Vu la loi n° 85-75 du 20 juillet 1985, relative au régime applicable aux personnels de la coopération technique,

Vu la loi n° 88-16 du 17 mars 1988, fixant le régime de retraite des gouverneurs telle que modifiée par la loi n° 2001-123 du 28 décembre 2001, relative à la loi de finances pour l'année 2002 et notamment son article 85,

Vu la loi n° 2002-104 du 30 décembre 2002, relative au régime de sécurité sociale des artistes, créateurs et intellectuels,

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment ses articles 3 et 28,

Vu la loi n° 2005-54 du 18 juillet 2005, étendant les régimes spéciaux applicables aux membres de la chambres des députés, aux membres de la chambre des conseillers,

Vu le décret n° 74-499 du 27 avril 1974, relatif au régime des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants dans le secteur non agricole, ensemble les textes qui l'ont modifié et notamment le décret n° 2003-1212 du 2 juin 2003,

Vu le décret n° 89-107 du 10 janvier 1989, étendant le régime de sécurité sociale aux travailleurs Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret n° 95-1166 du 3 juillet 1995, relatif au régime de sécurité sociale des travailleurs non salariés dans les secteurs agricole et non agricole tel qu'il a été modifié et complété par le décret n° 2004-167 du 20janvier 2004,

Vu le décret n° 2003-894 du 21 avril 2003, fixant les procédures et modalités d'application de la loi n° 2002-104 du 30 décembre 2002, relative au régime de sécurité sociale des artistes, des créateurs et des intellectuels,

Vu le décret n° 2004-2644 du 10 novembre 2004, portant nomination des membres du gouvernement,

Vu le décret n° 2005-2978 du 8 novembre 2005, fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu l'avis du ministre des finances,

Vu l'avis du tribunal administratif.

Décrète :

Article premier. - A compter du 1er juillet 2007, les dispositions de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie s'appliquent aux assurés sociaux ci-après mentionnées :

* les affiliés à la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale,

* les affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale assujettis aux régimes de sécurité sociale suivants :

- le régime des travailleurs salariés dans le secteur non agricole institué par la loi n° 60-30 du 14 décembre 1960 susvisée,

- le régime de sécurité sociale dans le secteur agricole institué par la loi n° 81-6 du 12 février 1981, telle que modifiée et complétée par la loi n° 89-73 du 2 septembre 1989,

- le régime de sécurité sociale des artistes, des créateurs et des intellectuels prévu par la loi n° 2002-104 du 30 décembre 2002,

- le régime de sécurité sociale des travailleurs Tunisiens à l'étranger prévu par le décret n° 89-107 du 10janvier 1989 susvisé,

- le régime des travailleurs non salariés dans le secteur agricole et non agricole prévu par le décret n° 95-1166 du 3 juillet 1995 susvisé.

Art. 2. - Les dispositions de la loi susvisée n° 2004-71 du 2 août 2004, peuvent être étendues dans une étape ultérieure à d'autres catégories d'assurés sociaux mentionnés dans les différents régimes légaux de sécurité sociale.

Art. 3. - Le ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 11 juin 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

Décret n° 2007-1367 du 11 juin 2007, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie.

Le Président de la République,

Sur proposition du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret beylical du 12 avril 1951, instituant un régime de prévoyance en faveur des personnels de l'Etat et des collectivités publiques,

Vu la loi n° 60-30 du 14 décembre 1960, relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale, ensemble les textes qui l'ont modifiée ou complétée et notamment la loi n° 98-91 du 2 novembre 1998,

Vu la loi n° 60-33 du 14 décembre 1960, instituant un régime de pension d'invalidité, de survie, et un régime d'allocation de vieillesse, dans le secteur non agricole,

Vu la loi n° 72-2 du 15 février 1972, portant réforme du régime de la prévoyance sociale des fonctionnaires, ensemble les textes qui l'ont modifiée ou complétée,

Vu la loi n° 91-63 du 29 juillet1991, relative à l'organisation sanitaire,

Vu la loi n° 91-75 du 2 août 1991, relative au transport sanitaire,

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 5,

Vu la loi d'orientation n° 2005-83 du 15 août 2005, relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées,

Vu le décret n° 73-91 du 12 mars 1973, portant organisation des régimes de prévoyance sociale tel que modifié par le décret n° 88-186 du 6 février 1988,

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021

Vu le décret n° 92-575 du 16 mars 1992, fixant le régime de prévoyance sociale des agents relevant du ministère des affaires étrangères adhérents à la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale et exerçant leurs fonctions à l'étranger,

Vu le décret n° 92-728 du 20 avril 1992, déterminant les catégories et la nature des équipements des moyens de transport sanitaire ainsi que les catégories, les qualifications et les missions des personnels habilités à l'effectuer,

Vu le décret n° 92-730 du 20 avril 1992, fixant les conditions et les modalités de délivrance et de retrait de l'autorisation d'exploitation d'un service de transport sanitaire tel que modifié par le décret n° 2001-1079 du 14 mai 2001,

Vu le décret n° 98-409 du 18 février 1998, portant fixation des catégories de bénéficiaires des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique et des modalités de prise en charge de leurs soins et des tarifs auxquels ils sont soumis,

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant détermination de l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-2192 du 9 août 2005, portant organisation du conseil national d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-2978 du 8 novembre 2005, fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger,

Vu le décret n° 2005-3030 du 21 novembre 2005, fixant les conditions et les procédures de prise en charge par les organismes de sécurité sociale du montant du ticket modérateur exigible des personnes handicapées au titre de leurs soins et hospitalisation dans les structures publiques de santé,

Vu le décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie,

Vu le décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins,

Vu le décret n° 2007-1366 du 11 juin 2007, portant détermination des étapes d'application de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie aux différentes catégories d'assurés sociaux mentionnés dans les différents régimes légaux de sécurité sociale,

Vu l'avis des ministres des finances et de la santé publique,

Vu l'avis du tribunal administratif.

Décrète :

Titre premier

Dispositions générales

Article premier. - Les assurés sociaux et leurs ayants droit, prévus par l'article 4 de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 susvisée, bénéficient de la prise en charge des frais des prestations de soins prodiguées dans les secteurs public et privé selon les modalités de prise en charge, les procédures et les taux prévus par le présent décret.

Art. 2. - Aux fins d'application des dispositions du présent décret, il est entendu par les termes ci-après désignés ce qui suit :

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

- Hospitalisation de jour : toutes les prestations médicales liées à une hospitalisation d'une durée inférieure à 24 heures.

- Hospitalisation : toutes les prestations médicales liées à une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 24 heures.

- Caisse nationale d'assurance maladie : établissement public à caractère non administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière régie par le décret n° 2005-321 du 16 février 2005 susvisé et ci-après désignée « la caisse ».

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

- Filière publique de soins : modalité de prise en charge des prestations de soins basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations prodiguées dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, les policliniques de la sécurité sociale et les autres structures sanitaires publiques conventionnées avec la caisse.

- Filière privée de soins : modalité de prise en charge des prestations de soins basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations par un médecin conventionné choisi par l'assuré social ci-après désigné «médecin de famille ».

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

- Assuré social : toute personne assujettie à l'un des régimes de sécurité sociale relevant du champ d'application du régime d'assurance maladie,

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

Art. 3. - Pour bénéficier des prestations de soins prévues par le présent décret, l'assuré social doit être affilié et déclaré à l'un des régimes de sécurité sociale concernés par

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021

le régime de base de l'assurance maladie ou bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'une allocation de vieillesse ou d'une pension d'invalidité ou d'une pension de survivant au titre de l'un de ces régimes.

Titre II

La prise en charge des frais des prestations de soins

Chapitre I

Les modalités de prise en charge reconnues à l'assuré social

Art. 4. - La prise en charge des frais des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie s'effectue selon l'une des modalités suivantes :

- la filière publique de soins,
- la filière privée de soins,
- le système de remboursement de frais.

Art. 5. - L'assuré social exerce, dans un délai n'excédent pas les 30 jours qui suivent son affiliation, un droit d'option pour l'une des modalités de prise en charge, citées à l'article 4 du présent décret suivant un guide adopté par la caisse à cet effet. Les effets de cette option sont applicables à ses ayants droit.

Au cas où l'assuré n'exerce pas l'option visée à l'alinéa premier du présent article, il est inscrit d'office ainsi que ses ayants droit dans la filière publique de soins.

Art. 6. - L'option ou l'inscription d'office, mentionnées dans les articles 5 et 32 du présent décret, demeurent valables jusqu'à l'expiration de l'année civile en cours. Cette option ou l'inscription d'office est reconduite tacitement d'une année à l'autre.

Toutefois, l'assuré social qui désire changer de modalité de prise en charge doit informer la caisse, par une demande écrite qui lui est adressée avec accusé de réception au moins trois mois avant la fin de l'année civile en cours. La nouvelle option ne prend effet qu'à compter du premier jour de l'année civile suivante.

Chapitre 2

La filière publique de soins

Art. 7. - La filière publique de soins garantie la prise en charge des frais des prestations de soins dispensées dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, les policliniques de la sécurité sociale ainsi que dans les autres structures sanitaires publiques conventionnées avec la caisse. Cette filière comprend les prestations de soins relatives à l'hospitalisation, l'hospitalisation de jour et les prestations de soins en ambulatoires.

Art. 8. - L'hospitalisation comprend le séjour et les actes techniques dans les différents services et spécialités.

Elle comprend également les explorations, les prestations complémentaires et les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments adoptée dans les structures sanitaires publiques et tous les autres nécessaires médicaux à l'exception des appareillages et prothèses orthopédiques prévus à l'article 21 du présent décret.

L'hospitalisation de jour comprend toutes les prestations de soins y compris les explorations, les actes complémentaires et les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments adoptée dans les structures sanitaires publiques et tous les autres nécessaires médicaux à l'exception des appareillages et prothèses orthopédiques prévus à l'article 21 du présent décret.

Les soins en ambulatoires comprennent les consultations des différentes spécialités y compris dans les services d'urgence ainsi que les prestations techniques y afférentes, les explorations, les actes complémentaires et les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments adoptée dans les structures sanitaires publiques.

Art. 9. - La caisse procède au paiement direct des structures sanitaires publiques suivant les tarifs, les modalités et procédures fixés par une convention conclue avec le ministère de la santé publique.

Le bénéficiaire procède au paiement du montant du ticket modérateur, au titre de la prestation de soins dispensée dans les structures sanitaires publiques. Ce ticket modérateur est égal aux montants des tarifs réduits de soins tels que fixés par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

L'assuré social et ses ayants droit, supportent les montants des tickets modérateurs, dus au titre des frais de leurs soins, dans la limite d'un plafond fixé comme suit :

- pour l'assuré ayant la qualité de salarié : une mensualité et demi de la moyenne de ses salaires déclarés au cours de l'année civile précédente.
- pour l'assuré affilié au régime des travailleurs non salariés: une fois et demi le revenu mensuel correspondant à la catégorie de revenu déclarée.
- pour le titulaire d'une pension : une fois et demi le montant mensuel de la pension accordée.

Si l'affiliation à la filière publique de soins a été effectuée au cours de l'année civile, le montant du plafond du ticket modérateur est diminué au prorata de la période restante de l'année.

Toutefois, sont prises en charge intégralement les frais des prestations de soins dispensées au titre des affections lourdes ou chroniques dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique.

Art. 10. - Au cas où l'assuré social épuise le plafond du ticket modérateur mis à sa charge, prévu par l'alinéa 3 de l'article 9 du présent décret, il sera exonéré, durant la période restante de l'année civile au cours de laquelle il a bénéficié des prestations de soins au titre de la filière publique de soins, du paiement du ticket modérateur dû au titre de ses frais de soins et des soins de ses ayants droits.

La caisse supporte dans ce cas, les montants exigibles à ce titre.

Les modalités d'application de l'alinéa précédant du présent article sont fixées par la convention conclue entre la caisse et le ministère de la santé publique, prévue à l'article 9 du présent décret.

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021

Chapitre 3

La filière privée de soins

Section 1 : **Les prestations de soins ambulatoires**

Art. 11. - L'assuré social qui a opté pour la filière privée de soins s'engage à recourir préalablement au médecin de famille qui constitue, pour lui-même et pour ses ayants droits, la référence dans le bénéfice des prestations de soins et dans leur orientation, le cas échéant, aux autres prestataires en respectant le principe de la liberté de choix par le malade du prestataire de soins ou de la structure sanitaire de soins et sans que le médecin de famille ait une influence sur la liberté de son choix.

Les modalités et procédures relatives au choix de l'une des filières de soins ou au changement, prévues par les articles 5 et 6 du présent décret s'appliquent au choix du médecin de famille effectué par l'assuré social.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 2 de l'article 6 du présent décret, l'assuré qui désire changer de médecin de famille peut informer la caisse par demande écrite adressée avec accusé de réception, 30 jours avant la fin de l'année civile en cours. La nouvelle option ne prend effet qu'à compter du premier jour de l'année civile suivante.

Toutefois, la caisse peut, dans des cas exceptionnels, donner son accord pour le changement du médecin de famille par l'assuré social avant l'expiration de l'année civile. La nouvelle option prend effet immédiatement et pour une année, à compter du premier jour suivant la date de l'obtention de l'accord de la caisse.

Le recours préalable au médecin de famille n'est pas exigé dans les cas suivants :

- les spécialités de gynécologie obstétrique, d'ophtalmologie et de pédiatrie,
- la médecine dentaire,
- les affections lourdes ou chroniques dont la liste est fixée par l'arrêté conjoint cité à l'article 9 du présent décret.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent du présent article, et au cas où l'assuré ne respecte pas le recours préalable au médecin de famille, les frais des prestations de soins ne seront pris en charge à aucun titre.

Art. 12. - Les prestataires de soins dans le cadre de la filière privée de soins seront payés directement par la caisse dans la limite des taux de prise en charge prévus par le présent décret et conformément aux modalités fixées par les conventions sectorielles conclues avec les prestataires de soins. L'assuré social procède au paiement du ticket modérateur, mis à sa charge, directement au prestataire de soins.

La prise en charge directe par la caisse des affections lourdes ou chroniques est tributaire de l'information de la caisse par l'assuré social du médecin traitant conventionné qu'il a choisit.

Toutefois, en ce qui concerne la médecine dentaire, le bénéficiaire procède au paiement de toutes les sommes exigées directement au prestataire de soins et se fait rembourser par la caisse dans la limite des taux prévus à l'article 13 du présent décret.

Art. 13. - Les taux de prise en charge des frais des prestations de soins ambulatoires dispensées dans le cadre de la filière privée de soins sont fixés comme suit :

Consultation de médecins et de sages femme : 70%.

Actes médicaux et actes de sages femme : 80%.

Actes para médicaux : 70%.

Actes de radiologie : 75%.

Analyses biologiques : 75%.

Actes de médecine dentaire : 50%.

Médicaments vitaux : 100%.

Médicaments essentiels : 85%.

Médicaments intermédiaires : 40%.

Toutefois, les frais des visites sont pris en charge selon les tarifs et les taux applicables aux consultations.

Les taux sus-cités s'appliquent pour les différents actes médicaux et para médicaux et les actes de biologie sur la base des tarifs conventionnels ou de référence. Ces taux sont appliqués pour les médicaments sur la base des prix de référence fixés selon une liste des médicaments génériques les moins chers déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique.

Art. 14. - La caisse prend en charge directement les frais des prestations de soins ambulatoires dispensées dans le cadre de la filière privée de soins dans la limite d'un plafond annuel déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Sont exclues de ce plafond les prestations de soins dispensées dans le cadre des affections lourdes ou chroniques dont la liste est fixée par l'arrêté conjoint cité à l'article 9 du présent décret.

Section 2 : **Les hospitalisations dans le cadre de la filière privée de soins**

Art. 15. - L'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations d'hospitalisation prévues par l'article 8 du présent décret et dispensées dans les structures sanitaires publiques.

Les hospitalisations effectuées dans les structures sanitaires publiques sont prises en charge selon les modalités prévues par l'article 9 du présent décret.

Les personnes citées à l'alinéa premier du présent article bénéficient des prestations d'hospitalisation dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la caisse, dans la limite des montants en vigueur à ce titre dans les structures sanitaires publiques, et ce pour les prestations d'hospitalisation dont la liste est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique.

Art. 16. - La caisse prend en charge directement les frais des hospitalisations effectuées dans le secteur public mis à sa charge effectuées dans le secteur public, toutefois l'assuré doit s'acquitter du montant du ticket modérateur en vigueur au titre de la prestation de soins octroyée et prévue à l'alinéa 2 de l'article 9 du présent décret.

La caisse prend en charge directement les frais des hospitalisations mis à sa charge effectuées dans les établissements sanitaires privés conventionnés, à condition que le bénéficiaire ait l'accord préalable de la caisse.

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021

Chapitre 4

Le système de remboursement des frais

Section 1 : **Les soins ambulatoires**

Art. 17. - En cas d'option pour le système de remboursement des frais, l'assuré social proc-de au paiement des prestations de soins conventionnés au titre des prestations qui lui sont dispensées dans les secteurs public et privé et se fait rembourser par la caisse conformément aux tarifs conventionnels, des taux de prise en charge et plafond des montants remboursés.

Est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale le plafond annuel des montants pouvant être remboursés au titre des prestations de soins ambulatoires dispensés dans le cadre du régime de base d'assurance maladie ainsi que les délais de remboursement. Sont exclues de ce plafond, les prestations de soins dispensées dans le cadre des affections lourdes ou chroniques dont la liste est fixée par l'arrêté conjoint cité à l'article 9 du présent décret.

Pour bénéficier du remboursement des frais des prestations de soins, l'assurée social doit déposer une demande de remboursement des frais desdites prestations, appuyées par les pièces nécessaires dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date du bénéfice de soins.

Art. 18. - Les taux de remboursement de frais de soins dans le cadre du système de remboursement sont fixés comme suit :

Consultation de médecins et de sages femme : 70%.

Actes médicaux et actes de sages femme : 80%.

Actes para médicaux : 70%.

Actes de radiologie : 75%.

Analyses biologiques : 75%.

Actes de médecine dentaire : 50%.

Médicaments vitaux : 100%.

Médicaments essentiels : 85%.

Médicaments intermédiaires : 40%.

Toutefois, les frais des visites sont pris en charge selon les tarifs et les taux applicables aux consultations.

Les taux sus-cités s'appliquent pour les différents actes médicaux et para médicaux et les actes de biologie sur la base des tarifs conventionnels ou de référence. Ces taux sont appliqués pour les médicaments sur la base des prix de référence déterminés selon une liste des médicaments génériques les moins chers visée à l'article 13 du présent décret.

Section 2 : **Les hospitalisation**

Art. 19. - L'assuré et ses ayants droits bénéficient des prestations dispensées dans le cadre des hospitalisations effectuées dans les structures sanitaires publiques prévues à l'article 8 du présent décret.

Les personnes visées à l'alinéa premier du présent article peuvent bénéficier des hospitalisations effectuées dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la caisse, et ce, pour les hospitalisations dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique.

Art. 20. - L'assuré social procède au paiement des frais de soins qui lui sont dispensés au titre des hospitalisations effectuées dans les structures sanitaires publiques et les établissements sanitaires privés et se fait rembourser par la suite par la caisse selon le niveau de prise en charge fixé par l'arrêté conjoint prévu à l'alinéa 3 de l'article 15 du présent décret.

Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, les délais qui incombent à la caisse pour le remboursement à l'assuré social des frais des prestations de soins prévues par l'alinéa premier du présent article.

Chapitre 5

Dispositions communes aux différentes modalités de prise en charge

Art. 21. - La caisse prend en charge les appareillages et prothèses orthopédiques sur la base de tarifs forfaitaires de référence et conformément aux conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique, et ce, nonobstant la modalité de prise en charge choisie par l'assuré.

L'arrêté prévu à l'alinéa premier du présent article fixe les modalités de révision des tarifs forfaitaires.

Art. 22. -: La caisse prend en charge les frais des prestations du transport sanitaire terrestre prodiguées au titre du régime de base d'assurance maladie au profit du bénéficiaire, nécessitées par son état de santé, sur la base du moyen de transport approprié et selon les tarifs du transport sanitaire public.

Art. 23. - Sous réserve des conditions prévues par la législation en vigueur organisant les professions des prestataires de soins, chacun selon sa spécialité, la prise en charge des frais des prestations de soins est conditionnée par le conventionnement du prestataire avec la caisse.

Art. 24. - Les services de la caisse délivrent à tout bénéficiaire du régime d'assurance maladie un support de soins qu'il doit présenter aux prestataires de soins.

Il peut être demandé au bénéficiaire de détenir un carnet de soins dont la forme et le contenu sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique.

Art. 25. - La caisse peut conclure une ou plusieurs conventions avec des compagnies d'assurance ou des mutuelles gérant des régimes complémentaires d'assurance maladie visant à coordonner la prise en charge des frais de prestations de soins.

Art. 26. - La caisse ne prend pas en charge les frais des prestations de soins dispensés au titre du régime de base d'assurance maladie si l'une des conditions exigée pour le bénéfice de ces prestations et prévue par la loi n° 2004-71 susvisée et ses différents textes d'application n'est pas remplie.

Toutefois, l'assuré social peut demander le réexamen de cette décision conformément aux modalités, procédures et délais prévus par le décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, relatif à la fixation des modalités et des procédures de l'exercice du contrôle médical.

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021

Titre 3

Dispositions particulières et transitoires

Art. 27. - A titre transitoire et jusqu'à la mise en application des procédures et délais d'option pour l'une des modalités prévues aux articles 4, 5 et 6 du présent décret, les assurés sociaux prévues par le décret n° 2007-1366 du 11 juin 2007, relatif à la détermination des étapes d'application de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 susvisée et leurs ayants droit, bénéficient de la prise en charge des prestations de soins qui leurs sont dispensées, et ce, conformément aux dispositions des articles 28 à 31 du présent décret pour la période d'une année à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Art. 28. - La caisse prend en charge directement les frais des prestations de soins dispensées aux assurés sociaux et leurs ayants droit, dans le cadre de la filière publique de soins prévue au chapitre 2 du titre II du présent décret.

Art. 29. - Outre les prestations de soins prévues à l'article 28 du présent décret, la caisse prend en charge selon la modalité du tiers payant et après accord préalable :

- les frais des soins ambulatoires comprenant les consultations, explorations, analyses de laboratoires et médicaments relatifs au traitement des affections lourdes ou chroniques et les prestations de suivi de la grossesse effectuées auprès des prestataires de soins dans le secteur privé sous condition d'inscription auprès d'un médecin traitant conventionné et d'en informer la caisse,

- les frais des hospitalisations relatives aux actes d'accouchement et interventions chirurgicales liées à des affections lourdes ou chroniques effectuées dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la caisse.

L'assuré social peut demander le bénéfice du système de remboursement des frais de soins mentionnés au présent article et après accord préalable de la caisse.

Art. 30. - Est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé publique la liste des prestations de soins prises en charge dans le cadre des hospitalisations dans le secteur privé.

Art. 31. - Durant la période transitoire prévue par le présent titre, la prise en charge des frais d'hospitalisations effectuées dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la caisse s'effectue conformément aux modalités et conditions prévues aux articles 19 et 20 du présent décret.

Art. 32. - Les assurés sociaux, mentionnés au décret n° 2007-1366 du 11 juin 2007, relatif à la détermination des étapes d'application de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 susvisée, doivent exercer le droit d'option pour l'une des modalités de prise en charge prévues par le présent décret trois mois avant la fin de la période transitoire fixée à l'article 27 du présent décret.

Au cas où l'assuré n'exerce pas l'option visée à l'alinéa premier du présent article, il est inscrit d'office ainsi que ses ayants droit dans la filière publique de soins.

Art. 33. - La caisse continue à prendre en charge au profit de toutes les catégories d'assurés sociaux les prestations de soins relatives à la chirurgie cardio-vasculaire, l'hémodialyse rénale, le scanner, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la scintigraphie myocardique, la lithotriptie, les soins thermaux et la rééducation fonctionnelle dispensées dans les établissements sanitaires privés selon les procédures et les tarifs relatifs à ces prestations en vigueur avant l'entrée en application du présent décret.

Art. 34. - Les affiliés de la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale adhérents au régime de remboursement de frais et bénéficiaires de prises en charge pour longues maladies et ayant opté pour la modalité du système de remboursement des frais prévu par le chapitre 4 du titre II du présent décret continuent à bénéficier des prestations de ce régime qui ne relèvent pas du régime de base d'assurance maladie, selon les mêmes conditions et taux de prise en charge appliqués avant l'entrée en vigueur du présent décret.

Les personnes prévues par l'alinéa premier du présent article peuvent bénéficier de la modalité de prise en charge directe des frais des prestations de soins, dispensées dans le cadre de la filière privée de soins, prévue par le présent décret à condition de sa renonciation définitive au régime de remboursement de frais de soins, en vigueur avant l'entrée en application du présent décret par une demande écrite adressée à la caisse avec accusé de réception.

Art. 35. - Les dispositions transitoires telles que fixées par le présent titre prennent fin une année à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret, et s'appliquent alors, le reste de ses dispositions.

Art. 36. - Le présent décret entre en vigueur à compter du 1er juillet 2007.

Art. 37. - Le ministre des affaires sociales, de solidarité et des Tunisiens à l'étranger, le ministre des finances et le ministre de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Tunisienne.

Tunis, le 11 juin 2007.

Zine El Abidine Ben Ali

MINISTERE DE L'EDUCATION ET DE LA FORMATION

Arrêté du ministre de l'éducation et de la formation du 5 juin 2007, portant ouverture d'un concours sur dossiers pour le recrutement de conseillers éducatifs adjoints.

Le ministre de l'éducation et de la formation,

Vu la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif, ensemble les textes qui l'ont modifiée ou complétée et notamment la loi n° 2003-20 du 17 mars 2003,

Vu le décret n° 2001-1762 du 1er août 2001, portant statut particulier du corps des conseillers éducatifs relevant du ministère de l'éducation, tel qu'il a été modifié par le décret n° 2005-2658 du 3 octobre 2005,

Téléchargé à partir de JurisiteTunisie www.jurisitetunisie.com 2021