopposables à la caisse.

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 et de s'identifier clairement en mettant sur les documents qu'il délivre aux assurés sociaux son nom et prénom, la mention « Médecin remplaçant » et éventuellement son propre code conventionnel.

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 œuvrent à la réalisation des objectifs fixés à ce titre par les instances consultatives conventionnelles ou réglementaires.

Article 49: Le médecin adhérent 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 ne pas prescrire, sur les documents officiels de la caisse ou ceux qui lui sont destinés, les médicaments dont l'indication est hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) ou hors régime de base ou les actes hors nomenclature générale des actes médicaux et paramédicaux.

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 posée 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 83 de la présente convention.

Article 55: A l'exception de l'échographie pratiquée par le médecin spécialiste habilité dans son cabinet, les actes d'imagerie médicale 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 et le médecin exécutant l'acte relèvent de la même spécialité.

La rééducation fonctionnelle pratiquée par les médecins physiques est soumise aux mêmes dispositions d'exception relatives à l'échographie citées dans l'alinéa précédent.

Article 56: Concernant la facturation des actes de radiothérapie, un rapport de fin de traitement (selon modèle fourni par la caisse) est établi obligatoirement par le médecin traitant et joint à la facture qu'il adresse à la caisse.

En cas de paiement direct des frais par l'assuré, ledit rapport est joint au bulletin de soins qui lui est remis en vue de faire valoir ses droits auprès de la caisse.

Article 57: Le médecin s'abstient de percevoir du bénéficiaire ou de facturer à la caisse des honoraires lors de toute consultation de contrôle faisant suite à des analyses de laboratoire, à des explorations complémentaires, au démarrage d'un processus de soins ou à une prise en charge spécialisée par un confrère. Cette disposition n'est plus valable après un délai de 15 jours.

Toutefois, dans le cas d'une consultation rapprochée sans liaison avec la précédente, le médecin joint systématiquement à son décompte un certificat médical circonstancié sous pli confidentiel.

Article 58: Dans le respect des principes déontologiques, le médecin s'abstient de facturer à la caisse des honoraires lors de toute consultation ou acte effectués à ses proches parents (les ascendants, le conjoint et les descendants). Il en est de même pour les prestations effectuées à soi-même.

Article 59: 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 60: 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 61: 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 médical» personnel et y intégrer périodiquement une synthèse des informations transmises par les différents intervenants.

Article 62: 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 63: Tout médecin conventionné consulté par un malade sur prescription de son médecin de famille est tenu de mentionner sur le «dossier médical» 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 64: 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 65: 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 66: 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 67: Tout en respectant les conditions prévues à l'article 66, 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 68: Tout en respectant les 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 69: 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 70: Toute ordonnance relative à la prescription de médicaments, d'analyse ou d'actes diagnostics ou thérapeutiques dans le cadre du suivi des APCI doit être 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 71: 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 72: L'ordonnance porte toujours la date de son établissement.

Section 2: Règles spécifiques à la rédaction des prescriptions médicales

1- La prescription de médicaments

Article 73: Dans ses prescriptions de médicaments au profit des bénéficiaires, le médecin conventionné observe les dispositions réglementaires et déontologiques relatives aux ordonnances médicamenteuses.

Article 74: 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.

Article 75: 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.

2- Les autres règles spécifiques

i. Prescription d'actes de soins:

Article 76: Toute prescription d'acte de soins doit comporter le libellé de l'acte conformément à la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 77: 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 78: 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 79: Lors d'une prescription d'un arrêt de travail, le médecin est appelé à respecter la durée d'incapacité compatible à l'état de santé du malade, conformément à la déontologie et la législation en vigueur.

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 80: Les mémoires d'honoraires sont établis conformément à la réglementation en vigueur et 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 86 ; 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 81: 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 82: Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 81 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées en commun accord par avenant à la présente convention.

Titre VI: La rémunération des médecins

Chapitre 1: Les modes de rémunération des médecins

Article 83: 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 84: 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 85: 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 86: 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 87: 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 88: Par dérogation au principe du plafonnement des frais des soins ambulatoires énoncés à l'article 7, les frais de même nature associés à une affection classée parmi la liste des APCI sont exclus du plafond.

Article 89: 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, ceci dans un délai ne dépassant pas une année à partir de la signature de cette convention.

Article 90: Dans l'attente de la mise en place des dispositions prévues par l'article 89, la caisse s'engage à informer le médecin de famille de tout assuré social ayant épuisé son plafond de soins annuel par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 91: Le médecin de famille informé de l'épuisement du plafond annuel de soins d'un assuré social, s'abstient de facturer à la caisse les honoraires relatifs aux consultations ou actes dispensés à l'assuré en question ou à ses ayants droit dans le cadre de la maladie ordinaire, lesdits honoraires sont désormais à la charge de l'assuré social.

Article 92: La caisse ne peut refuser le paiement du médecin de famille au titre des prestations dispensées à un assuré social ayant épuisé le plafond annuel de soins ou à l'un de ses ayants droits, avant la date signifiée par l'accusé de réception mentionné à l'article 90.

Article 93: En outre, pour toute prescription faite dans le cadre de la maladie ordinaire pour un assuré social ayant épuisé le plafond annuel de soins ou l'un de ses ayants droits, le médecin de famille doit porter à l'angle inférieur gauche de la face de l'ordonnance la mention «plafond atteint».

Article 94: Dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans le cas où la lettre d'orientation délivrée par le médecin de famille porte la mention «plafond atteint», le médecin spécialiste consulté en second recours, s'abstient de facturer à la caisse ses honoraires relatifs aux consultations et aux actes dispensés dans le cadre de la maladie ordinaire. Les honoraires relatifs à ces prestations sont à la charge de l'assuré social.

En outre, et dans ces conditions, le médecin s'abstient de porter mention "orienté par son médecin de famille" ou "OMF" et d'apposer son cachet et sa signature à l'angle inférieur gauche du verso de toute ordonnance qu'il émet.

Article 95: 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 96: Le médecin est tenu de faire parvenir ses notes d'honoraire au centre de référence dans un délai ne dépassant pas les 90 jours de la dernière consultation ou dernier acte inscrit sur ladite note.

En cas de dépassement de ce délai, le médecin pourra recourir à la commission paritaire régionale.

Toutefois les décomptes relatifs aux consultations et actes pratiqués au mois de décembre doivent être déposés avant la fin du mois de février de l'année qui suit.

Article 97: La période couverte par un décompte ne peut dépasser les 90 jours.

Article 98: 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 99: 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 100: 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 101: Dans les 30 jours qui suivent le paiement de chaque note d'honoraires, la caisse adresse au médecin concerné une lettre d'information électronique 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 102: 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 103: 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 de la commission paritaire régionale.

Chapitre 3: Les honoraires conventionnels

Article 104: 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 105: Le médecin est tenu de respecter les honoraires conventionnels définis à l'article 104 de cette convention. Tout dépassement desdits honoraires est passible des mesures et sanctions prévues par la présente convention.

En cas de désaccord sur la détermination des honoraires conventionnels, les deux parties se réservent le droit de demander la dénonciation totale de la présente convention.

Titre VII: Le contrôle médical

Article 106: Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base

des dispositions réglementaires et des références médicales désignées dans les articles 10, 11 et 49 de la présente convention et le cas échéant, sur la base des normes, des protocoles thérapeutiques élaborés sous l'égide du Ministère chargé de la santé publique et des références médicales communément admises.

Article 107: 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 108: 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 109: Le médecin conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du médecin conseil.

Article 110: 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 111: 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 112 : 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 117 de cette convention.

Article 113 : 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 114 : 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 115 : 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.

Article 116 : Les parties signataires s'engagent chacune en ce qui la concerne à veiller à l'application stricte de toutes les dispositions conventionnelles et au maintien d'un climat d'entente. De ce fait ; dans le but de clarifier les modalités d'application des dispositions conventionnelles les parties conviennent de la mise en place d'une commission mixte de suivi des relations conventionnelles composée de cinq membres représentant chaque partie.

La dite commission est tenue de se réunir mensuellement et chaque fois qu'il est nécessaire à la demande de l'une des deux parties. Ses recommandations sont consignées dans un PV adressé aux parties signataires.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 117 : 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 des litiges et la notification de cette mesure à l'intéressé dans un délai de 15 jours.

Chapitre 2 : Le droit de recours du médecin

Article 118 : 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 119 : 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 120 : 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 121 : Il est institué neuf commissions paritaires régionales dans les régions de Tunis, Sfax, Sousse, Gabes, Béja, Bizerte, Nabeul, Médenine et Gafsa 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.

La compétence territoriale des commissions paritaires régionales est fixée comme suit :

CPR	Compétence territoriale
Tunis	Tunis, Ariana, Ben Arous, Mannouba
Bizerte	Bizerte
Béjà	Béjà, Jendouba, Le Kef, Siliana
Nabeul	Nabeul, Zaghouan
Sousse	Sousse, Kairouan, Monastir, Mahdia
Sfax	Sfax, Sidi Bouzid, Kasserine
Gafsa	Gafsa, Tozeur, Kébili
Gabes	Gabes
Médenine	Médenine; Tataouine

Article 122 : 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 exécutoires.

Chacune des deux parties peut avoir recours devant la commission sectorielle nationale.

▪ Mission et composition

Article 123 : 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 124 : 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 125 : 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 126 : Chaque commission paritaire régionale est appelée à se réunir au moins une fois par trimestre. 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, Béja, Bizerte, Nabeul, Médenine et Gafsa) qui assure son secrétariat.

Article 127 : 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 128 : 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 129 : En cas d'absence du président, le vice président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

Article 130 : 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 (deux de chaque partie). A défaut du quorum indiqué, l'examen du dossier en question est reporté à une deuxième réunion que la commission devrait tenir au 15ème 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 131 : 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 132 : Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu dans l'article 130 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 133 : 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 134 : 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 135 : 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 136 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Chapitre 4 : La Commission Sectorielle Nationale des médecins de libre pratique

Mission et composition

Article 137 : La Commission Nationale Sectorielle est compétente pour statuer sur les questions suivantes :

- la veille à la bonne exécution et au suivi de la convention sectorielle des médecins
- le règlement des litiges résultant de l'application de la convention,
- l'examen des demandes émanant des prestataires de soins visant la révision de la décision de la caisse rendue sur avis du praticien conseil.

Article 138 : La Commission Nationale Sectorielle statue, sur les litiges qui lui sont soumis conformément à la législation en vigueur et aux dispositions de la convention cadre et de la convention sectorielle, et ce, dans un délai de deux mois de sa saisine.

Article 139 : La commission sectorielle est présidée par un représentant du ministère chargé de la sécurité sociale et composée des membres suivants :

- un représentant du ministère de la santé publique,
- trois représentants de la caisse nationale d'assurance maladie,
- trois représentants du STML.

Le président et les membres de la commission nationale sectorielle sont désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et sur proposition des organismes concernés

Modalités de fonctionnement

Article 140 : La commission nationale sectorielle se réunit sur convocation de son président chaque fois que cela est jugé nécessaire et au moins une fois par mois. Le secrétariat de la commission est assuré par les services du ministère chargé de la sécurité sociale.

Article 141 : Le président de la commission nationale sectorielle procède à la fixation de l'ordre du jour et à la convocation des membres sept jours au moins avant la date de sa réunion, la convocation doit être accompagnée de l'ordre du jour.

L'un des membres de cette commission peut proposer l'inscription de l'une des questions afférentes à l'exécution de la convention sectorielle à l'ordre du jour de la commission.

Article 142: La réunion de la commission nationale sectorielle ne peut être légalement tenue que si la moitié de ses membres sont présents dont un représentant de chacune des deux parties contractantes. Si le quorum n'est pas atteint, la réunion de la commission est reportée à une date ultérieure au cours des sept jours suivant la première réunion.

La seconde réunion est considérée légale quel que soit le nombre des présents.

La commission examine les questions qui lui sont soumises sur la base d'une demande écrite, accompagnée des justificatifs nécessaires, présentée par la caisse nationale d'assurance maladie

ou le prestataire de soins

Article 143 : En cas de litige entre les parties contractantes, la commission nationale sectorielle peut, le cas échéant, ordonner de procéder aux enquêtes, vérifications et expertises qu'elle juge utile.

La commission doit convoquer le prestataire de soins ou le représentant de la caisse nationale d'assurance maladie pour audition, et ce, sept jours avant la date de sa réunion en indiquant son objet.

Le prestataire de soins peut se faire représenter ou être assisté par une autre personne dont il juge la présence utile.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas d'égalité des voix celle du président de la commission est prépondérante.

Chapitre 5 : l'Arbitrage

Article 144: les parties conviennent de la mise en place d'un processus d'arbitrage en concertation avec les Ministères de tutelle (Ministère des affaires sociales et Ministère de la Santé).

Les modalités seront définies par avenant.

Titre IX: L'information et la formation médicale conventionnelles continues (IFMC)

Article 145 : Considérant l'information et la Formation Médicale conventionnelles Continues (IFMC) comme des outils fondamentaux de la qualité des soins ainsi que de la maîtrise médicalisée des dépenses qui en découlent, les parties signataires s'engagent à les promouvoir dans le cadre conventionnel.

Article 146 : La caisse s'engage à créer une commission mixte chargée de l'information et de la formation médicale conventionnelle continue des médecins conventionnés.

Article 147 : Les parties fixent d'un commun accord les thèmes, les modalités pratiques ainsi que la contribution de chacune d'elles dans les actions de l'IFMC qu'elles conviennent d'entreprendre.

Article 148 : Le syndicat incite les médecins conventionnés à participer aux actions de l'IFMC selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

Titre X: L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 149 : 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: La rationalisation des dépenses d'assurance maladie

Article 150 : les parties conviennent de la mise en place d'un dispositif de veille et d'évaluation de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et de l'application des dispositions de la présente convention visant la rationalisation des pratiques et des prescriptions médicales destinées à cet effet.

Le dit dispositif inclut :

- La définition d'un commun accord des objectifs chiffrés de rationalisation des dépenses d'assurance maladie. Ces objectifs sont explicités dans l'annexe tarifaire et il en est tenu compte lors de la révision ultérieure des tarifs conventionnels.
- la création d'une commission centrale mixte désignée par « commission conventionnelle de rationalisation des dépenses d'assurance maladie » (CCRDAM) dont la composition, les prérogatives et les modalités de fonctionnement sont définies ci-dessous.

Article 151 : la CCRDAM se compose comme suit :

- Trois représentants de la Caisse
- Trois représentants du Syndicat

La coordination des travaux de la commission ainsi que le secrétariat sont assumés par la Caisse

Le recours à des experts se fait sur recommandation préalable de l'une des parties.

Article 152 : les prérogatives de la CCRDAM sont explicitées comme suit :

- Evaluation et suivi des dépenses d'assurance maladie sur la base des données fournies par la Caisse.
- L'évaluation des pratiques et des prescriptions médicales et leur degré de conformité aux dispositions conventionnelles ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques.
- L'évaluation du degré de réalisation des objectifs définis en commun accord dans le cadre de la rationalisation des dépenses d'assurance maladie.
- La proposition d'un commun accord de mesures correctrices contribuant à la réalisation des objectifs de rationalisation des dépenses d'assurance maladie en collaboration avec les CPR selon les mécanismes et les procédures fixés par ladite commission.
- L'élaboration d'un rapport annuel des travaux de la Commission qui sera adressé aux parties signataires dans un délai ne dépassant pas le 31 janvier de l'année suivante.

Article 153 : modalités de fonctionnement de la CCRDAM sont définies comme suit :

- La CCRDAM se réunit au siège de la Caisse trimestriellement (la première semaine qui suit chaque trimestre) et chaque fois que l'une des parties juge nécessaire et sur

demande écrite adressée à l'autre partie.

- Les convocations sont adressées par le coordinateur désigné par la Caisse au moins sept jours ouvrables avant la date de la réunion.
- Les travaux de la Commission ne peuvent se dérouler qu'en présence d'au moins deux représentants de chaque partie.

Titre XII: Révision de la convention et procédures de renonciation

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

Article 154 : La présente convention est conclue pour une durée d'une année à compter de la date de la publication de l'arrêté au Journal Officiel de la République Tunisienne (JORT) après son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale.

Sa reconduction s'effectuera avant son expiration d'un commun accord par avenant pour une période de quatre ans.

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 155 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour une nouvelle période de 4 ans, les parties conviennent de sa reconduction pour une période d'une seule année non renouvelable à compter de sa date d'échéance; toutefois, cette disposition n'est pas applicable la première année de l'entrée en vigueur de la convention.

Article 156 : Les parties conviennent de la révision périodique des honoraires conventionnels tous les trois ans, et ce compte tenu des indicateurs économiques établis par les instances et organismes officiels relatifs à l'évolution du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti), de l'indice des prix et du taux d'inflation.

Il serait également tenu compte du degré d'atteinte des objectifs de maîtrise des dépenses établis d'un commun accord.

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 157 : 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 158: Tout médecin peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. Dans tous les cas, la décision de renonciation prendra effet à partir du 91ème jour à compter de la date de la réception de la

lettre par la caisse.

Toutefois, dans le cas de cessation d'activité pour fermeture de cabinet, l'arrêt du conventionnement prendra effet à compter de la date de fermeture. La demande doit être accompagnée de l'attestation délivrée à cet effet par le conseil régional de l'ordre des médecins.

Article 159 : 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 son exercice conventionnel du médecin concerné antérieur à sa cessation d'adhésion.

Article 160 : 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 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 de la date d'effet de la renonciation et obéit aux mêmes règles de l'adhésion initiale.

Fait à Tunis, le : 03 novembre 2020

**La Caisse Nationale
d'Assurance Maladie**

**Le Syndicat Tunisien
des Médecins Libéraux**