

République tunisienne

**Ministère des affaires sociales, de la solidarité
et des tunisiens à l'étranger**



الصندوق الوطني للتأمين على المرضى
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**Convention sectorielle
des laboratoires d'analyses médicales**

Décembre 2006

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

d'une part

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

d'autre part

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre I- Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : Prestataires concernés

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

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

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

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

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

Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

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

Chapitre 3 : Prestations couvertes

Section 1- dispositions générales

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

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

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

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

Titre III : les conditions et les modalités d'adhésion

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

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

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

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

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

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

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

Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

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

Section 1 : dispositions communes

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 : dispositions spécifiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre V : La rémunération des laboratoires d'analyses médicales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le reliquat est payé par la caisse.

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

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

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

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

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

Section 1 : dispositions communes

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 : dispositions spécifiques

1- Règles liées à la procédure du remboursement

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

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

2- Règles liées à la procédure du tiers payant

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

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

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

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

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

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

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

Titre VI : Le contrôle médical

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre VIII : La formation médicale conventionnelle

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

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

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

Titre IX : l'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

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

Titre X : Dispositions transitoires

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 1 : L'interdiction de l'exercice

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

Section 2 : La renonciation et la ré adhésion

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

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

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

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

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

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

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

Naceur GHARBI

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

Chérif BAHRI

LES ANNEXES

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الصندوق الوطني للتأمين على المرض



إني الممضي أسفله:

الاسم:

اللقب:

اللقب قبل الزواج (البنات):

الصفة: طبيب صيدلي

رقم التسجيل بالعمادة صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

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

وبوصفي الوكيل- المسؤول عن:

المخبر:

العنوان:

المدينة:

الترقيم البريدي الفاكس:

الهاتف:

العنوان الإلكتروني:

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

* المركز المرجع:

في

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة من الترخيص في استغلال مخبر خاص للتحاليل الطبية
- كشف في الهوية البنكية أو البريدية (RIB)

* الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجح (centre de référence) الذي يرغب المخبر في

اللجوء إليه في كل معاملاته مع الصندوق - انظر إلى ظهر الوثيقة

ANNEXE DES HONORAIRES CONVENTIONNELS

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

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

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

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

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

Naceur GHARBI

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

Chérif BAHRI