

République tunisienne

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



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

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

Décembre 2006

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

d'une part

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

d'autre part

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre I : DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre II : champs d'application de la convention

Chapitre 1 : Médecins dentistes concernés

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

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

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

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

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

Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

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

Chapitre 3 : Prestations couvertes

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

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

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

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

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

Chapitre 1 : Dispositions générales

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 2 : L'adhésion du médecin dentiste remplaçant

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

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

Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

Chapitre 1 : Dispositions générales

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

Chapitre 2 : L'accès aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3 : la délivrance des soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 40 : Toute prescription d'arrêt de travail pour maladie doit être rédigée sur le formulaire destiné à cet effet en veillant à mentionner toutes les informations indiquées sur ledit formulaire.

Article 41 : Suite à chaque consultation ou acte de soins bucco-dentaires effectué, le médecin dentiste indique sur la feuille de soins les honoraires perçus ainsi que la nature de l'acte effectué tout en mentionnant son code conformément à la nomenclature.

Lorsque les soins dispensés par le médecin dentiste nécessitent plusieurs séances, la feuille de soins est rédigée au terme de la dernière séance.

Chapitre 5 : Les modes de transmission et d'échange des données

Article 42: Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention la mise en place d'un système d'information permettant l'échange électronique des données entre la caisse et les médecins dentistes conventionnés.

Articles 43 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 42 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixées par avenant à la présente convention.

Titre V : La rémunération des médecins dentistes

Article 44 : Pour toutes les prestations qu'il dispense en ambulatoire aux bénéficiaires en respect des termes de la présente convention, le médecin dentiste est rémunéré à l'acte et dans la limite des honoraires annexés à la présente convention.

Article 45 : Le médecin dentiste consulté perçoit l'intégralité de ses honoraires du bénéficiaire qui se fait rembourser ultérieurement par la caisse ; il établit ses honoraires conventionnels en appliquant les cotations prévues par la nomenclature générale des actes professionnels et les honoraires conventionnels.

Les honoraires conventionnels définis à l'alinéa premier du présent article sont opposables aux parties.

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

Article 46: Le médecin dentiste n'est, en aucun cas et sous quelque forme que ce soit, autorisé à pratiquer vis à vis des bénéficiaires de l'assurance maladie des honoraires supérieurs aux honoraires conventionnels définis à l'article 45 de cette convention. Tout dépassement desdits honoraires est passible des mesures et sanctions prévues par la présente convention.

Titre VI : Le contrôle médical

Article 47: Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et des références médicales désignées dans l'article 23 de la présente convention et le cas échéant, sur la base des normes et des protocoles thérapeutiques et des références médicales en vigueur.

Article 48: Lors de l'exercice des missions qui leurs sont confiées en vertu de la réglementation en vigueur et notamment du décret N° 2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif aux modalités et aux procédures du contrôle médical, les praticiens conseils veillent, dans le respect des dispositions prévues par la déontologie et des devoirs de confraternité, à l'établissement de relations de partenariat avec leurs confrères les médecins dentistes conventionnés.

Article 49 : Dans le cadre des missions qui leurs sont confiées et en respect de la réglementation en vigueur et des dispositions de la présente convention, les praticiens conseils observent avec rigueur les mesures à même de faciliter l'accès des bénéficiaires aux soins médicaux dispensés par les médecins dentistes conventionnés au profit.

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

Article 50 : Le médecin dentiste conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du praticien conseil.

Article 51: Sauf manquement grave aux dispositions réglementaires ou conventionnelles, le praticien conseil et le médecin dentiste conventionné doivent, en cas de litige ou de divergence de leur point de vue, privilégier les solutions concertées et les règlements à l'amiable préalablement aux voies de recours prévues par les dispositions réglementaires et conventionnelles.

Article 52 : Les praticiens conseils, s'engagent à apporter à leurs confrères médecins dentistes conventionnés toute information utile à l'exercice conventionnel de leur profession et notamment celles relatives à la réglementation dans le domaine sanitaire et social.

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

Article 53 : Conformément au décret n° 2005-3154 du 12 décembre 2005 relatif aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de soins et la caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du médecin dentiste qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, les mesures de nature à conserver ses droits.

Article 54 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration de commissions paritaires régionales chargées, selon leur domaine de compétence, du suivi des différents aspects de cette convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes. Dans ce cas, la commission sectorielle nationale, instituée par le décret mentionné à l'article 53 de la présente convention, constitue une instance d'appel pour les décisions émanant des commissions paritaires régionales.

Article 55 : Le médecin dentiste qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire régionale territorialement compétente ou le cas échéant devant la commission sectorielle nationale conformément aux conditions et aux modalités prévues par le décret régissant les relations conventionnelles et celles énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

Article 56 : En sus du recours aux instances conventionnelles, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

Article 57 : La caisse peut procéder au rappel à l'ordre du médecin dentiste faisant défaut à ses obligations conventionnelles par lettre recommandée avec accusé de réception lui indiquant le manquement et l'invitant à le corriger.

En outre, la caisse peut saisir les instances conventionnelles et leur soumettre le manquement constaté en vue de prendre à son égard toute mesure qu'elle juge nécessaire.

Chapitre 2 : Le droit de recours du médecin dentiste

Article 58: En vue de favoriser la résolution amiable des litiges survenant entre les parties contractantes, le médecin dentiste peut demander à la caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre.

Article 59 : Le médecin dentiste qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la caisse, peut saisir la commission paritaire régionale en vue de réexaminer la dite décision et ce par demande écrite au nom du président de la commission et adressée au centre régional où siège cette dernière.

Article 60 : Après recours devant la commission paritaire régionale le médecin dentiste pourrait demander l'examen de la décision devant la commission sectorielle nationale par lettre recommandée adressée au nom de son président.

Chapitre 3 : Les commissions paritaires régionales (CPR)

Article 61 : Il est institué cinq commissions paritaires régionales dans les régions de Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja, chargées de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les médecins dentistes conventionnés. Ces commissions constituent un premier recours avant l'éventuelle soumission du litige à la commission nationale.

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

Article 62 : Sans compromettre l'obligation des commissions régionales d'explorer toutes les voies d'arrangement à l'amiable entre les parties au litige, les décisions de ces commissions revêtent un aspect purement consultatif.

▪ Mission et composition

Article 63 : Les commissions paritaires régionales constituent un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Leur mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

Article 64 : La composition des dites commissions régionales est fixée comme suit :

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

Chaque partie désigne pour chaque membre son suppléant.

Article 65 : Chaque partie désigne ses membres représentants auprès de chacune des commissions paritaires régionales dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention et en informe l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

▪ Modalités de fonctionnement

Article 66 : Chaque commission paritaire régionale est appelée à se réunir au moins une fois par mois. Toutefois, elle peut, en dehors de la périodicité indiquée, se réunir sur initiative de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire. Chaque CPR siège au Centre Régional de la caisse du chef lieu du gouvernorat concerné (Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja) qui assure son secrétariat.

Article 67 : La première réunion de la commission paritaire régionale se tient sur convocation du chef du centre régional lieu de son siège dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la convention.

Article 68 : La commission paritaire régionale désigne lors de sa première réunion et pour une période de six mois un président et un vice président parmi ses membres selon les règles suivantes :

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

Article 69 : En cas d'absence du président, le vice président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

Article 70 : La commission ne peut délibérer concernant un dossier inscrit pour la première fois à son ordre du jour qu'après réunion d'au moins quatre de ses membres. A défaut du quorum indiqué, l'examen du dossier en question est reporté à une deuxième réunion que la commission devrait tenir au 7^{ème} jour qui suit la date de la première réunion. Quant cette échéance ne coïncide pas avec un jour ouvrable, la date de la réunion est fixée au premier jour ouvrable qui y succède. Dans ce cas, la commission délibère légalement quelque soit le nombre des présents lors de cette deuxième réunion.

Article 71 : L'ordre de jour des réunions de la commission est arrêté par son président qui doit y inscrire, en fonction de leur priorité, les problématiques qui lui sont formulées par écrit par la caisse ou par l'un des médecins conventionnés.

Article 72 : Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu dans l'article 70 de la présente convention, le président de la commission est tenu d'informer ses membres de chaque réunion programmée avant au moins 7 jours de la date qui lui est prévue. La lettre d'information doit être accompagnée de l'ordre du jour de la réunion et d'une copie des dossiers qui y seront examinés.

Article 73 : Le président de la commission saisi d'une requête est tenu d'informer le médecin dentiste concerné de la date d'examen de son dossier avant au moins 7 jours de la réunion de la commission. Il peut aussi et en cas de besoin le convoquer.

Article 74 : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

Article 75 : Durant l'exercice de la mission qui lui est attribuée et en vue de rationaliser ses décisions, la commission peut en cas de besoins, procéder aux investigations et aux travaux d'expertise qu'elle juge nécessaires.

Article 76 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Titre VIII : La formation médicale conventionnelle

Article 77 : Considérant la Formation Médicale Continue (FMC) comme outil fondamental de la qualité des soins ainsi que de la maîtrise médicalisée des dépenses qui en découlent, les parties signataires s'engagent à la promouvoir dans le cadre conventionnel.

Article 78 : Les thèmes de la formation Médicale Continue Conventionnelle (FMCC), ses modalités pratiques ainsi que la contribution de chacune des parties dans sa mise en œuvre et son développement seront fixés en commun accord.

Article 79 : Tout médecin dentiste conventionné se doit de participer aux actions de FMCC selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

Titre IX : L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

Article 80 : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures éventuelles qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

Titre X : L'exercice illégal de la médecine dentaire

Article 81 : Dans le but de sauvegarder l'assuré social contre les pratiques nuisant à sa santé buccodentaire, découlant de l'exercice illégal de la médecine dentaire, les parties signataires de la présente convention s'informent mutuellement et informent les instances conventionnelles des faits dont elles ont eu connaissance et des actions engagées conformément à la réglementation en vigueur.

Titre XI : Révision de la convention et procédures de renonciation

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

Article 82 : La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance, par l'une des parties signataires.

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

Article 83 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 82, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'expiration.

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

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

Article 84 : Toute sanction exécutoire prononcée par une instance disciplinaire ou juridictionnelle à l'encontre d'un médecin dentiste conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne systématiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis du médecin dentiste concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Section 2 : La renonciation et la ré adhésion

Article 85 : Tout médecin dentiste peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du médecin dentiste prend effet le 91^{ème} jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Article 86 : Le médecin dentiste qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable, vis à vis de la caisse et des bénéficiaires, de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au médecin dentiste en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

Article 87 : Un médecin dentiste ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés

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

L'adhésion après renonciation obéit aux mêmes règles de l'adhésion initiale. Toutefois, le délai fixé à l'article 12 de la convention est prolongé à une année.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

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

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Dentistes
de Libre Pratique**

Chékib AYED

LES ANNEXES

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الصندوق الوطني للتأمين على المرض



إني الممضي أسفله:

الاسم:

اللقب:

اللقب قبل الزواج (البنات):

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الأسنان للممارسة الحرة بتاريخ 2006،

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

عنوان العيادة:

المدينة: الترقيم البريدي

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 مطابقة للأصل من شهادة للعمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة

* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة

**الرجاء اختيار المركز المحلي أو الجهوي المرجع (centre de référence) الذي ترغبون في اللجوء إليه في كل معاملاتكم مع الصندوق .

ANNEXE RELATIVE
A LA DEMANDE D'ADHESION

الصندوق الوطني للتأمين على المرض



إني الممضي أسفله:

الاسم:.....

اللقب:.....

اللقب قبل الزواج (البنات):.....

بعد الإطلاع على الاتفاقية القطاعية المبرمة بين الصندوق الوطني للتأمين على المرض والنقابة التونسية لأطباء الأسنان للممارسة الحرة بتاريخ 2006،

وبصفتي طبيب أسنان ، الاختصاص*.....

رقم التسجيل بالعمادة :

صاحب بطاقة التعريف الوطنية رقم:

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

..... في.....

الختم والإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية
- نسخة مطابقة للأصل من شهادة للعمادة تثبت نشاطكم المهني في إطار الممارسة الحرة

* أذكر الاختصاص إن كان لديكم اختصاص معترف به من قبل العمادة

ANNEXE RELATIVE
A L'ORDONNANCE MEDICALE

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

ORDONNANCE MEDICALE

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

Identifiant unique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	المعرف الوحيد
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------

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

Honoraires conventionnels relatifs aux actes de médecine dentaire réalisés en ambulatoire

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

Actes		Honoraires (en dinars)			
Désignation	Définition	2007	2008	2009	2010
Cd	Consultation du médecin dentiste	15,000	15,000	15,000	15,000
Cds	Consultation du médecin dentiste spécialiste (orthodontiste)	25,000	25,000	25,000	25,000
D	Acte réalisé par un médecin dentiste	1,600	1,700	1,700	1,700

NB : pour les visites, le médecin dentiste est tenu d'appliquer les règles fixées par la nomenclature (Cd conventionnel x coefficient); le coefficient est égal à 1,5 pour les visites de jour et à 2 pour les visites effectuées la nuit, le dimanche et les jours fériés ; dans tous les cas la caisse ne rembourse qu'un Cd.

Article 2 : Les parties conviennent de la révision, avant la fin 2010, des honoraires conventionnels indiqués à l'article premier du présent annexe, compte tenu des indicateurs économiques relatifs à l'évolution du SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) et du taux d'inflation.
Cette révision ne prendra effet qu'à partir du premier janvier 2011.

Fait à Tunis, le mardi 19 décembre 2006

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

Naceur GHARBI

**Le Secrétaire Général
du syndicat Tunisien
des Médecins Dentistes
de Libre Pratique**

Chékib AYED