

# **CONVENTION SECTORIELLE DES PHYSIOTHERAPEUTES**

**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 des physiothérapeutes,  
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 ;

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

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

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

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

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

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupent les physiothérapeutes dans le secteur libéral 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 N° 2004-71 du 2 Août 2004, à ses textes réglementaires et aux différents autres textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation 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 conventionnels en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs aux règles de bonnes pratiques des prestations de physiothérapie et à leur dispensation rationnelle et à servir les bénéficiaires couverts par ledit régime dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

## Titre I- Définitions

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

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

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

**Accord de principe :** Décision de la Caisse portant son engagement à rembourser les prestations qui y sont spécifiées.

**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, assujettie à l'un des régimes de sécurité sociale relevant du champ d'application du régime d'assurance maladie.

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

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

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

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

La convention fixe les droits et les obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention

est soumise à l'approbation du Ministre chargé de la sécurité sociale et publiée au journal officiel de la république tunisienne par arrêté dudit Ministre.

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

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

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

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

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

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

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

**Physiothérapeute conventionné :** physiothérapeute ayant adhéré à la convention sectorielle des physiothérapeutes.

**Praticiens conseils:** Praticiens (médecins, médecins dentistes et pharmaciens) 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 professionnel exerçant dans le domaine médical ; ce terme désigne le médecin libéral ou hospitalier, le médecin dentiste, le pharmacien la sage-femme, l'infirmier(e), le physiothérapeute, l'orthophoniste...) et tout autre professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

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

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

**Soins ambulatoires :** Toutes les prestations de soins qui ne nécessitent pas une hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites, les médicaments ainsi que les actes professionnels y afférents.

**Système de remboursement des frais :** Modalité de prise en charge des frais basée sur le bénéfice des soins auprès des différents prestataires de soins dans les deux secteurs publics et privés conventionnés, le paiement des frais qui en résultent par l'assuré social et son remboursement ultérieur par la caisse dans la limite des taux de prise en charge relatifs aux prestations de soins octroyées au titre du régime de base.

**Taux de prise en charge :** Taux de couverture par la caisse des frais des soins dont les prestations de physiothérapie.

**Ticket modérateur :** Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins et qui représente la différence entre les montants dus au titre des prestations de soins conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par la caisse dans le cadre du régime de base d'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.

### Chapitre 1 : Prestataires concernés

**Article 1 :** La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse d'une part et les physiothérapeutes exploitant des cabinets de kinésithérapie d'autre part, admis à exercer en Tunisie en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 2 :** Sont exclus du champ d'application de la présente convention les physiothérapeutes salariés exerçant dans les centres spécialisés et les cliniques privées.

### Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

**Article 3 :** Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires munis d'un support délivré par la caisse, autorisant l'accès aux prestations de kinésithérapie, dispensées selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

### Chapitre 3 : Prestations couvertes

**Article 4 :** La présente convention couvre les prestations de kinésithérapie pratiquées sur prescription médicale conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime de base d'assurance maladie.

### Titre III : les conditions et les modalités d'adhésion

**Article 5** : L'adhésion du responsable du cabinet de physiothérapie à la présente convention vaut son acceptation des obligations qui lui incombent à ce titre et l'engage, de ce fait, à les respecter. L'adhésion permet en outre, au responsable du cabinet de physiothérapie conventionné, de bénéficier des droits qui en découlent.

**Article 6** : Pour adhérer à la présente convention, le responsable du cabinet de physiothérapie est tenu de faire parvenir à la caisse, par dépôt direct ou par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier d'adhésion comportant notamment les pièces suivantes :

- Un formulaire d'adhésion dûment rempli et signé (modèle en annexe),
- Une copie de l'autorisation d'exploitation d'un cabinet de physiothérapie ou, à défaut, un certificat de dépôt du cahier des charges auprès de la direction régionale de la santé,
- une copie de sa carte d'identité nationale.

**Article 7** : La caisse informe le responsable du cabinet de physiothérapie de la suite réservée à sa demande d'adhésion dans un délai ne dépassant pas les trente jours suivant sa date de dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

**Article 8** : En cas d'acceptation de la demande d'adhésion par la caisse, celle ci adresse au responsable du cabinet de physiothérapie concerné une notification d'adhésion mentionnant notamment son identité, le code individuel qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de son adhésion ainsi que le « centre de référence ».

**Article 9** : Le physiothérapeute ayant reçu sa notification d'adhésion est tenu d'en informer sans délai le public en affichant à l'entrée de son local la mention « cabinet de physiothérapie conventionné avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

## **Chapitre 1 : Règles liées à l'accès aux prestations de kinésithérapie et à leur dispensation**

### **Section 1 : Dispositions communes**

**Article 10** : Les parties contractantes s'engagent à respecter la liberté de choix du bénéficiaire et s'interdisent toute pratique de nature à l'influencer.

**Article 11** : La caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins mentionnant notamment :

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

**Article 12** : Les prestations de kinésithérapie couvertes par la caisse sont effectuées obligatoirement sur présentation d'ordonnance médicale préalable prescrite par un professionnel habilité conventionné et d'un accord de principe ou d'une décision de prise en charge.

Toute prestation de kinésithérapie effectuée en l'absence des conditions mentionnées à l'alinéa premier du présent article est inopposable à la caisse.

**Article 13** : Lors de la dispensation des prestations de kinésithérapie couvertes par la présente convention, le responsable du cabinet de physiothérapie est tenu de respecter scrupuleusement les prescriptions médicales y afférentes ainsi que les règles de bonnes pratiques. Il s'engage en outre au respect des indications et du contenu des décisions de prise en charge.

### **Section 2 : Dispositions spécifiques**

**Article 14** : Le physiothérapeute appelé à dispenser des prestations dans le cadre de l'assurance maladie, doit vérifier que le bénéficiaire est muni d'une décision d'accord délivrée par la caisse. En cas de tiers payant, la dite décision porte la mention « décision de prise en charge » ; celle-ci est gardée par le physiothérapeute et fera partie intégrante de son dossier de paiement qu'il déposera à la caisse.

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

## **Chapitre 1 : Les modes de rémunération des physiothérapeutes**

**Article 15 :** Pour toutes les prestations de kinésithérapie dispensées aux bénéficiaires en respect des termes de la présente convention, le physiothérapeute est rémunéré forfaitairement à la séance.

## **Chapitre 2 : Les modalités de paiement des physiothérapeutes**

**Article 16 :** La couverture des frais de kinésithérapie par la caisse au profit du bénéficiaire se fait conformément à la réglementation en vigueur, sur la base, du taux de prise en charge, des honoraires conventionnels annexés à la présente convention et dans la limite des plafonds annuels attribués aux assurés sociaux tels que fixés par la réglementation en vigueur.

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

**Article 17 :** Dans le cadre du système de remboursement des frais de kinésithérapie, le physiothérapeute perçoit du bénéficiaire l'intégralité des montants qui lui sont dus conformément aux dispositions de l'article 16 ; le bénéficiaire se fait rembourser ultérieurement par la caisse.

### **Section 2 : Le paiement direct par la caisse (système de tiers payant)**

**Article 18 :** Dans le cas du mode du tiers payant, la caisse procède au paiement direct des physiothérapeutes, conformément aux dispositions de l'article 16.

**Article 19 :** Dans le cas du mode du tiers payant, l'assuré social est tenu de payer directement au physiothérapeute le montant du ticket modérateur à sa charge en application des honoraires conventionnels et des taux de prise en charge comme indiqué dans la décision de prise en charge.

Le reliquat est payé par la caisse.

**Article 20 :** La caisse procède au paiement du physiothérapeute dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la facture et ce par virement bancaire ou postal au compte indiqué dans le dossier d'adhésion.

En cas de non paiement du physiothérapeute après le délai indiqué à l'alinéa premier, la caisse procède sur demande de l'intéressé et dans les 48 heures qui suivent, au paiement d'une avance de 80% du montant total de la facture. Il demeure entendu que cette disposition ne s'applique pas aux factures contestées par la caisse.

**Article 21 :** Dans les 45 jours qui suivent la réception de chaque note d'honoraire, la caisse adresse au physiothérapeute concerné une lettre d'information précisant notamment le montant, la date et la (les) référence(s) du (des) virement(s) effectué(s) ainsi qu'une note explicative des prestations éventuellement contestées.

## **Chapitre 3 : La rédaction des documents de remboursement ou de paiement des frais de kinésithérapie**

### **Section 1 : Dispositions communes**

**Article 22** : Dans le respect du secret médical, le physiothérapeute conventionné veille à l'exactitude et à l'exhaustivité des informations qu'il communique à la caisse en vue de faire valoir ses droits ou ceux de ses malades.

**Article 23** : Le physiothérapeute veille également au respect des règles de lisibilité des informations qu'il porte sur tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux des bénéficiaires auprès de la caisse.

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

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

**Article 24** : Toute inscription sur un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel, le physiothérapeute doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la caisse au titre de son adhésion à la convention.

**Article 25** : Pour chaque prestation de kinésithérapie dispensée dans le cadre de l'exercice conventionnel, le physiothérapeute établit un mémoire des séances, signé par le bénéficiaire à la fin de chaque séance réalisée, selon modèle fourni par la caisse.

### **Section 2 : Dispositions spécifiques**

#### *1- Règles liées à la procédure du remboursement*

**Article 26** : Afin de faire bénéficier l'assuré du remboursement des frais des prestations kinésithérapie dispensées, et toujours dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles, le physiothérapeute indique sur le bulletin de soins le montant perçu du bénéficiaire ainsi que la date de début du traitement et le nombre de séances effectuées attestés par sa signature et son cachet.

En vue de se faire rembourser, l'assuré joint l'originale de la décision d'accord ainsi que le mémoire des séances au bulletin de soins qu'il adresse à la caisse.

#### *2- Règles liées à la procédure du tiers payant*

**Article 27** : Pour chaque prestation de kinésithérapie dispensée dans le cadre de l'exercice conventionnel, le physiothérapeute établit une facture, dans laquelle il communique au centre de référence de la caisse les informations suivantes :

- L'identifiant unique de l'assuré
- Les références de la décision de prise en charge
- La date de début et la date de fin du traitement
- Le nombre des séances effectuées
- Le montant global facturé inscrit en toutes lettres.
- le montant perçu de l'assuré.

Chaque facture porte le cachet et la signature du physiothérapeute et est accompagnée :

- de l'originale de la décision de prise en charge
- d'un mémoire des séances signé par le bénéficiaire à la fin de chaque séance réalisée.

**Article 28 :** En vue de se faire payer par la caisse, le physiothérapeute doit adresser, directement ou par courrier recommandé avec accusé de réception au centre de référence, un décompte selon modèle fourni par la caisse, relatif aux prestations de kinésithérapie dispensées au profit des bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacune d'elles :

- la date de début du traitement,
- La référence de la décision de prise en charge
- L'identifiant unique de l'assuré
- Le nombre des séances effectuées
- le montant perçu du bénéficiaire,
- le montant à la charge de la caisse.

Le physiothérapeute indique également dans le décompte le montant global facturé à la caisse écrit en toutes lettres.

Le physiothérapeute joint obligatoirement au décompte les originaux des décisions de prise en charge exécutées et leurs factures respectives mentionnées à l'article 27, ainsi que les mémoires des séances.

**Article 29** : Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et de celles de la présente convention.

**Article 30** : Lors de l'exercice des missions qui leurs sont confiées en vertu de la réglementation en vigueur et notamment le décret N°2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif aux modalités et aux procédures du contrôle médical, les praticiens conseils veillent, dans le respect des dispositions prévues par les codes de déontologie et des devoirs de confraternité, à l'établissement de relations de partenariat avec les physiothérapeutes conventionnés.

**Article 31** : Le physiothérapeute conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du praticien conseil.

**Article 32** : Les praticiens conseils, représentés par la caisse, s'engagent à apporter aux physiothérapeutes conventionnés toute information utile à l'exercice conventionnel de leur profession, notamment celles relatives à la réglementation dans le domaine sanitaire et social.

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

**Article 33** : Conformément au décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005 relatif aux modes et aux procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les relations entre les professionnels de santé et la caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du physiothérapeute 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 35 de cette convention.

**Article 34** : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de contribuer à la mise en place de la commission sectorielle nationale chargée du suivi des différents aspects de cette convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre elles et ce, conformément aux dispositions prévues par le décret mentionné à l'article 33.

### Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

**Article 35** : La caisse peut prendre à l'encontre du physiothérapeute faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

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

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

**Article 36** : Les décisions de suspension du paiement prises par la caisse sont immédiatement exécutoires.

**Article 37** : La caisse est tenue de notifier sa décision au physiothérapeute concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

### Chapitre 2 : Le droit de recours du physiothérapeute

**Article 38** : En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le physiothérapeute peut demander à la caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre ; dans le cas où la requête porte sur le non paiement total ou partiel de sa note d'honoraire, le physiothérapeute peut saisir la caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du décompte par cette dernière.

**Article 39** : En outre, le physiothérapeute 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 40** : En sus du recours à la commission sectorielle nationale, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

## Titre VIII : l'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

**Article 41** : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

## Titre IX : Dispositions transitoires

**Article 42** : A titre transitoire et durant la première étape du nouveau régime d'assurance maladie, l'application des dispositions de la présente convention sera étendue à toute situation pathologique justiciable d'un traitement par kinésithérapie et ce après accord préalable de la caisse.

## Titre X : Durée de la convention et procédure de sa révision

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

**Article 43** : La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

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

**Article 44** : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 43, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

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

### **Section 1 : L'interdiction de l'exercice**

**Article 45** : Toute sanction exécutoire prononcée par une instance administrative relevant de la tutelle ou juridictionnelle à l'encontre d'un physiothérapeute conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne automatiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse à son encontre et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

### **Section 2 : La renonciation et la ré adhésion**

**Article 46** : Tout physiothérapeute peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. Cette décision prend effet le 91<sup>ème</sup> jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

**Article 47** : Le physiothérapeute qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable vis à vis de la caisse et de l'assuré social de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au physiothérapeute en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

**Article 48** : Un physiothérapeute ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés à sa vie conventionnelle antérieure et exécution des éventuelles sanctions prises à son encontre par la caisse ou par les instances conventionnelles ou juridictionnelles.

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

Fait à Tunis, le 6 septembre 2007

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

**Naceur GHARBI**

**Le président de la chambre  
syndicale des physiothérapeutes**

**Yassine MAAZOUN**