**République Tunisienne**

********

**Ministère des Affaires Sociales**

# Convention sectorielle des Pharmaciens d'officine

fevrier 2019

**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 des Pharmaciens d'Officine de Tunisie**
**représenté par son Président**

**d'autre part**

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

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 ;

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

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupe le pharmacien d'officine en tant que dispensateur de soins, dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie, ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses ;

Se référant à la loi 2004-71 du 2 Août 2004, à ses textes réglementaires et aux différents autres textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation et la déontologie des professions de santé ainsi qu'à la convention cadre conclue le 4 février 2006 entre la caisse et les organisations représentatives des différentes catégories des fournisseurs de soins;

Confirmant l'importance du pharmacien au sein du système de santé et ainsi :

- son droit exclusif de dispensation des médicaments qu'il entend voir préservé,

- sa détermination à préserver notre système d'assurance maladie solidaire, sur la base des engagements réciproques établis par cette convention ;

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

S'accordant sur la nécessité de la mise en place d'un cadre légal pour la substitution et sur l'intérêt des mesures incitatives dans le but d'encourager les pharmaciens à procéder à la substitution ;

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 à la rationalisation de la délivrance des médicaments 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 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 :** Possibilité pour chacun de se faire soigner comme il le faut. La Constitution garantit le droit à la protection de la santé.

**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.

**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 remplie 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 pharmacien conventionné dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la caisse; le pharmacien 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 santé publique et de la sécurité sociale.

**Convention (sectorielle) :** Contrat passé entre la CNAM et le(s)syndicat(s) 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 (le tarif opposable). Ces honoraires servent de base au calcul pour le remboursement de l'assuré ou le paiement du prestataire 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 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 patient afin de lui permettre de percevoir les remboursements auxquels il peut prétendre.

**Hospitalisation classique (séjour hospitalier) :** Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclut le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d´urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les

produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

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

**Identifiant unique du bénéficiaire (ou matricule) :** Numéro composé de 6 à 10 chiffres attribué 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.

**Pharmacien conventionné** : pharmacien ayant adhéré à la convention sectorielle des pharmaciens et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles. Les médicaments dispensés par le pharmacien non conventionné ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

**Médicament** : l'article 21 de la loi 73-55 du 3 août 1973 organisant les professions pharmaceutiques comme étant « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l(homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. Sont notamment considérés comme des médicaments :

1) les produits d'hygiène contenant une substance ayant une action thérapeutique.
2) Les produits d'hygiène contenant des substances vénéneuses à doses égales ou supérieures à celles fixées pour chaque substance et pour chaque type de produit, par arrêté conjoint du ministre de l'économie nationale et du ministre de la santé publique.

**Médicament générique** : Une spécialité générique d'une spécialité de référence a la même composition quantitative et qualitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité.

**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 l'inscription du bénéficiaire auprès d'un médecin généraliste de son choix qualifié de « médecin de famille ». 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.

En concrétisation du principe de coordination des soins, le bénéficiaire qui adhère au parcours de soins coordonné est appelé à informer la caisse de son adhésion à ce parcours tout en désignant le médecin généraliste acceptant lui même ce choix et appelé désormais « médecin de famille ». En conséquence à cette entente, le médecin de famille assure vis-à-vis du bénéficiaire concerné le rôle de pivot et constitue à son égard le premier recours aux soins, exception faite des cas suivants :

- consultation d'un pédiatre, d'un gynécologue ou d'un ophtalmologue,
- consultation d'un médecin dentiste,
- consultation par le bénéficiaire atteint d'APCI de son « médecin traitant » et ce dans la limite des prestations et de la périodicité liées à cette affection,
- toute autre situation prévue par la réglementation en vigueur.

**Permanence des soins :** C'est l'organisation des services de santé en vue de permettre un accès aux soins 24 H/24. Les médecins assurent des gardes dans les services de médecine d'urgence, les pharmaciens s'organisent pour assurer des gardes la nuit ou le week-end.

**Praticiens conseils:** Praticiens (médecin, médecin dentiste et pharmacien conseils) exerçant au service du contrôle médical de la 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), dans le domaine pharmaceutique (pharmacien, pharmacien biologiste...) ou paramédical (sage-femme, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste...) et tout professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

**Professionnel de santé libéral** : C'est le professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte en cabinet "de ville" ou en clinique (par opposition au personnel hospitalier) : médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmier (e), kinésithérapeute, orthophoniste...

**Qualité des soins** : Il y a qualité des soins quand les modalités de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) sont conformes aux règles médicales et adaptées au malade. Qualité des soins n'est pas forcément synonyme de coût élevé, ni de technique de pointe.

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

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

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

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

**Tarif de référence** (du médicament) **:** tarif de prise en charge ou de remboursement d'un médicament ; il est opposable à la caisse. Il est remboursé à l'assuré ou payé au pharmacien, intégralement, si le taux de prise en charge est égal à 100%. Ailleurs l'assuré en assume une part équivalente au ticket modérateur.

**Taux de prise en charge :** taux de couverture par la caisse des frais de médicaments ; les médicaments dispensés dans les officines sont classés en quatre catégories (Vitale, Essentielle, Intermédiaire et de Confort). A chaque catégorie correspond un taux de prise en charge spécifique pouvant aller de 100% à 0%.

**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 tarifs conventionnels et les montants pris en charge par le régime de base de l´assurance maladie.

**Tiers payant** : Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa

participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

**Urgence :** Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant au malade qu'au prestataire de soins.

# Titre II : Champs d'application de la convention

## Chapitre 1 : Pharmaciens concernés

**Article 1** : La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la caisse et les pharmaciens d'officine, de jour et de nuit, admis à exercer en Tunisie en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

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

**Article 2** : L'adhésion du pharmacien d'officine à la convention est personnelle et individuelle.

Toutefois, pour toute pharmacie exploitée par une société, l'adhésion se fait au nom de la société conformément à la réglementation en vigueur.

## Chapitre 2: Bénéficiaires concernés

**Article 3** : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires munis d'un support autorisant l'accès aux médicaments dispensés par les officines de détail, conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur.

## Chapitre 3 : Prestations couvertes

### Section 1- Dispositions générales

**Article 4** : La présente convention couvre les médicaments dispensés dans les officines de détail conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime de base. Il en est de même pour les dispositifs médicaux que le pharmacien est habilité à en assurer la vente.

**Article 5** : La liste des médicaments couverts par le régime de base définit pour chaque médicament son « tarif de référence», « son taux de prise en charge » et tout autre élément qui détermine sa modalité de couverture par la caisse. Elle précise, en outre, les médicaments soumis à l'accord préalable de la caisse.

La liste des dispositifs médicaux (appareillages) couverts par le régime de base définit pour chaque dispositif son « tarif de référence», « son taux de prise en charge » et tout autre élément qui détermine sa modalité de couverture par la caisse. Elle précise, en outre, les dispositifs soumis à l'accord préalable de la caisse.

**Article 6 :** La caisse couvre, dans les conditions prévues à l'article 5 et dans la limite du plafond attribué à chaque assuré social, les frais des médicaments et des dispositifs médicaux prescrits et dispensés aux bénéficiaires par les professionnels de santé conventionnés, habilités selon la réglementation en vigueur.

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

**Article 7** : La caisse couvre, selon les modalités et les taux spécifiques définis par la réglementation en vigueur, les frais des médicaments dispensés au bénéficiaire atteint d'APCI conformément aux protocoles thérapeutiques élaborés sous l'égide du Ministère chargé de la Santé.

**Article 8** : 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 dispositions spécifiques prévues à l'article 7.

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

**Article 9**: Tout pharmacien d'officine peut demander son adhésion à la présente convention.
La caisse ne peut refuser l'adhésion à la présente convention d'un pharmacien d'officine exerçant en conformité avec la réglementation en vigueur et acceptant ses termes.

**Article 10**: L'adhésion du pharmacien 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 de même, au pharmacien conventionné, de bénéficier des droits qui en découlent.

**Article 11**: Pour adhérer à la présente convention, le pharmacien 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 attestation d'inscription au tableau de l'ordre en qualité de pharmacien d'officine, délivrée par le conseil de l'ordre des pharmaciens,
- une copie de la carte d'identité nationale,
- une copie du contrat de constitution de la société (pour les officines exploitées par des sociétés en nom collectif).
- Copie de l'autorisation ministérielle de gérance pour les pharmacies exploitées en gérance.
- Une copie de l'arrêté d'autorisation d'exercice

**Article 12**: La caisse informe le pharmacien 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.

**Article 13**: En cas d'acceptation de la demande d'adhésion par la caisse, celle ci adresse au pharmacien 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 ».

En cas de non réponse de la part de la caisse, et à l'expiration du délai cité à l'article 12, la demande d'adhésion est supposée acceptée. Dans ce cas, le pharmacien concerné est en droit de recevoir, sans aucune autre obligation, la notification d'adhésion telle que spécifiée dans l'alinéa précédent.

**Article 14**: Le pharmacien ayant reçu sa notification d'adhésion en informe sans délai le public en affichant à l'entrée de son officine la mention « pharmacie conventionnée avec la caisse nationale d'assurance maladie ».

# Titre IV : Les règles liées à l'exercice conventionnel

## Chapitre 1 : Les règles liées à l'accès aux médicaments et à leur dispensation

### Section 1 : Dispositions communes

**Article15 :** Les parties contractantes s'engagent à respecter la liberté de choix du bénéficiaire pour son pharmacien et s'interdisent toute pratique de nature à l'influencer.

**Article 16 :** 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 17**: Les médicaments couverts par la caisse sont, dans le cadre de l'exercice conventionnel, obligatoirement délivrés sur présentation préalable d'une ordonnance médicale originale.

**Article 18:** Lors de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie et sauf dispositions réglementaires relatives notamment à la substitution ou conventionnelles contraires ou contraintes liées à la disponibilité du médicament sur le marché national, le pharmacien est tenu de respecter les prescriptions médicales inscrites sur les ordonnances.

**Article 19**: Sous réserve des délais prévus par la réglementation en vigueur, la caisse ne peut couvrir que les frais des médicaments dispensés dans les 10 jours qui suivent leur prescription. De ce fait, le pharmacien qui dispense des médicaments à un bénéficiaire après l'échéance indiquée doit l'informer du non remboursement des frais de ces médicaments et éviter de remplir les bulletins de soins présentés à cette fin par le bénéficiaire.

**Article 20:**Avant toute dispensation de médicaments, le pharmacien est appelé à vérifier, dans la limite de ses moyens et des informations dont il dispose, l'authenticité et la conformité aux dispositions réglementaires et conventionnelles des documents qui lui sont présentés.

**Article 21:** Dans le cadre de l'assurance maladie, le pharmacien ne peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois Toutefois et concernant les médicaments en rapport avec les APCI, le pharmacien peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement de trois mois. (Le conditionnement boite de 28 est considéré comme un traitement de un mois).

**Article 22**: Lorsque plusieurs conditionnements existent pour un même médicament, le pharmacien doit observer la plus stricte économie dans le choix du (des) conditionnement (s) adapté (s) à la posologie et à la durée du traitement prescrit et ce dans la limite de la disponibilité du conditionnement au niveau national.

**Article 23**: Devant chaque prescription médicale en DCI et sans préjudice aux dispositions réglementaires et conventionnelles, le pharmacien procède à la dispensation d'un médicament parmi ceux les moins chers disponibles.

**Article 24**: A défaut d'indication par le médecin traitant du nombre d'unités thérapeutiques et/ou de la durée du traitement sur l'ordonnance, le pharmacien est tenu de limiter la dispensation au plus petit conditionnement commercialisé.

## Section 2 : Dispositions spécifiques

**Article 25** : La caisse ne couvre que les médicaments et les dispositifs médicaux prévus par le régime de base et dispensés en conformité avec les règles d'accès aussi bien générales que celles spécifiques au tiers payant, au parcours de soins coordonné, aux APCI et aux médicaments soumis à l'accord préalable.

*1- L'accès aux médicaments dans le cadre du tiers payant*

**Article 26**: Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux médicaments auprès d'un pharmacien conventionné, ce dernier doit vérifier, notamment :

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

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le pharmacien s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la caisse.

**Article 27** : Le pharmacien vérifie en outre, que l'ordonnance a été prescrite par un professionnel de santé conventionné. L'inscription sur l'ordonnance par le prescripteur du code qui lui est attribué par la caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion.

**Article 28**: Tout en respectant les dispositions de l'article 41, toute dispensation de médicaments effectuée en méconnaissance des dispositions conventionnelles et notamment celles prévues aux articles 20, 21, 22et 23, est inopposable à la caisse..

*2- La dispensation des médicaments dans le cadre du parcours de soins coordonné*

**Article 29:** Le pharmacien d'officine s'engage, de par la place qu'il occupe dans le réseau de soins, à observer avec rigueur les règles d'accès et de dispensation des médicaments, spécifiques au parcours de soins coordonné telles que définies par la réglementation en vigueur.

**Article30**: Pour les bénéficiaires adhérant au parcours de soins coordonné (adhésion attestée par le support d'accès aux soins), le pharmacien vérifie également la conformité entre le code du médecin auprès duquel le bénéficiaire est inscrit (mentionné sur le support d'accès aux soins) et celui du médecin prescripteur, en cas de prescription émanant d'un médecin généraliste.

*3- la dispensation des médicaments associés à une APCI*

**Article31**: Les médicaments prescrits dans le cadre d'une APCI sont rédigés sur une ordonnance spéciale appelée « ordonnance APCI » comportant les codes APCI. La prescription éventuelle d'autres médicaments pour des maladies intercurrentes doit se faire sur une ordonnance propre au médecin prescripteur. Toutefois en cas de non-respect par le médecin de cette disposition, le pharmacien dispense l'ensemble de la prescription selon le type de l'ordonnance présentée.

*4- Les médicaments soumis à l'accord préalable*

**Article32**: : Le pharmacien appelé à dispenser un médicament ou un dispositif médical 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 valide délivrée par la caisse et de l'ordonnance originale du médecin prescripteur compotée par la CNAM et portant le(s) même(s) nom(s) de spécialité pharmaceutique que la décision d'accord préalable.

En cas de tiers payant, la dite décision porte la mention « décision de prise en charge » ; celle-ci est gardée par le pharmacien et fera partie intégrante de son dossier de paiement qu'il déposera à la caisse.

La caisse s'engage, notamment lors de cette procédure d'accord préalable, à remettre à l'assuré social l'ordonnance originale du médecin prescripteur compostée par la CNAM, à respecter le choix de l'assuré social relatif à son pharmacien et à n'exercer aucune influence susceptible de l'orienter vers un pharmacien ou un autre.

En cas d'octroi par la caisse d'un duplicata de la décision de prise en charge, cette dernière doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance comportant le cachet humide de la caisse.

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

**Article33:** Les parties signataires affirment leur plein engagement à concrétiser en concertation et durant l'application de la présente convention, la mise en place du système d'échange électronique des données permettant, un traitement automatique et instantané au niveau de l'officine de toutes les informations nécessaires au bon fonctionnement des opérations conventionnelles.

En outre, le syndicat des pharmaciens d'officine de Tunis s'engage à assurer une adhésion de ses adhérents au système d'échange électronique des données.

La caisse s'engage à mettre en place ces modes d'échange et de gestion des données avant la date du 31décembre 2019.

**Articles34:** Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 33 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 pharmaciens

## Chapitre 1 : Les modalités de paiement des pharmaciens

**Article 35**: Le système de couverture des frais des médicaments au profit de l'assuré social comporte deux modalités : Le paiement direct et le tiers payant.
L'application de chaque modalité de paiement selon les bénéficiaires et en fonction des prestations dispensées se fait en conformité aux textes en vigueur.

**Article 36**: Le pharmacien calcule les sommes qui lui sont dues par référence aux prix publics des médicaments délivrés y compris ses honoraires tels que fixés par la réglementation en vigueur.

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

**Article 37**: Dans le cadre du système de remboursement des frais de médicaments, le pharmacien perçoit l'intégralité des montants qui lui sont dus conformément aux dispositions de l'article 36, du bénéficiaire qui se fait rembourser ultérieurement par la caisse.

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

**Article 38:** Sous réserve des dispositions de l'article 42, les parties contractantes admettent le mode de prise en charge directe par la caisse des frais des médicaments

dispensés par les pharmaciens conventionnés. Dans ce cadre, la caisse procède au paiement direct des pharmaciens conformément à l'article 89 de la présente convention.

**Article 39:** La caisse s'engage, en outre, à notifier instantanément au Syndicat des Pharmaciens d'Officine de Tunisie toute modification ou mise à jour opérée sur le «référentiel des médicaments pris en charge », notamment celles concernant les situations suivantes :

- Inclusion ou exclusion d'une spécialité
- Changement de catégorie VEIC
- Changement du prix public
- Changement du prix de référence

Toute modification non communiquée au Syndicat des Pharmaciens d'Officine de Tunisie ne sera pas opposable à ses adhérents.

**Article 40 :** La caisse procède au paiement intégral du pharmacien dans un délai de 14 jours ouvrables à compter de la date de réception du décompte et ce par virement bancaire ou postal au compte indiqué dans le dossier d'adhésion. La caisse adresse simultanément au pharmacien une lettre d'information précisant notamment le montant, la date et la référence du virement effectué ainsi qu'une note explicative relative aux montants déduits conformément à la décision de la CPR.

A titre exceptionnel et pour une période transitoire qui prend fin le 31/12/2019, le délai de paiement pourra être prolongé à un délai maximum de 80 jours à partir de la date de réception du décompte.

Les parties conviennent de la mise en place, dans les quinze jours qui suivent la signature de la convention, d'un dispositif de veille en vue de notifier à la Direction Générale de la Caisse et au Ministère des Affaires Sociales tout cas de paiement d'un pharmacien dépassant le délai de soixante dix jours et ce, afin d'entreprendre les mesures nécessaires à même de garantir le respect des dispositions de l'alinéa précédent.

**Article 41:**Hormis les cas de fraude avérée et les cas relatifs aux infractions prévues par l'article 25 de la loi 2004-71 susvisée, la Caisse s'interdit de rejeter toute facture au titre des ordonnances dispensées par le pharmacien conventionné dans le cadre de la procédure du tiers payant ou de l'accord préalable et doit procéder à son règlement conformément à l'article 40 de la présente convention.

Toute facture contestée par le centre de référence doit être soumise par celui-ci à la CPR territorialement compétente. L'avis de la CPR est opposable à la Caisse et aux pharmaciens conventionnés concernés.

En cas de présence d'indices concordants pouvant indiquer une malversation, le chef de centre, peut décider la suspension du paiement en attente de la soumission du dossier à la CPR et informer le pharmacien concerné ainsi que le président et le vice président de la CPR territorialement compétente dans les deux jours ouvrables qui suivent.

**Article 42:** 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 2 : La rédaction des documents de remboursement ou de paiement des frais des médicaments

### Section 1 : Dispositions communes

**Article 43**: D'une manière générale et toujours dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le pharmacien 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 44**: Le pharmacien 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.

**Article 45**: Après chaque dispensation au profit d'un bénéficiaire, le pharmacien porte sur l'original de l'ordonnance honorée la date de la dispensation ainsi que son visa et son cachet.

**Article 46:** Toute inscription sur une ordonnance ou un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel du pharmacien, doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la caisse au titre de son adhésion à la convention.

### Section 2 : Procédures spécifiques à la facturation informatisée

**Article 47**: Pour chaque ordonnance honorée, le pharmacien imprime à son verso les informations suivantes :

- la date de dispensation,
- le montant global facturé inscrit en toutes lettres,
- le montant global perçu du bénéficiaire.

Il indique en outre, et pour chaque médicament délivré, les informations suivantes :

- le code national (code PCT)
- le nom de spécialité
- le nombre de conditionnements délivrés
- le prix public en vigueur à la date de dispensation (y compris les honoraires)
- le montant total facturé
- le montant perçu de l'assuré (en cas de tiers payant).

### Section 3 : Procédure spécifique à la facturation non informatisée

**Article 48:** Pour chaque ordonnance honorée, le pharmacien indique devant chaque médicament, le nombre de conditionnements délivrés, le prix public et le montant à la charge de la caisse en cas de tiers payant;

Le pharmacien indique en outre sur l'ordonnance, le montant global arrêté en toutes lettres ainsi que le montant global à la charge de la caisse en cas de tiers payant.

**Article 49:** Les vignettes des médicaments délivrés sont jointes aux demandes de paiement adressées à la caisse comme suit :

- en cas de remboursement, les vignettes sont collées sur la feuille de soins dans la partie qui leur est réservée.
- en cas de tiers payant, les vignettes sont collées sur le verso de l'ordonnance adressée à la caisse.

**Article 50 :** En l'absence de vignettes, le pharmacien porte devant le médicament concerné la mention « sans vignette » tout en indiquant le numéro du lot auquel il appartient.

**Section 4 : Procédure commune de facturation**

*1- règles liées à la procédure du remboursement*

**Article 51**:Afin de faire bénéficier l'assuré du remboursement des frais des médicaments dispensés et toujours dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles, le pharmacien indique sur le bulletin de soins le montant perçu du bénéficiaire ainsi que la date de la dispensation, attestés par son visa et son cachet.

*2- règles liées à la procédure du tiers payant*

**Article 52:** En vue de se faire payer par la caisse, le pharmacien doit adresser, directement contre décharge, ou par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par tout autre moyen sécurisé dont il sera convenu, au centre de référence de la caisse, un décompte selon modèle fourni par cette dernière en accord avec les syndicats signataires, relatif aux ordonnances dispensées au profit des bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacune d'elles :

- la date de dispensation des médicaments,
- le code du prescripteur
- l'identifiant unique de l'assuré
- le montant total facturé
- le montant perçu du bénéficiaire,
- le montant à la charge de la caisse.

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

Le pharmacien joint obligatoirement au décompte l'original des ordonnances honorées ainsi que la décision de prise en charge éventuelle en cas de médicaments soumis à l'accord préalable de la caisse.

En cas de médicaments soumis à l'accord préalable de la caisse, le pharmacien joint obligatoirement au décompte les originaux de la décision de prise en charge et de l'ordonnance médicale.

**Article 53 :** Tout en respectant les dispositions de l'article 52, le pharmacien est tenu de faire parvenir ses décomptes au centre de référence dans un délai ne dépassant pas

les 60 jours de la date de la dernière dispensation de médicaments inscrite sur ledit décompte.
Toutefois les décomptes relatifs aux médicaments dispensés au mois de décembre doivent être déposés avant la fin du mois de février de l'année qui suit.
La période couverte par un décompte ne peut dépasser les 60 jours.

**Article 54** : La caisse s'engage à réserver un accueil personnalisé pour la réception des bordereaux des pharmaciens et à veiller à ce que cette opération se fasse sans contraintes et a tout moment des horaires administratifs.
La Caisse s'engage à fournir systématiquement au pharmacien conventionné un reçu de dépôt "mécanisé" en contre partie du dépôt de tout bordereau de factures établies au titre de son activité conventionnelle.
Le reçu mécanisé est obligatoirement fourni au pharmacien séance tenante.

## Titre VI : Le contrôle médical

**Article 55**: Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions légales et réglementaires et de celles de la présente convention.

**Article 56**: 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 pharmaciens 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 pharmaciens conventionnés.

**Article 57**: Le pharmacien conventionné s'interdit toute attitude ou pratique contraire aux dispositions réglementaires de nature à entraver l'activité du pharmacien conseil.

**Article 58**: Sauf manquement grave aux dispositions réglementaires ou conventionnelles, le pharmacien conseil et le pharmacien 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 59**: Les pharmaciens conseils, représentés par la caisse, s'engagent à apporter aux pharmaciens 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 60**: 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 et sous réserve des dispositions de l'article 41, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du pharmacien 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 65 de cette convention.

**Article 61**: Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration de commissions paritaires régionales chargées, selon leur domaine de compétence, du suivi des différents aspects de la convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes.

**Article 62**: Le pharmacien 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 63** : En sus du recours aux commissions régionales et à la commission nationale, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

**Article 64:** Les parties signataires s'engagent chacune en ce qui la concerne à veiller à l'application stricte de toutes les dispositions conventionnelles et au maintien d'un climat d'entente et de respect mutuel. De ce fait et afin de prévenir les conflits susceptibles de provoquer une rupture des relations conventionnelles et pour maintenir un climat d'entente et de partenariat entre les signataires, les parties s'engagent à instaurer une commission mixte de suivi et d'évaluation composée de cinq membres de chaque partie signataire.

Cette commission est appelée à entretenir des réunions mensuels ou à la demande de l'une des parties pour l'évaluation de l'application des dispositions conventionnelles ainsi que de l'activité des CPR. Les décisions de cette commission sont notifiées aux pharmaciens et à la Direction Générale de la Caisse. Ces décisions sont opposables aux deux parties signataires.

## Chapitre 1 : Les prérogatives de la caisse

**Article 65** : La caisse peut prendre à l'encontre du pharmacien faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du pharmacien et l'invitant à le corriger ;
- la suspension du paiement du pharmacien dans la limite du coût du(des) médicament(s) objet du litige. Cette décision ne doit en aucun cas compromettre les conditions de paiement fixées par les articles 40 et 41 de la présente convention.

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

**Article66**: La caisse est tenue de notifier sa décision au pharmacien, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

## Chapitre 2 : Le droit de recours du pharmacien

**Article 67**: En vue de favoriser la résolution amiable des éventuels litiges survenant entre les parties contractantes, le pharmacien 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 son décompte, le pharmacien 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 68**: En outre, le pharmacien 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 adressée au centre régional où siège cette dernière.

## Chapitre 3 :Les commissions paritaires régionales (CPR)

**Article69**: Il est institué neuf commissions paritaires régionales dans les régions de Tunis, Sousse, Sfax, Nabeul, Béja, Bizerte, Gabes, Gafsa et Médenine chargées de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les pharmaciens conventionnés. Ces commissions constituent un premier recours avant l'éventuelle soumission du litige à la commission nationale.

La compétence territoriale de chaque commission paritaire régionale sera déterminée par simple échange de courrier entre les parties signataires.

Les parties peuvent convenir par avenant de l'extension de ces commissions.
La compétence territoriale des commissions paritaires régionales est fixée comme suit :

| CPR | Compétence territoriale |
|---|---|
| Tunis | Tunis, Ariana, Ben Arous, Mannouba, |
| Sousse | Sousse, Kairouan, Monastir, Mahdia |
| Sfax | Sfax, Sidi Bouzid |
| Nabeul | Nabeul, Zaghouan |

| | |
|---|---|
| Béjà | Béjà, Jendouba, Le Kef, Siliana |
| Bizerte | Bizerte |
| Gabes | Gabes, Kebili |
| Gafsa | Gafsa, Tozeur, Kasserine |
| Médenine | Médenine, Tataouine |

**Article 70**: Les décisions des CPR sont susceptibles d'appel devant la Commission Nationale dans un délai de 15 jours à partir de la date d'information de la partie concernée. En l'absence d'appel dans les délais impartis, les décisions des CPR doivent être exécutées dans un délai de 7 jours à partir de la date de l'expiration du délai du recours en appel.

- *Mission et composition*

**Article 71**: 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.

En outre, les CPR ont pour mission de veiller à la bonne application des dispositions conventionnelles. Elles établissent un rapport semestriel qu'elles soumettent à la Direction Générale de la CNAM , au Syndicat et à la commission nationale sectorielle des pharmaciens instituée au niveau du ministère chargé de la sécurité sociale.

**Article 72:** Les CPR peuvent prendre à l'encontre du pharmacien faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- Le rappel à l'ordre indiquant le manquement du pharmacien et l'invitant à le corriger.
- La suspension du paiement dans la limite du montant de la prestation contestée conformément aux dispositions de l'article 19 du décret numéro2005- 3154 du 6 décembre 2005 susvisé.

En outre, les CPR peuvent saisir da Direction Générale de la CNAM en cas de manquement de l'un de ses agents aux obligations conventionnelles de la CNAM

**Article 73**: La composition des dites commissions régionales est fixée comme suit:
- trois représentants du « syndicat des pharmaciens d'officine de Tunisie ».
- trois représentants de la caisse désignés par son président directeur général.

Chaque partie désigne pour chaque membre son suppléant.

**Article 74**: 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 75**: 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.
La CPR siège au Centre Régional de la caisse du chef lieu du gouvernorat concerné qui assure son secrétariat.

**Article 76:** La première réunion de la commission paritaire régionale se tient sur convocation du chef du centre régional de la caisse, lieu de son siège, dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la convention.

En cas de défaut de désignation par le syndicat dans le délai sus indiqué, le président de la commission, est tenu d'adresser au syndicat une lettre recommandée avec accusé de réception l'invitant à désigner ses représentants dans un délai maximum de 30 jours à partir de la date de réception du courrier.

**Article 77**: 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 les syndicats d'une part, et la caisse d'autre part. 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.

**Article78**: En cas d'absence du président, le vice président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

**Article79**: 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 7ème 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 80**: 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 pharmaciens conventionnés.

**Article81**: Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu dans l'article 79 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 82** : Le président de la commission saisi d'une requête est tenu d'informer le pharmacien 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.

**Article83** : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 30 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

**Article84** : 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.

**Article85**: Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

## Titre VIII : La formation continue conventionnelle des pharmaciens (FCCP)

**Article86** : Les parties considèrent que la formation continue des pharmaciens est une garantie indispensable à l'optimisation de la qualité de la dispensation pharmaceutique. Elle permet l'actualisation et l'amélioration des connaissances acquises, ainsi que l'apprentissage de nouvelles pratiques professionnelles contribuant à la réalisation des impératifs de santé publique.

Dans cette optique elles définissent par avenant un dispositif destiné à encourager la formation continue conventionnelle des pharmaciens.

**Article87**:Les thèmes de cette FCCP, ses modalités pratiques, ainsi que la contribution de chacune des parties dans sa mise en œuvre et son développement seront fixés en commun accord.

Tout pharmacien conventionné peut participer aux actions de FCCP selon les modalités et la périodicité fixées d'un commun accord.

## Titre IX : L'exercice conventionnel et les régimes complémentaires

**Article 88:** 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

**Article89 :**Dans l'attente de la mise en place du système d'information telle qu'elle a été prévu dans l'article 33 de la convention sectorielle, les parties conviennent que

dans le cadre du tiers-payant le pharmacien conventionné perçoit du bénéficiaire 30% du montant global de l'ordonnance et ce sur la base du prix public des médicaments dispensés.

Le reste du montant de l'ordonnance, à la charge de le caisse, fait l'objet d'un décompte adressée au centre de référence selon les modalités indiquées à l'article 40, afin de lui permettre de payer le pharmacien et de procéder, le cas échéant, au remboursement de l'assuré au titre des frais qui lui sont dus.

**Article 90 :**Les codes conventionnels qui sont attribués aux pharmaciens à la date de signature du présent convention demeurent valables aux fins de l'application dudit convention .

**Article 91** : Les parties conviennent de procéder à la mise à jour du manuel de procédures détaillant les modalités pratiques d'application des dispositions conventionnelles relatives aux opérations : de vérification, de dispensation, de traitement, de moyens d'échange et de dépôt des décomptes. Ce manuel sera mis à la disposition de tous les pharmaciens ainsi que de tous les responsables des centres et des agents chargés de l'accueil des pharmaciens.

# Titre XI : Révision de la convention et procédures de renonciation

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

**Article 92**: La présente convention entre en application à partir de la date de son approbation par le Ministre des Affaires Sociales conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et prend fin le 31 janvier 2020.

La reconduction de la convention s'effectue par un avenant entre les deux parties signataires un mois au moins avant la date de son expiration.

**Article 93**: Les parties s'engagent durant la période de la présente convention à poursuivre les concertations en vue d'élaborer un avenant permettant sa reconduction avant le 31/12/2019, sous réserve du respect des obligations mutuelles des parties contractantes prévues par la présente convention.

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

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

**Article 94:** Toute sanction exécutoire prononcée par une instance administrative, disciplinaire ou juridictionnelle à l'encontre d'un pharmacien conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne automatiquement la suspension des engagements conventionnels de la caisse vis à vis du pharmacien concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

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

**Article 95**: Tout pharmacien peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du pharmacien prend effet le 31ème jour à compter de la réception de la lettre par la caisse.

**Article 96**: Le pharmacien 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 pharmacien en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

De même, la caisse est tenue de respecter ses obligations conventionnelles vis-à-vis du pharmacien qui a mis fin à son conventionnement pour tous les règlements qui lui sont dus au titre de son activité conventionnelle antérieure à la cessation effective de son adhésion.

**Article 97**: Un pharmacien 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 être faite qu'après une année au moins de la date d'effet de la renonciation et obéit aux mêmes règles de l'adhésion initiale.

**Article 98 :** cette convention abroge et remplace l'ancienne convention en date du 26 avril 2007 telle que modifiée par les avenants 1 et 2.

Fait à Tunis, le 14 FEV. 2019

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

**Le Président du syndicat**
**des pharmaciens d'officine de**
**Tunisie**
**Mr Mustapha Laroussi**

Le Président
Mustapha Laroussi

S.P.O.T