

## CONTRAT DE PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LES CENTRES DE SANTE

Entre :

la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS, BP 7376, Rue 6667 – Porte 0160, dont le siège est à Ndjaména, représentée par son Directeur Général ci-après dénommée "l'Assureur",

Et :

le Centre de Santé de, KAMINA BP \_\_\_\_\_,  
Tél : \_\_\_\_\_ représenté par son Responsable ci-après dénommé "le Centre de Santé";

### PREAMBULE :

La Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) est un établissement public administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Elle est créée par la loi n° 026/PR/20 du 31 décembre 2020.

La CNAS a pour tutelle le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP). Elle assure la gestion des trois régimes de la Couverture Santé Universelle (CSU) institués par la loi 035/PR/19 du 05 août 2019, l'Agence Nationale de Régulation (ANAR-CSU) assure la régulation technique, administrative et financière du système. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la CNAS sont fixées par le décret n° 0577/PCMT/PMT/MSPSN 2021 du 15 octobre 2021.

L'Etat, à travers le MSPP, s'est engagé à développer la CSU. Cet engagement est fortement réaffirmé par la « **Vision 2030, le Tchad que nous voulons** » et son Plan National de Développement (**PND-TCHAD CONNEXION 2030**) dont l'une des déclinaisons est la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS). En outre, le Plan National de Développement Sanitaire et le Plan Quinquennal de Développement et de déploiement orientent la mise en œuvre de la CSU. Enfin, la mise en place des dispositifs juridiques, institutionnels et techniques ayant permis son opérationnalisation s'inscrit dans ce cadre.

Les parties signataires ci-dessus désignées s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière de CSU, il s'agit notamment de ceux relatifs aux services de prestations de soins et leur tarif indiqués à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessous au profit des bénéficiaires, dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité.

En conséquence, les parties conviennent des présentes dispositions dont la teneur suit :

#### Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de définir, dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU), les modalités de prise en charge des soins des assurés en commençant par les personnes économiquement démunies (PED), affiliées à l'Assureur dans le Centre de Santé et de garantir l'accès aux soins de qualité dans le district sanitaires du ABELHE.

## **Article 2** : Obligations du Centre de Santé

Dans le cadre de cette convention, le Centre de santé s'engage à :

- Fournir des prestations de soins aux assurés de la Couverture Santé Universelle (CSU), selon les standards de qualité établis par les protocoles nationaux et normes en vigueur ;
- Assurer une bonne gestion des éventuelles réclamations du patient ;
- Facturer les soins et services conformément aux tarifs conventionnés figurant en annexe ;
- Garantir le respect des protocoles médicaux et des bonnes pratiques cliniques ;
- Tenir à jour les dossiers médicaux des bénéficiaires et les transmettre dans les délais impartis avec les justificatifs requis ;
- Remplir complètement les matrices des outils de gestion de la prise en charge des patients ;
- Tenir à jour un registre des bénéficiaires pris en charge dans le cadre de la CSU ;
- Fournir à la CNAS des rapports périodiques (mensuels/trimestriels) sur les prestations et les actes réalisées, incluant les données statistiques et financières ;
- Garantir la confidentialité des données des patients et des informations médicales gérées dans le cadre de la CSU ;
- Participer aux formations et sessions de renforcement de capacités organisées par la CNAS ou ses partenaires ;
- Participer et faciliter les contrôles et audits réalisés par la CNAS, ses représentants ou l'autorité de tutelle ;
- Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la qualité de services élaboré à l'issue du processus d'accréditation ;
- Assurer la mise à niveau de l'offre de soins ;
- Assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués ;
- Soumettre les factures de paiement et les justificatifs selon les délais impartis ;
- Promouvoir la CSU auprès des patients dans le but de contribuer à l'adhésion de la population.

## **Article 3** : Obligations de la CNAS

L'Assureur, de son côté, s'engage à :

- Vérifier l'éligibilité des bénéficiaires avant la prise en charge des soins ;
- Mettre à disposition du Centre de santé et des bénéficiaires les outils et documents nécessaires à la gestion des prestations (cartes, listes, formulaires, etc.) ;
- Effectuer les paiements selon les modalités et délais convenus, sur la base des feuilles de soins et factures validées ;
- Assurer un suivi des paiements et un contrôle des prestations réalisées ;
- Assurer l'évaluation de la mise en œuvre du service des prestations de soins ;
- Assurer, en tant que de besoin, la formation continue et l'appui technique aux formations sanitaires ;
- Communiquer régulièrement avec le Centre de santé pour améliorer la qualité du service ;

- Respecter la confidentialité des données personnelles et médicales conformément aux lois en vigueur.

**Article 4 : Prestations de soins Couvertes**

Les prestations de soins sont constituées des actes, services ou interventions réalisées par des professionnels de santé dans le but de préserver, améliorer ou rétablir la santé d'un individu. Elles couvrent notamment les paniers de soins et leur tarifs conventionnels de la Couverture Santé Universelle (CSU), y compris les prestations relevant des mécanismes de gratuité ciblée de l'Etat.

Les prestations de soins couvertes dans le Centre de santé sont constituées de :

- a. Consultation curative (consultation, examens complémentaires, et médicaments prescrits et délivrés par le centre de santé)
- b. Consultations prénatales (consultation et médicaments préventifs prescrits dans ce cadre)
- c. Consultations post natales (Consultation et médicaments prescrits dans ce cadre)
- d. Accouchements

Les prestations de soins sont délivrées après vérification de l'éligibilité du bénéficiaire ;elles sont facturées conformément aux tarifs conventionnés entre les parties, prévus à l'article suivant du présent contrat.

**Article 5 :Contrôle médical**

Le contrôle médical est effectué par l'Assureur à travers les points focaux ou agences de vérification placées auprès du centre de santé. Il a pour objet :

- de vérifier la conformité des prescriptions et la dispensation des soins requis ;
- d'apprécier le respect des normes et procédures en matière de prestations de soins de santé ;
- de vérifier et d'évaluer la conformité du plateau technique ;
- de constater les abus et fraudes en matière de la prescription de soins et de la facturation.

Les personnes physiques ou morales soumises au contrôle administratif sont tenues de recevoir les contrôleurs à tout moment. Les oppositions ou obstacles à l'action des contrôleurs sont passibles des peines prévues par les textes en vigueur.

**Article 6 : Modalités de remboursement**

Les soins couverts sont joints en annexe du contrat.

Le Centre de Santé soumet les demandes de remboursement accompagnées des factures et feuilles de soins qu'il dépose au siège de l'Assureur.

Les paiements sont effectués sous trente (30) jours maximums après validation des feuilles de soins et factures justificatifs, par virement dans les comptes :

1. Centre de santé : N° 6004 00002 3712715, domicilié à \_\_\_\_\_ :
2. Pharmacie : N° \_\_\_\_\_, domicilié à \_\_\_\_\_

**Article 7** : Durée et résiliation

Le contrat est conclu pour une durée de six (6) mois renouvelable par tacite reconduction, sauf après une évaluation ayant donné une appréciation négative du Centre de Santé. Il peut être résilié par l'une des parties avec observation d'un préavis de 15 jours et, sans préavis en cas de non-respect des obligations contractuelles.

**Article 8** : Résolution des litiges

Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. En cas de désaccord, il est privilégié la procédure amiable de règlement des différends. Toutefois, le Centre de santé, s'il se considère lésé par une décision prise à son encontre par la CNAS, dispose du droit de recours devant l'ANAR-CSU.

En sus du recours à l'ANAR-CSU, 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.

En cas de persistance, le litige est soumis à l'appréciation de la juridiction compétente.

**Article 9** : Sanctions

Sont exclues de la prise en charge les cas de manquements suivants:

- Les abus de délivrance de soins dûment constatés par la Direction du Contrôle Médical et de Lutte Contre la Fraude de la CNAS, lorsqu'il est établi par les vérificateurs attestés par la CNAS, que des prestations délivrées sont complaisantes.
- Les prestations complaisantes ou les cas de fraude dûment établis, suite à une complicité avérée entre le praticien, le personnel de l'établissement ou le patient.

En cas de fraude ou de complicité de fraude, la CNAS pourra engager des poursuites judiciaires contre ses auteurs ou complices. Les sommes indûment versées au bénéfice du prestataire devront être remboursées par ce dernier, augmentées des dommages et intérêts qui pourront être réclamés.

Le non-respect des engagements financiers et la mauvaise gestion des ressources destinées aux paiements des prestations de soins, sont sanctionnés conformément aux lois et règlements en vigueur.

**Article 10** : Dispositions diverses

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention, la CNAS élabore et met à jour les modalités et procédures d'échange et de collaboration avec les prestataires conventionnés ainsi que ses annexes (liste des prestations et leur tarif, outils nécessaires à la prise en charge des prestations de soins : feuilles de soins, outils d'évaluation...). Les ajouts, retraits ou mises à jour des modalités et procédures deviennent automatiquement opposables aux prestataires de soins dès leurs informations par la CNAS.

Toute modification du contrat doit être validée par les deux parties.

**Article 11** : Bonne foi

Le présent contrat qui constitue la loi des parties sera exécuté de bonne foi, après sa signature par les parties. Une copie sera transmise à l'ANAR-CSU conformément à l'article 3 du décret N°2263/PCMT/PMT/MSPSN/2022 du 28 juillet 2022 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle (ANAR-CSU).

**Article 12 : Dispositions finales**

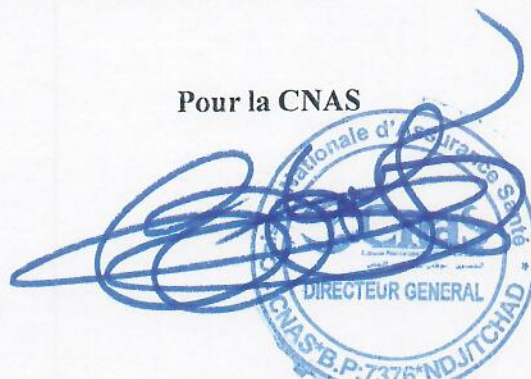
Le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Santé, le Directeur Général de l'Agence Nationale de Régulation de la CSU, le Directeur Général de la Santé Publique, les Délégués sanitaires provinciaux et les prestataires de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Arrêté.

Fait à Abéché le 19/01/2026  
En trois exemplaires originaux

Pour le Centre de Santé



Pour la CNAS



SING-YABE BARNABAS