

Ministère de la Santé
Agence Nationale de l'Assurance Maladie



وزارة الصحة
الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Convention Nationale

Entre

Les Organismes Gestionnaires

Et

Les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation

Mai 2007

CONVENTION NATIONALE

Etablie sous l'égide de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, ci-après dénommée ANAM, représentée par son Directeur, Monsieur Chakib TAZI ;

ENTRE

- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) représentée par son Directeur Général, Monsieur Saïd AHMIDOUCH ;
- La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), représentée par son Directeur, Monsieur Abdelaziz ADNANE ;

Ci-après dénommées Organismes Gestionnaires

D'UNE PART,

ET

Sous l'égide du Ministère de la Santé

Les établissements publics de soins et d'hospitalisation, régis par la Loi n°37-80 et par le Décret n° 175-66 du 23-06-67 suivants :

- Le Centre Hospitalier IBN SINA de Rabat, représenté par son Directeur le Professeur Mountacer Charif CHEFCHAOUNI.
- Le Centre Hospitalier IBN ROCHD de Casablanca, représenté par son Directeur le Professeur Abdenbi EL KAMAR.
- Le Centre Hospitalier HASSAN II de Fès, représenté par son Directeur le Professeur Khalid AIT TALEB.
- Le Centre Hospitalier MOHAMMED VI de Marrakech, représenté par son Directeur le Professeur Omar ESSADKI.
- L'Institut Pasteur du Maroc représenté par son Directeur le Professeur Mohammed HASSAR.

Ci-après dénommés établissements publics de soins

D'AUTRE PART

PREAMBULE

- ⊕ **C**onscientes de l'impact socioéconomique de la mise en oeuvre de l'assurance maladie obligatoire de base instituée par la Loi 65-00 relative à la couverture médicale de base ;
- ⊕ **A**yant à l'esprit les objectifs de l'Etat en matière de santé et sa détermination à assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins ;
- ⊕ **C**onvaincues du rôle qu'il leur appartient d'assumer dans la réussite et la pérennisation du régime d'assurance maladie obligatoire pour les salariés et les titulaires de pensions des secteurs public et privé ;
- ⊕ **C**onsidérant que les conventions nationales sont l'instrument privilégié du dialogue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les établissements publics de soins, en vue de permettre à la population assurée l'accès à des soins reconnus de qualité et médicalement requis ;
- ⊕ **D**éterminées à assurer aux médecins et aux personnels de santé exerçant dans les établissements publics de soins, des conditions d'exercice pour garantir la qualité de la relation entre les médecins et leurs patients ;

Les parties conviennent des clauses de la présente convention qu'elles s'engagent à appliquer dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

Les parties,

- ⊕ Vu la Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le Dahir n°1-02-296 du 25 regeb 1423 (3 octobre 2002) telle qu'elle a été modifiée, notamment son chapitre II du titre III du livre premier ;
- ⊕ Vu la Loi n°37-80 relative aux Centres Hospitaliers telle qu'elle a été modifiée et complétée, promulguée par le Dahir n°1-82-05 du 30 rabie 1^{er} 1403 (15 Janvier 1983);
- ⊕ Vu le Décret 2-05-733 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le Dahir n°1-02-296 du 25 regeb 1423 (3 octobre 2002) telle qu'elle a été modifiée ;
- ⊕ Vu le Décret n°2-86-74 du 20 kaâda 1408 (5 juillet 1988) pris pour l'application de la Loi n°37-80 relative aux Centres Hospitaliers, promulguée par le Dahir n°1-82-05 du 30 rabie 1^{er} 1403 (15 Janvier 1983) tel qu'il a été complété ;
- ⊕ Vu les Arrêtés d'application des Décrets relatifs à la Loi 65-00 ;
- ⊕ Vu l'Arrêté du Ministre de la Santé n°177-06 du 26 Hijja 1426 (27 janvier 2006) fixant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;
- ⊕ Vu l'Arrêté du Ministre de la Santé n°1796-03 du 14 Jourmada II, 1426 (21 Juillet 2005) fixant la Nomenclature des Actes d'Analyses de Biologie Médicale.

Ont convenu et arrêté ce qui suit :

TITRE PREMIER DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE PREMIER FONDEMENTS DU PARTENARIAT

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention régit les relations entre les organismes gestionnaires et les établissements publics de soins et d'hospitalisation, dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire de base.

Elle fixe la tarification nationale de référence conformément aux dispositions de l'article 12 de la Loi 65-00.

Article 2 : Les principes généraux

Conscientes de l'environnement socio-économique du pays et des contraintes financières des régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire de base, les parties signataires, s'engagent, chacune en ce qui la concerne à :

- garantir à tous les bénéficiaires l'accès aux soins, et en améliorer progressivement leur prise en charge ;
- mettre en application la maîtrise médicalisée des dépenses, par l'application concertée des références médicales nationales qui leur sont opposables, des protocoles de soins ou référentiels de prise en charge des maladies ayant fait l'objet d'un consensus national et de tous les outils instaurés dans le cadre de la couverture médicale de base ;
- adapter la pratique médicale en particulier par la mise en œuvre d'un dispositif de coordination et de continuité des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation efficiente des ressources ;

Article 3 : Champ d'application

La présente convention revêt un caractère national. Elle s'applique, conformément aux dispositions de l'article 23 de la Loi 65-00 susvisée, à :

- L'ensemble des établissements publics de soins et d'hospitalisation signataires de la présente convention.
- L'ensemble des prestations de soins et de services rendus par ces établissements,
- L'ensemble des bénéficiaires de l'AMO de base,
- Les organismes gestionnaires de l'AMO de base signataires de la présente convention.

Cette convention peut être étendue à d'autres établissements de soins et d'hospitalisation, par avenant.

CHAPITRE II

DELIVRANCE DES SOINS AUX BENEFICIAIRES

Article 4 : Libre choix

Les bénéficiaires de l'AMO de base conservent, conformément aux dispositions de l'article 14 de la Loi 65-00, le libre choix de l'établissement de soins.

Les organismes gestionnaires et les établissements publics de soins respectent le libre choix des assurés.

Article 5 : Accueil, enregistrement et information des patients

La structure chargée de l'accueil vérifie l'identité du patient, sa qualité de bénéficiaire et la carte de l'assuré. Elle accomplit les formalités nécessaires à l'enregistrement des patients.

Le médecin renseigne la feuille de soins après vérification de l'identité de l'assuré quand le patient est mineur, ou de l'identité du patient quand celui-ci est majeur. Il y appose sa signature et le cachet de l'établissement public de soins.

En cas d'hospitalisation complète ou de jour, le médecin traitant lui ouvre un dossier médical et y porte les renseignements utiles sur son état de santé. Il l'informe sur le diagnostic et les soins à lui prodiguer.

La feuille de soins est délivrée par l'organisme gestionnaire à l'établissement public de soins ou à l'assuré.

Article 6 : Carnet de santé

Les parties conviennent de l'usage de carnets de santé pour le suivi médical de la femme et l'enfant et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté du Ministre de la santé fixant les conditions et les épisodes de suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites et de celui fixant les mesures nécessaires au suivi médical de l'enfant pris pour application des dispositions de l'article 26 du Décret 2-05-733.

Pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, les parties conviennent également de l'usage d'un carnet de suivi médical pour les Affections de Longue Durée qui exigent un suivi médical régulier.

Dans ces cas, les assurés sont tenus de présenter le carnet de santé au médecin traitant qui y inscrit les informations utiles et nécessaires au suivi médical.

Article 7 : Délivrance des soins

Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, au code de déontologie médicale et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et la Nomenclature des Actes d'Analyses de Biologie Médicale, les médecins délivrent aux bénéficiaires des soins éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science, tout en observant une économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

La présente convention porte sur la totalité des soins prodigués que ce soit à titre ambulatoire ou dans un établissement d'hospitalisation, le jour, la nuit, les week-end et jours fériés.

Les médecins conservent la liberté de prescription dans le respect du médicalement requis par l'état de santé des bénéficiaires. Ils s'efforceront de prescrire les médicaments admis au remboursement et les génériques quand ils existent.

Toutefois, les références médicales adoptées conformément à la réglementation en vigueur ou après accord des parties signataires sont opposables aux médecins qui s'engagent à les appliquer dans la délivrance des soins aux assurés.

Article 8 : Rédaction des ordonnances

Le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance, les mentions prévues par la réglementation en vigueur, ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire et l'identifiant de sa carte de bénéficiaire. Il formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions de médicaments, de fournitures et appareils, d'exams de laboratoire, d'imagerie médicale ou de soins à effectuer par les paramédicaux.

Dans les cas de prescription d'ordonnance, notamment au niveau de la consultation externe, ou en cas d'hospitalisation pour les dispositifs médicaux hors forfaits hospitaliers, ou lors de l'examen de sortie, le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance, en plus, la référence de la prise en charge, comme il doit préciser la durée de traitement.

En cas de prescription d'actes de biologie, d'imagerie médicale ou de rééducation, le médecin porte, sur l'ordonnance, les renseignements cliniques utiles à la réalisation de l'acte prescrit.

Pour les hospitalisations, les ordonnances prescrivant des dispositifs ou services à titre externe doivent porter les références du dossier de prise en charge.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances préétablies ou comportant des messages publicitaires.

Article 9 : Etablissement des plis confidentiels

En cas d'accord de prise en charge ou à la demande du médecin contrôleur de l'organisme gestionnaire, Le médecin traitant établit le pli confidentiel conformément aux dispositions de l'article 20 du Décret 2-05-733.

Le pli confidentiel est traité par l'organisme gestionnaire dans le respect du secret médical.

Article 10 : Cas des soins nécessitant un accord préalable

L'hospitalisation donne lieu à la prise en charge par l'organisme gestionnaire moyennant l'accord préalable conformément aux dispositions des articles 19 et 20 du Décret n° 2-05-733 , à l'exclusion des cas urgents qui seront traités conformément aux dispositions de l'article 21 du Décret précité.

L'organisme gestionnaire se prononce sur la prise en charge dans un délai ne dépassant pas 48 heures ouvrables suivant le dépôt de la demande d'accord préalable.

En cas d'hospitalisation d'urgence, le malade est immédiatement admis par l'établissement et les soins lui sont délivrés; la demande de prise en charge y afférente, devra parvenir à l'organisme gestionnaire le premier jour ouvrable suivant cette hospitalisation.

Les actes en hospitalisation de jour figurant à la grille n°07 de la présente convention, peuvent faire l'objet d'une hospitalisation normale après accord préalable de l'organisme gestionnaire, sur demande motivée de l'établissement public de soins concerné. Dans ce cas il sera fait application des grilles tarifaires 2 et 3 relatives aux hospitalisations chirurgicales et médicales.

Les établissements publics de soins s'engagent à accepter, sans réserve, les bénéficiaires d'une prise en charge à concurrence des montants fixés conformément aux dispositions de la présente convention nationale et de la tarification nationale de référence qui lui est jointe.

Si l'état du patient nécessite un suivi médical complémentaire par un autre médecin ou des examens non prévus à la demande initiale, une autre demande de prise en charge annulant et remplaçant la prise en charge initiale doit être adressée à l'organisme gestionnaire.

Au cas où l'acte figurant sur la prise en charge n'est pas effectué, l'établissement public de soins concerné doit aviser l'organisme gestionnaire par la transmission de l'annulation de cette prise en charge.

Article 11 : Utilisation des feuilles de soins

Les établissements publics de soins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles arrêtés par l'ANAM.

Les feuilles de soins doivent comporter les prescriptions du médecin conformément aux dispositions de l'article 25 du Décret 20-5-733.

Les feuilles de soins ne remplissant pas les conditions précitées ne sont pas recevables par l'organisme gestionnaire.

Article 12 : Facturation des prestations rendues

Sous réserve des dispositions particulières au tiers payant, l'établissement public de soins est appelé à mentionner sur le formulaire de prise en charge, l'intégralité des informations concernant les actes et prestations rendus :

- code CIM (Classification Internationale des Maladies) ;
- codage des actes ;
- cotation des actes ;
- actes hors nomenclature avec la mention HN.

En cas d'urgence, lorsqu'un accord préalable de l'organisme gestionnaire est exigé, le praticien dispense l'acte mais remplit la formalité indiquée ci-dessus en portant la mention « acte d'urgence ».

La tarification nationale de référence servant de base au remboursement ou à la prise en charge des frais des prestations rendues par les établissements publics de soins figure au titre II de la présente convention. Toutefois, tout acte non prévu par la présente convention sera tarifé conformément à la réglementation en vigueur.

En cas de prise en charge, l'organisme gestionnaire règle directement à l'établissement public de soins les frais de soins conformément à la tarification nationale de référence à l'exclusion des extra qui demeurent à la charge exclusive du bénéficiaire. On entend par extra, entre autres, l'utilisation d'une chambre particulière ou l'hébergement de l'accompagnant.

Dans le cas où une partie des frais, au titre des extra et/ou ticket modérateur, reste à la charge de l'assuré, celui-ci est tenu de la régler directement à l'établissement public de soins.

CHAPITRE III PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

Article 13 : Promotion de la santé

Dans ses rapports avec le bénéficiaire, le médecin est appelé à réserver une place particulière aux actions de prévention collective et individuelle, de façon générale et plus particulièrement à la prévention des affections de longue durée par le recours à des soins précoces.

Il s'engage à promouvoir la santé par la communication de messages visant la prophylaxie et la protection de la santé publique.

Les Organismes Gestionnaires s'engagent à développer une politique de prévention conformément à la politique générale de l'Etat et à participer à la promotion des actions de prévention auprès des établissements publics de soins.

CHAPITRE IV

MODALITES D'EXERCICE ET DE LA QUALITE DES SOINS

Article 14 : Respect du principe de la qualité des soins

Les exigences de la qualité concernent chaque médecin et tous les établissements publics de soins. Elles portent autant sur les moyens, les procédures du diagnostic et de traitement, que sur la manière dont ils sont mis en œuvre et sur les résultats.

Il est entendu que fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats sans pour cela augmenter les risques.

Les parties signataires s'engagent à adopter une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'encourager le respect des normes de sécurité et de qualité des soins dans le respect du médicalement requis.

Article 15 : Contrôle médical

Dans le souci d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie et la transparence entre les organismes gestionnaires, les médecins et les établissements de soins et les bénéficiaires, les organismes gestionnaires sont tenus en vertu de l'article 26 de la Loi 65-00 de procéder à un contrôle médical ayant pour objet de :

- vérifier la conformité des prescriptions à la pratique des soins médicalement requis ;
- vérifier la validation de prestations au plan technique et médical ;
- constater les abus et les fraudes éventuels en matière de prescription, de soin et de facturation.

Les bénéficiaires et les établissements publics de soins concernés sont tenus de leur part, en vertu des articles 27 et 28 de la Loi 65-00, de répondre favorablement et de faciliter le déroulement du contrôle en question, effectué par un corps médical conformément aux conditions et modalités prévues aux articles 33 à 40 du Décret 2-05-733.

Les organismes gestionnaires s'engagent à assurer la formation et la préparation des médecins contrôleurs pour qu'ils puissent assurer leur mission dans les meilleures conditions.

Les parties signataires s'engagent mutuellement à respecter l'ensemble de ces dispositions et à assurer leur mise en œuvre dans un cadre de partenariat.

CHAPITRE V FORMATION CONTINUE

Article 16 : Objectifs de la formation continue

La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des compétences, y compris en matière de communication ainsi que l'amélioration de la prise en charge du patient et des priorités de santé publique.

Les parties signataires s'engagent à entreprendre chacune en ce qui la concerne les actions de formation continue nécessaires pour la réalisation de leurs objectifs.

La formation continue portera notamment sur les thèmes suivants :

- L'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale,
- Le développement des référentiels de prise en charge et protocoles thérapeutiques,
- Les programmes de santé publique,
- Les questions relatives à l'organisation du système de soins,
- Les outils modernes de gestion de l'information médicale, (CIM, code actes, code ALD...)
- L'assurance qualité et les vigilances sanitaires.
- Le contrôle médical.
- La gestion hospitalière.
- Etc...

CHAPITRE VI REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 : Modalités de remboursement ou de prise en charge des frais de soins

Le remboursement ou la prise en charge se fera sur la base de la tarification nationale de référence figurant au titre II de la présente convention et des dispositions réglementaires en vigueur.

Article 18 : Règlement des soins délivrés en milieu d'hospitalisation

➤ **Bases de règlement**

L'organisme gestionnaire s'engage à régler directement à l'établissement public de soins les sommes dues conformément au présent chapitre sur la base du dossier complet y compris l'original de la prise en charge.

➤ **Dossiers de règlement**

L'établissement public de soins adresse à l'organisme gestionnaire, dès la sortie du patient et au plus tard dans les 3 mois un dossier comprenant les documents suivants :

- l'original du document de la prise en charge auquel doit être jointe une photocopie de la carte d'immatriculation de l'assuré, et le cas échéant, de la carte d'identité nationale du bénéficiaire hospitalisé. Si ce dernier est mineur, il y a lieu de joindre la photocopie de la CIN de l'assuré ou le cas échéant sa carte d'assuré ;
- la facture de l'établissement public de soins précisant le détail des frais et, éventuellement, la part restant à la charge de l'assuré, dûment cachetée par l'établissement public de soins et signée par l'assuré ou, en cas d'empêchement, par un ayant droit dûment mandaté ;
- le compte rendu opératoire ou de l'hospitalisation transmis sous pli confidentiel, conformément à un modèle à arrêter en commun accord entre les parties.

Toute hospitalisation donne lieu à l'établissement d'une et une seule facture originale. En cas de besoin, la mention copie ou duplicata doit être clairement précisée.

➤ **Délai de règlement**

L'organisme gestionnaire s'engage à régler à l'établissement public de soins la part des frais à sa charge sur la base du dossier de règlement, dans un délai n'excédant pas 6 mois à compter de la date de leur réception.

➤ **Journées d'hospitalisation,**

La durée du séjour est décomptée du jour d'entrée, qu'elle qu'en soit l'heure, jusqu'à la veille du jour de sortie qu'elle qu'en soit l'heure.

CHAPITRE VII TARIFS DES PRESTATIONS AMBULATOIRES

Article 19 : Modalités de règlement

Les prestations rendues à titre ambulatoire par les établissements publics de soins donnent lieu à des frais réglés à l'avance par le bénéficiaire, à charge pour lui de se faire rembourser par l'organisme gestionnaire dont il dépend. Toutefois, si les montants globaux à verser par le patient dépassent un plafond à définir d'un commun accord entre les organismes gestionnaires et les établissements publics de soins, le patient peut demander une prise en charge à son organisme gestionnaire.

CHAPITRE VIII SUIVI ET CONCERTATION

Article 20 : Concertation

Dans le cadre de la présente convention, il est institué une commission permanente de suivi, à égalité de membres entre les organismes gestionnaires et les établissements publics de soins, à raison de :

- 2 représentants de la CNOPS.
- 2 représentants de la CNSS.
- 1 représentant par établissement public de soins.
- 2 représentants du Ministère de la Santé.
- 1 représentant de l'ANAM.

La commission permanente de suivi est chargée :

- D'examiner et de régler les problèmes liés à l'application de la convention,
- De statuer sur les désaccords concernant les facturations en vue de concilier les parties en litige.
 - D'examiner tout manquement ou violation de la présente convention, des règles professionnels, des Lois et règlements en vigueur ;
 - De proposer les modifications qui sont de nature à permettre un fonctionnement efficace de la convention ;
 - De proposer en commun accord une cotation pour les actes hors nomenclature qui sera appliquée d'une manière provisoire dans l'attente de son homologation par la commission nationale de nomenclature ;
 - De décider en cas de désaccord sur la cotation applicable à un acte, lorsque cet acte est susceptible de plusieurs cotations ou lorsque des interprétations divergentes sont présentées sur le montant des honoraires, des frais remboursables ou sur les modalités de leur remboursement ;

La commission prend ses décisions de façon consensuelle. Ces décisions s'imposent aux deux parties.

En cas de litige non réglé à l'amiable entre organismes gestionnaires et les établissements publics de soins dans le cadre de la commission permanente de suivi, la décision de l'arbitrage revient aux instances de l'ANAM.

Cette commission se réunit trimestriellement pour traiter et liquider les dossiers en suspens relevant de ses missions.

Une fois par semestre, ou à la demande de l'une des deux parties quand cela est nécessaire, cette commission se réunit à l'initiative et sous la présidence du directeur de l'ANAM ou de son représentant pour discuter des dossiers litigieux n'ayant pas été tranchés amiablement.

En cas de désaccord, le dossier est soumis à la commission spécialisée de l'ANAM.

Commission spécialisée permanente

Le non respect ou la violation des termes de la convention nationale non solutionnés par la commission permanente de suivi, sont soumis à la commission spécialisée permanente, créée à cet effet conformément aux dispositions de l'article 30 du Décret n° 2 - 05 -733 du 18 juillet 2005 pris pour l'application de la Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

CHAPITRE IX DUREE ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 21 : Durée

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans, renouvelable, par tacite reconduction. Toutefois, elle peut faire l'objet d'avenant intervenu en commun accord entre les parties signataires sous l'égide de l'ANAM.

Cette convention s'applique à tout établissement public de soins créé postérieurement à la date de sa signature.

Article 22 : Date d'effet

La présente convention, signée le 9 mai 2007 prend effet le 1^{er} juin 2007.

Article 23 : Diffusion des clauses de la convention

Chacune des parties signataires s'engage à assurer la plus large diffusion de la présente convention.

TITRE II

TARIF NATIONAL DE REFERENCE

- Grille n°1 : Tarifs des Lettres Clés.
- Grille n°2 : Tarifs Forfaitaires des Actes de Chirurgie.
- Grille n°3 : Tarifs Forfaitaires des Actes d'Hospitalisation Médicale.
- Grille n°4 : Tarifs Forfaitaires des Actes d'Exploration Médicale.
- Grille n°5 : Tarifs Forfaitaires de la Dialyse.
- Grille n°6 : Tarif Forfaitaire de la Lithotripsie.
- Grille n°7: Tarifs des Actes Pratiqués en Hôpital de Jour.
- Grille n°8 : Tarifs Forfaitaires des Actes de Cardiologie

GRILLE n° 1
TARIFS DES LETTRES CLES

DESIGNATION	LETTRE CLES	TARIFS EN DHS
ACTES MEDICAUX		
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	50.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	75.00
CONSULTATION PSYCHIATRE & NEUROPSYCHIATRE	CNPSY	100.00
CONSULTATION DE PROFESSEUR	Cp	120.00
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	0.90
ACTES D'ANATOMOPATHOLOGIE	P	0.90
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	9.00
ACTES D'ECHOGRAPHIE	KE	10.00
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	K	13.00
ACTES DE CHIRURGIE DENTAIRE	D	10.00
ECHOGRAPHIE		200.00
ACTES PARAMEDICAUX		
ACTES PRATIQUES PAR LE KINESITHEPEUTE (PAR SEANCE)	AMM	40.00
ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPTISTE (PAR SEANCE)	AMY	40.00
ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPHONISTE (PAR SEANCE)	AMO	40.00
ACTES DE PSYCHOMOTRICITE		40.00
SEJOURS		
LIT EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE (CHAMBRE À 2 LITS SI POSSIBLE)		200.00

Grille n°2.1
TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE

COTATION NGAP	TARIFS EN DHs	ELEMENTS DE FORFAITS	
< à K 20	400.00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS SI DISPONIBLE, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE ; ➤ HONORAIRES DES MEDECINS ET LA SURVEILLANCE POST OPERATOIRE; ➤ ACTES MEDICAUX NECESSAIRES ; ➤ SOINS INFIRMIERS ; ➤ HONORAIRES DU CHIRURGIEN ; ➤ HONORAIRES DE L'ANESTHESISTE ; ➤ FRAIS DU BLOC OPERATOIRE; ➤ CONSOMMABLE MEDICAL ; ➤ PHARMACIE ; ➤ MAJORATIONS DE NUIT, JOURS FERIES ET WEEK-END ; ➤ LES ACTES DE RADIOLOGIE DANS LA LIMITE DE Z60 ; ➤ LES ACTES DE BIOLOGIE DANS LA LIMITE DE B300. 	
K20-K24	600.00		
K25-K29	600.00		
K30-K34	780.00		
K35-K39	820.00		
K40-K44	860.00		
K45-K49	900.00		
K50-K59	2000.00		
K60-K69	2400.00		
K70-K79	2800.00		
K80-K89	3200.00		
K90-K99	3600.00		
K100-K109	4000.00		
K110-K119	4400.00		
K120-K129	4800.00		
K130-K139	5200.00		
K140-K149	5600.00		
K150-K159	7800.00		
K160-K169	8320.00		
K170-K179	8840.00		
K180-K189	9360.00		
K190-K199	9880.00		
K200-K209	10400.00		
K210-K219	10920.00		
K220-K229	11440.00		
K230-K239	11960.00		
K240-K249	12480.00		
K250	15400.00		<p>OBSERVATIONS :</p> <p>Forfait global pour toute la durée du séjour (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation) ;</p> <p>Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépassement par rapport à Z60 ou B300. - Sang et dérivé ; <p>avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité ; - Séjours en réanimation ou soins intensifs ; - Implants, prothèses, endoprothèses
K251-K259	17400.00		
K260-K269	17400.00		
K270-K279	17400.00		
K280-K289	17400.00		
K290-K299	17800.00		
K300	18400.00		
<p>NB : À partir de K 310, il est fait application d'un supplément de 600dh par pas de 10K.</p>			

Grille n° 2.2

Tarifs forfaitaires des actes de chirurgie

DESIGNATION	TARIFS EN DHs	ELEMENTS DU FORFAIT	
Césarienne	3000.00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS SI DISPONIBLE, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE ; ➤ HONORAIRES DES MEDECINS ET LA SURVEILLANCE POST OPERATOIRE; ➤ ACTES MEDICAUX NECESSAIRES ; ➤ SOINS INFIRMIERS ; ➤ HONORAIRES DU CHIRURGIEN ; ➤ HONORAIRES DE L'ANESTHESISTE ; ➤ FRAIS DU BLOC OPERATOIRE ; ➤ CONSOMMABLE MEDICAL ; ➤ PHARMACIE ; ➤ MAJORATIONS DE NUIT, JOURS FERIES ET WEEK-END ; ➤ LES ACTES DE RADIOLOGIE DANS LA LIMITE DE Z60 ; ➤ LES ACTES DE BIOLOGIE DANS LA LIMITE DE B300. 	
Ligature de varices oesophagiennes (par séance et jusqu'à 8 ligatures par séance)	2400.00		
Dilatation oesophagienne aux bougies de savary	800.00		
Dilatation oesophagienne au ballonnet	2250.00		
Polypectomie gastrique	1050.00		
Polypectomie colique	1050.00		
Traitement hémostatique des ulcères hémorragiques par clip ou sclérose	2200.00		<p>OBSERVATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait global pour toute la durée du séjour (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation) ▪ Seront facturés en sus : <ul style="list-style-type: none"> - Dépassement par rapport à Z60 OU B300, - Poches de sang et dérivés sanguins. <p>Avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité, - Séjours en réanimation ou soins intensifs.
Traitement hémostatique par plasma argon colique ou rectal	1300.00		
Alcoolisation d'un nodule hépatique	1000.00		

Grille n° 3.1

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE		
HOSPITALISATION EN MEDECINE		
DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS DU FORFAIT
HOSPITALISATION EN MEDECINE	550 DH par jour quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation	<p>* SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS SI DISPONIBLE, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE</p> <p>* HONORAIRES DES MEDECINS ;</p> <p>* SOINS INFIRMIERS ;</p> <p>* MAJORATIONS DE NUIT, JOURS FERIES ET WEEK-END;</p> <p>* CONSOMMABLE MEDICAL ;</p> <p>*ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE DANS LA LIMITE DE B120 ;</p> <p>* ACTES DE RADIOLOGIE DANS LA LIMITE DE Z30 ;</p> <p>*PHARMACIE.</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>* Forfait journalier ;</p> <p>* Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de biologie au-delà de B120 en moyenne par jour, - Les actes de radiologie au-delà de Z30 en moyenne par jour, - Sang et dérivés sanguins <p>avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité
COUVEUSE	<ul style="list-style-type: none"> - 350 DH PAR JOUR LES 10 PREMIERS JOURS - 200 DH A PARTIR DU 11EME JOUR 	

Grille n°3.2

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE		
Hospitalisation en réanimation		
DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS Du FORFAIT
HOSPITALISATION EN REANIMATION	1800 DH par jour	<p>*Séjour : INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE</p> <p>*Boxe en salle de réanimation ;</p> <p>* Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ;</p> <p>* Honoraires des médecins réanimateurs ;</p> <p>* Surveillance des médecins et /ou visite quelque soit leur nombre ;</p> <p>* Actes médicaux nécessaires ;</p> <p>* Soins infirmiers ;</p> <p>* Majorations de nuit, jours fériés et week-end;</p> <p>* Consommable médical;</p> <p>* Actes de biologie médicale dans la limite de B 120 ;</p> <p>* Actes de radiologie dans la limite de Z 30 ;</p> <p>* Pharmacie.</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>* Forfait journalier ;</p> <p>* Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de biologie au-delà de B120 en moyenne par jour, - Les actes de radiologie au-delà de Z 30 en moyenne par jour, - Sang et dérivés sanguins. <p>avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité <p>* En cas de réanimation pédiatrique ces tarifs sont majorés de 10%.</p>

Grille n° 3.3

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE		
Soins intensifs		
DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS DU FORFAIT
SOINS INTENSIFS	1000 DH par jour	<p>*Séjour : INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE *Unité de soins intensifs ; * Surveillance des médecins et /ou visite quelque soit leur nombre ; * Soins infirmiers ; * Majorations de nuit, jours fériés et week-end; * Consommable médical; * Actes de biologie médicale dans la limite de B 120 ; * Actes de radiologie dans la limite de Z 30 ; * Pharmacie.</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>* Forfait journalier ; * Seront facturés en sus : - Les actes de biologie au-delà de B120 en moyenne par jour, - Les actes de radiologie au-delà de Z30 en moyenne par jour, - Sang et dérivés sanguins</p> <p>avec accord préalable : - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité</p>

Grille n° 3.4

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES D'HOSPITALISATION MEDICALE Accouchement		
DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS Du FORFAIT
Accouchement par voie basse avec ou sans épisiotomie, avec ou sans manoeuvre	1000 DH	<ul style="list-style-type: none"> * Séjour: LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS SI DISPONIBLE, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE * Salle d'accouchement ; * Honoraires de l'obstétricien; * Honoraires de la sage femme ; * Pharmacie ; * Consultation du pédiatre ; * Majorations de nuit, jours fériés et week-end ; * Consommable médical. <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *Forfait global pour toute la durée du séjour; *Seront facturés en sus : <ul style="list-style-type: none"> - sang et dérivés sanguins. <p>avec accord préalable :</p> <p>Actes médicaux d'exploration ou de spécialité</p> <p>Analgésie péridurale si indication médicale.</p>
Analgésie péridurale pour accouchement	550 DH	<ul style="list-style-type: none"> - sur demande de prise en charge et après accord - indication médicale s'impose

Grille n° 4

TARIFS DES ACTES D'EXPLORATION MEDICALE

DESIGNATION	TARIFS EN DHs	ELEMENTS DES FORFAITS
FIBROSCOPIE oesogastroduodéal (avec ou sans biopsie) y compris anesthésié si nécessaire	700.00	* Honoraires du médecin ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil ; * Biopsie éventuelle incluse. <u>OBSERVATIONS :</u> Forfait global
BRONCHOSCOPIE	700.00	
COLONOSCOPIE (avec ou sans biopsie)	800.00	
IRM (y compris le produit de contraste)	2000.00	
TDM (y compris le produit de contraste)	840.00	
ANGIOSCANNER (y compris produit de contraste)	940.00	
ANGIO IRM (y compris produit de contraste)	2600.00	
MAMMOGRAPHIE BILATERALE	260.00	
ECHO- MAMMOGRAPHIE Bilatérale	400.00	
Ph-métrie oesophagienne des 24heures	900.00	
Manométrie ano-rectale	900.00	
Fibroscanner	800.00	
Impédancemétrie digestive	1500.00	
LASER	600.00	- Honoraire du médecin. - Consommable médical. - Frais techniques de l'appareil.
PHOTOTHERAPIE (chez le nouveau né)	150.00	Forfait par séance.

Grille n° 5.1

Hémodialyse

DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS DU FORFAIT
HEMODIALYSE	700 DH	<ul style="list-style-type: none"> * Honoraires du médecin ; * Soins infirmiers ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil ; * Repas. <p><u>OBSERVATIONS :</u> Forfait par séance (3 séances au maximum par semaine)</p>

Grille n° 5.2

Tarif forfaitaire de la dialyse péritonéale

DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS DU FORFAIT
Dialyse péritonéale	2100 DH	. Forfait hebdomadaire . Tout consommable, accessoire et surveillance médicale comprise.

Grille n°6
Tarif forfaitaire de la Lithotripsie extra-corporelle

DESIGNATION	TARIF	ELEMENTS DU FORFAIT
Lithotripsie extra-corporelle	2500 DH	<ul style="list-style-type: none"> * Honoraires du médecin ; * Actes médicaux ; * Actes de radiologie et de contrôle ; * Frais techniques de l'appareil <p><u>OBSERVATION :</u> Forfait Global jusqu'à guérison.</p>

Grille n°7
Actes pratiqués en hôpital de jour

1- Hospitalisation à visée diagnostique	
Amniocentèse (prélèvements foétaux)	180,00
Amnioscopie	120,00
Angiographie rétinienne	500,00
Biopsie quelque soit l'organe ou le tissu sous sédation	360,00
Biopsie scanno-guidée sous sédation	1200,00
Biopsie écho-guidée sous sédation	800,00
Coelioscopie à visée diagnostic	500,00
Enregistrement du rythme cardiaque foetal	150,00
Mesure de la pression veineuse centrale	150,00
Ponction biopsie rénale	360,00
Ponction d'ascite	180,00
Ponction de moelle osseuse sous sédation	180,00
Ponction du sang du cordon	180,00
Ponction lombaire	180,00
Ponction pleurale	180,00
Tubage gastrique	120,00
2 – Hospitalisation pour suivi et traitement (1/3)	
Ablation d'un corps étranger sous AG	240,00
Ablation de bouchon de cérumen	120,00
Ablation d'une exostose	240,00
Ablation ou destruction du Xanthélasma	180,00
Ablation de dispositif intra-utérin sous sédation consciente	120,00
Ablation de kystes de Bartholin	150,00
Ablation de kyste cutané	150,00
Ablation de lipome	150,00
Ablation de nodule	150,00
Ablation de polype	150,00
Ablation de matériel d'ostéosynthèse sous AG	720,00
Adénoïdectomie	240,00
Amygdalectomie : Enfant/Adulte	800,00
Aponévrotomie	1200,00
Cautérisation des cils	120,00
Cerclage du col utérin	420,00
Changement de plâtre sous anesthésie générale (AG)	300,00
Circoncision	420,00

2– Hospitalisation pour suivi et traitement (2/3)	
Contraception chirurgicale volontaire par coelioscopie.	420,00
Correction de cicatrice	240,00
Cure d'une hernie inguinale : Enfant/Adulte	1500,00
Cure d'une hernie ombilicale : Enfant/Adulte	1500,00
Curetage évacuateur	300,00
Curetage biopsique	180,00
Cystostomie percutanée	450,00
Déblocage de la mâchoire	180,00
Décercelage du col	360,00
Dépistage anténatal des malformations fœtales	420,00
Drainage d'abcès sous AG	180,00
Drainage d'un pneumothorax	180,00
Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse	420,00
Electrocoagulation sous sédation	180,00
Evacuation utérine d'une grossesse arrêtée	300,00
Hormonothérapie (sans produit médicamenteux)	300,00
Immunothérapie (sans produit médicamenteux)	300,00
Incision d'hymen en cas d'imperforation	150,00
Hémostase nasale pour épistaxis	150,00
Lavage articulaire	500,00
Opération de la cataracte : Extra capsulaire (forfait complet)	2500,00
Opération de la cataracte : Phaco-émulsification (forfait complet)	3500,00
Paracentèse du tympan uni ou bilatérale	150,00
Perfusion de chimiothérapie (séance sans médicaments de chimiothérapie)	300,00
Perfusion de solutés ou d'antibiotiques	180,00
Traitement du pied bot	300,00
Plastie cutanée en Z	1000,00
Ponction de sinus	150,00
Réduction de fracture sous AG	300,00
Réparation de section nerveuse (quelque soit le nombre de nerfs)	2100,00
Réparation de section tendineuse (quelque soit le nombre de tendons)	1050,00
Réparation des brides des doigts	1000,00
Reprise de déchirure du périnée	1200,00
Reprise de déchirure du vagin	180,00
Reprise de paroi	180,00
Reprise d'épisiotomie	180,00
Révision utérine	300,00

2 – Hospitalisation pour suivi et traitement (3/3)	
Séance de radiothérapie	600,00
Séquestectomie	300,00
Sondage des voies lacrymales	180,00
Surveillance des grossesses à hauts risques	420,00
Suture cutanée secondaire	150,00
Surveillance d'une menace d'accouchement prématuré	420,00
Traitement chirurgical de syndactylie	180,00
Ténotomie	120,00
Traitement de ténosynovites chroniques	240,00
Tocardiographie	240,00
Traitement de certains cas de déshydratation des enfants et des vieillards	300,00
Traitement chirurgical du panaris	180,00
Traitement chirurgical de doigt surnuméraire de l'enfant	180,00
Traitement chirurgical de la fistule anale de l'enfant	600,00
Traitement chirurgical de frein de langue	120,00
Traitement chirurgical de l'hydrocèle de l'enfant	480,00
Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire de l'enfant	600,00
Traitement par curetage d'un othématome important de l'oreille externe	180,00
Traitement chirurgical de chalazion	180,00
Traitement chirurgical de kyste des paupières	480,00
Traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren	1250,00
Traitement chirurgical de prolapsus rectal de l'enfant	960,00
Traitement du ptôsis	720,00
Traitement chirurgical de l'entropion, ou ectropion	480,00
Traitement chirurgical du trichiasis	480,00
Traitement chirurgical du phlegmon	360,00
Traitement du ptérygion	480,00
Transfusion de produits sanguins	150,00
Transplantation tendineuse (quelque soit le nombre de tendons)	1500,00

Grille n° 8

Tarifs forfaitaires des actes de cardiologie

Grille n° 8.1

Forfait des actes d'exploration cardiaque

Ce forfait comprend :

- Le séjour comprenant deux jours d'hospitalisation en secteur clinique :(Lit dans une chambre à 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture) ;
- Honoraires des médecins et la surveillance post opératoire ;
- Actes médicaux nécessaires ;
- Soins infirmiers ;
- Honoraires de l'anesthésiste ;
- Frais de la salle;
- Consommable médical ;
- Pharmacie pour les besoins de l'acte d'exploration ;
- Majorations de nuit, jours fériés et week-end ;
- Bilan biologique ;
- Dispositifs médicaux.

GRILLE N°8.1 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES D'EXPLORATION

DESIGNATION	L. CLES	TARIFS EN DHS
AORTOGRAPHIE ABDOMINALE ET /OU THORACIQUE ET /OU RENALE ET/ OU CEREBRALE ET/ OU PULMONAIRE	F	2 500,00
ARTERIOGRAPHIE MEMBRES SUPERIEURS ET/OU CAROTIDIENNE	F	2 500,00
ARTERIOGRAPHIE MEMBRES INFERIEURS	F	2 500,00
CORONAROGRAPHIE + VENTRICULOGRAPHIE GAUCHE SOUS DEUX INCIDENCES	F	4 500,00
CATHETERISME CARDIAQUE DROIT ET/OU GAUCHE	F	2 200,00
BIOPSIE MYOCARDIQUE	F	3 000,00
EXPLORATION FAISCEAU DE HIS	F	4 000,00
ECHOGRAPHIE DE STRESS	F	1 150,00
ECHOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE	F	750,00
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	F	450,00
ECHO-DOPPLER ARTERIEL PERIPHERIQUE	F	450,00
ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	F	450,00
ECHO-DOPPLER CERVICAL	F	450,00
EPREUVE D'EFFORT	F	450,00
HOLTER ECG	F	400,00
HOLTER TENSIONNEL	F	400,00
TILT TEST	F	300,00
RECHERCHE DES POTENTIELS TARDIFS	F	300,00
EXPLORATION DU SYSTEME NERVEUX AUTONOME	F	750,00

GRILLE 8.2 et 8.2 suite **Forfait des actes de cardiologie interventionnelle**

Ce forfait comprend :

- Le séjour comprenant au maximum le nombre de jours d'hospitalisation en secteur clinique indiqué dans le tableau ci-après (en face de l'acte)
- 1 jour d'hospitalisation en réanimation si nécessaire.
- Honoraires des médecins et la surveillance post opératoire;
- Actes médicaux nécessaires ;
- Soins infirmiers ;
- Honoraires du Chirurgien ;
- Honoraires de l'anesthésiste ;
- Frais de la salle;
- Consommable médical ;
- Pharmacie ;
- Majorations de nuit, jours fériés et week-end ;
- Bilan biologique ;
- Dispositifs médicaux.

Des actes d'exploration complémentaires :

- Une écho-doppler cardiaque (C.A. et C.I.A.) ;
- Une échographie transoesophagienne (C.I.A.).

Il est entendu que :

- Le forfait intègre à la fois les actes et les dispositifs ;
- Que le matériel jetable ne doit pas être réutilisé (Matériel à usage unique) ;
- L'application d'un 3^{ème} stent nu ou d'un 2^{ème} ou 3^{ème} stent actif est sujette, en cas de refus du médecin conseil, à l'accord préalable d'une commission spéciale réunissant les représentants des organismes gestionnaires et les établissements publics de soins. En cas d'accord le supplément se limitera au prix des stents.

GRILLE N°8.2 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

DESIGNATION	L. CLES	TARIFS EN DH
SONDE DE STIMULATION	F	2 000,00
STIMULATION OESOPHAGIENNE	F	350,00
THROMBOLYSE (STREPTOKINASE)	F	3000,00
BALLON DE CONTRE-PULSION INTRA-AORTIQUE : 01 BALLON + POSE	F	12 000,00
DILATATION ARTERE(S) CORONAIRE(S) SANS STENT	F	16 500,00
DILATATION ARTERE(S) CORONAIRE(S) + 01 STENT NU + POSE	F	24 500,00
DILATATION ARTERE(S) CORONAIRE(S) + 02 STENTS NUS + POSE	F	32 500,00
DILATATION ARTERE(S) CORONAIRE(S) + 01 STENT ACTIF + POSE	F	46 500,00
DILATATION ARTERE(S) CORONAIRE(S) + 01 STENT ACTIF + 01 STENT NU + POSE	F	54 500,00
ANGIOPLASTIE A HAUT RISQUE SOUS PERFUSION D'UN ANTI GP II _b /III _a + 01 STENT NU + POSE	F	27 000,00
ANGIOPLASTIE A HAUT RISQUE SOUS PERFUSION D'UN ANTI GP II _b /III _a + 02 STENTS NUS + POSE	F	35 000,00
ANGIOPLASTIE A HAUT RISQUE SOUS PERFUSION D'UN ANTI GP II _b /III _a + 01 STENT ACTIF + POSE	F	49 000,00
DILATATION ARTERE(S) PERIPHERIQUE(S) SANS STENT	F	9 000,00
DILATATION ARTERE(S) PERIPHERIQUE(S) + 01 STENT + POSE	F	17 000,00
DILATATION ARTERE(S) PERIPHERIQUE(S) + 02 STENTS + POSE	F	25 000,00
DILATATION VALVAIRE MITRALE	F	20 000,00
DILATATION VALVAIRE PULMONAIRE	F	12 000,00
DILATATION VALVAIRE TRICUSPIDE	F	9 000,00
DILATATION VALVAIRE AORTIQUE	F	8 000,00
DILATATION ARTERE CAROTIDE AVEC MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE PROTECTION + 01 STENT + POSE	F	27 000,00
SEPTOSTOMIE DE RASHKIND	F	8 000,00

Le forfait comprend :

- Hospitalisation quatre jours maximum en secteur clinique
- Hospitalisation un jour en réanimation (si nécessaire)
- Bilan biologique :
Ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlore, urée, réserves alcalines, protéines totales)-créatinine- glycémie - NFS - TP □ TCA
(certains paramètres sont répétés aussi souvent que nécessaire)

Le forfait comprend :

- Deux jours d'hospitalisation en secteur clinique
- Bilan biologique :
Ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlore, urée, réserves alcalines, protéines totales)- créatinine - glycémie - NFS □ TP
(certains paramètres sont répétés aussi souvent que nécessaire)
- Une écho-doppler cardiaque

GRILLE N°8.2 SUITE : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

DESIGNATION		L. CLES	TARIFS EN DHs
FERMETURE PERCUTANEE CANAL ARTERIEL	<p>Le forfait comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation quatre jours maximum en secteur clinique ■ Hospitalisation un jour en réanimation (si nécessaire) 	F	20 000,00
FERMETURE PERCUTANEE DE COMMUNICATION INTERAURICULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilan biologique : Ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlore, urée, réserves alcalines, protéines totales)-créatinine-glycémie - NFS - TP (certains paramètres sont répétés aussi souvent que nécessaire) ■ Une écho-doppler cardiaque (C.A. et C.I.A.) ■ Une échographie transoesophagienne (C.I.A.) 	F	45 000,00
PACE MAKER MONO CHAMBRE	<p>Le forfait comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation six jours maximum en secteur clinique ■ Hospitalisation un jour en réanimation (si nécessaire) ■ Bilan biologique : Ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlore, urée, réserves alcalines, protéines totales)-créatinine-glycémie - NFS - TP (certains paramètres sont répétés aussi souvent que nécessaire) ■ Une écho-doppler cardiaque 	F	24 000,00
PACE MAKER DOUBLE CHAMBRE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pose d'une sonde de stimulation temporaire (si nécessaire) 	F	34 000,00

GRILLE 8.3, 8.3 suite et 8.4 **Forfait de chirurgie cardiovasculaire**

Le forfait de chirurgie Cardiovasculaire comprend :

- Le séjour comprenant au maximum le nombre de jours d'hospitalisation en secteur clinique indiqué dans la grille n° 8.5 : (Lit dans une chambre à 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture) ;
- Les honoraires des médecins intervenants nécessaires toutes catégories confondues pendant la durée de forfait ;
- Les prothèses, les conduites, les valves, les patches et les anneaux cardiaques ;
- Les soins infirmiers ;
- Les majorations de nuit, jours fériés et week-end ;
- Les frais du bloc opératoire ;
- Le consommable médical (y compris les poches de sang) ;
- La pharmacie ;
- La kinésithérapie ;
- La biologie per et post opératoire.

GRILLE N°8.3 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE A CŒUR OUVERT			
	DESIGNATION	L. CLES	TARIFS en DHS
CCo/1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FERMETURE COMMUNICATION INTERAURICULAIRE ▪ COMMISSUROTOMIE A CŒUR OUVERT ▪ MONOPONTAGE CORONAIRE ▪ RESECTION DU MYXOME DE L'ŒREILLETTE ▪ RESECTION DU DIAPHRAGME SOUS-AORTIQUE ▪ FERMETURE DE FISTULE CORONARIENNE SOUS C.E.C. ▪ CURE DE KYSTE HYDATIQUE DU CŒUR SOUS C.E.C. ▪ THROMBECTOMIE INTRACARDIAQUE ▪ CURE D'UNE STENOSE PULMONAIRE ▪ ANASTOMOSE CAVO-BIPULMONAIRE ▪ REINSERTION DE PROTHESE VALVULAIRE ▪ □ 	F	52 000,00
CCo/2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FERMETURE COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE ▪ CURE DE CARDIOPATHIE CONGENITALE MAJEURE : TETRALOGIE DE FALLOT REGULIERE, CANAL ATRIO-VENTRICULAIRE ▪ CURE D'ANEVRYSME DE L'ARTÈRE THORACIQUE DESCENDANTE ▪ CURE D'ANEVRYSME DU VENTRICULE GAUCHE ▪ □ 	F	60 000,00
CCo/3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PONTAGES CORONAIRES ▪ ANNULOPLASTIE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE ▪ □ 	F	70 000,00
CCo/4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REMPLACEMENT VALVULAIRE ▪ DOUBLE ANNULOPLASTIE AVEC ANNEAUX PROTHETIQUES ▪ REMPLACEMENT DE L'ARTÈRE ASCENDANTE AVEC TUBE PROTHETIQUE ▪ □ 	F	80 000,00
CCo/5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REMPLACEMENT VALVULAIRE + ANNULOPLASTIE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE ▪ ANNULOPLASTIE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE + PONTAGES CORONAIRES ▪ CURE DE COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE POST INFARCTUS DU MYOCARDE AVEC OU SANS PONTAGE ▪ CHIRURGIE COMBINEE : PONTAGES CORONAIRES + CAROTIDE ▪ PONTAGES CORONAIRES SOUS ASSISTANCE CIRCULATOIRE PAR BALLON DE CONTRE-PULSION INTRA-AORTIQUE ▪ □ 	F	90 000,00

LES ANNEXES « GRILLE N°8.3 ET GRILLE N°8.4 » PRECISENT - A TITRE INDICATIF - LES EXPLORATIONS, LE BILAN BIOLOGIQUE ET AUTRES EXAMENS A EFFECTUER AVANT L'ACTE DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE QUI SONT HORS FORFAIT.

GRILLE N°8.3 SUITE : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE A CŒUR OUVERT			
DESIGNATION		L. CLES	TARIFS en DHS
CCO/6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DOUBLE REMPLACEMENT VALVULAIRE ▪ REMPLACEMENT VALVULAIRE + PONTAGES CORONAIRES ▪ CURE DE DISSECTION AORTIQUE ▪ REMPLACEMENT VALVULAIRE + DOUBLE ANNULOPLASTIE AVEC ANNEAUX PROTHETIQUES ▪ <input type="checkbox"/> 	F	100 000,00
CCO/7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DOUBLE REMPLACEMENT VALVULAIRE + ANNULOPLASTIE TRICUSPIDE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE ▪ CURE D'ANEVRYSME THORACO-ABDOMINAL ▪ CURE DE DISSECTION AORTIQUE + REMPLACEMENT DE LA VALVE AORTIQUE ▪ REMPLACEMENT VALVULAIRE + REMPLACEMENT DE L'AORTE ASCENDANTE AVEC TUBE PROTHETIQUE ▪ DOUBLE REMPLACEMENT VALVULAIRE + PONTAGES CORONAIRES ▪ <input type="checkbox"/> 	F	110 000,00
CCO/8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DOUBLE REMPLACEMENT VALVULAIRE + PONTAGES CORONAIRES + ANNULOPLASTIE TRICUSPIDE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE ▪ TRIPLE REMPLACEMENT VALVULAIRE ▪ CURE DE CARDIOPATHIE CONGENITALE MAJEURE : TRANSPOSITION DES GROS VAISSAUX ▪ <input type="checkbox"/> 	F	120 000,00

LES ANNEXES « GRILLE N°8.3 ET GRILLE N°8.4 » PRECISENT - A TITRE INDICATIF - LES EXPLORATIONS, LE BILAN BIOLOGIQUE ET AUTRES EXAMENS A EFFECTUER AVANT L'ACTE DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE QUI SONT HORS FORFAIT.

GRILLE N°8.4 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE A COEUR FERME			
DESIGNATION		L. CLES	TARIFS en DHS
INTERVENTION A COEUR FERME : CCF/1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMMISSUROTOMIE A COEUR FERME ▪ CURE DE COARCTATION DE L'ARTÈRE AORTALE ▪ FERMETURE DE CANAL ARTERIEL ▪ INTERVENTION DE BLALOCK AVEC TUBE PROTHETIQUE ▪ FERMETURE DE FISTULE CORONAIRE ▪ PERICARDECTOMIE ▪ CERCLAGE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ▪ <input type="checkbox"/> 	F	25 000,00
INTERVENTION VASCULAIRE PERIPHERIQUE : CCF/2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PONTAGE FEMORO-POPLITE ▪ PONTAGE AORTO-FEMORAL ▪ CHIRURGIE CAROTIDIENNE ▪ <input type="checkbox"/> 	F	25 000,00
INTERVENTION VASCULAIRE ABDOMINALE OU THORACIQUE : CCF/3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHIRURGIE DE L'ARTÈRE ABDOMINALE ▪ ABLATION D'UN ADÉNOME SURRÉNALIEN ▪ CHIRURGIE DE L'ARTÈRE RÉNALE ▪ ABLATION D'UN PHEOCHROMOCYTOME ▪ CHIRURGIE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE ▪ <input type="checkbox"/> 	F	45 000,00
AUTRES ACTES CHIRURGICAUX : CCF/4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHIRURGIE DES VARICES ▪ DRAINAGE PERICARDIQUE CHIRURGICAL ▪ CURE DE FISTULE ARTERIO VEINEUSE PERIPHERIQUE ▪ CURE DE FAUX ANEVRYSMES ARTERIELS ▪ ABLATION DU PACEMAKER ▪ CHIRURGIE REPARATRICE POUR ESCARRES FESSIERES ▪ EMBOLECTOMIE ARTERIELLE PERIPHERIQUE ▪ CURE D'UNE ÉVENTRATION ▪ CURE D'UN HÉMATOME PARIÉTAL ▪ <input type="checkbox"/> 	F	5 000,00

LES ANNEXES « GRILLE N°8.3 ET GRILLE N°8.4 » PRÉCISENT - A TITRE INDICATIF - LES EXPLORATIONS, LE BILAN BIOLOGIQUE ET AUTRES EXAMENS A EFFECTUER AVANT L'ACTE DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE QUI SONT HORS FORFAIT.

GRILLE N°8.5 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE		
	DESIGNATION	TARIFS en DHS
CCO/1	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	52 000,00
CCO/2	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	60 000,00
CCO/3	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	70 000,00
CCO/4	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	80 000,00
CCO/5	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	90 000,00
CCO/6	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	100 000,00
CCO/7	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	110 000,00
CCO/8	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 14 JOURS	120 000,00
CCO/x + R	ACTE DE REDUX	10 000,00
CCO/x + B	ACTE AVEC POSE D'UN BALLON INTRA-AORTIQUE	10 000,00
CCO/x + E	ACTE EN CAS D'ENDOCARDITE	10 000,00
CCO/x + A	ACTE AVEC TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TROUBLES DE RYTHME	10 000,00
CCF/1	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 10 JOURS	25 000,00
CCF/2	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 7 JOURS	25 000,00
CCF/3	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 8 JOURS	45 000,00
CCF/4	TARIFICATION POUR INTERVENTION ET SEJOUR MAXIMUM DE 3 JOURS	5 000,00

LES ANNEXES « GRILLE N°8.3 ET GRILLE N°8.4 » PRECISENT - A TITRE INDICATIF - LES EXPLORATIONS, LE BILAN BIOLOGIQUE ET AUTRES EXAMENS A EFFECTUER AVANT L'ACTE DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE QUI SONT HORS FORFAIT.

NOMENCLATURE ET TARIFICATION MEDECINE NUCLEAIRE		
DESIGNATION	L. CLES	Tarifs en DHs
SCINTIGRAPHIE CAVITAIRE AU REPOS (GAMMA ANGIO REPOS) : NCL/GAR	F	1 000,00
SCINTIGRAPHIE CAVITAIRE A LA DOBUTAMINE (GAMMA ANGIO DOBUTAMINE) : NCL/GAD	F	1 600,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU PYROPHOSPHATE : NCL/PYR	F	1 800,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU THALLIUM AU REPOS ET AVEC REDISTRIBUTION : NCL/TLR	F	3 000,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU THALLIUM DIPYRIDAMOLE : NCL/TLD	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU THALLIUM A L'EFFORT : NCL/TLE	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU MIBI AU DIPYRIDAMOLE : NCL/MBD	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU MIBI A L'EFFORT : NCL/MBE	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE THALLIUM DIPYRIDAMOLE + SCINTIGRAPHIE CAVITAIRE AU REPOS : NCL/TLD + GAR	F F	4 000,00
SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU THALLIUM A L'EFFORT + SCINTIGRAPHIE CAVITAIRE AU REPOS : NCL/TLE + GAR	F	4 000,00
TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU THALLIUM AU REPOS ET AVEC REDISTRIBUTION + SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE AU MIBI A L'EFFORT : NCL/TLR + MBE	F F	5 000,00
SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE : NCL/STH	F	600,00
SCINTIGRAPHIE PARATHYROÏDIENNE : NCL/PTH	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE : NCL/SOS	F	1 000,00
SCINTIGRAPHIE VESICULE BILIAIRE : NCL/SVB	F	1 500,00
SCINTIGRAPHIE ABDOMINALE : NCL/SAB	F	1 500,00
SCINTIGRAPHIE RENALE : NCL/SRE	F	1 800,00
SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE DE PERFUSION : NCL/SPP	F	1 000,00
SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE DE VENTILATION : NCL/SPV	F	2 000,00
SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE AU GALLIUM : NCL/SPG	F	3 500,00
SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE DE VENTILATION + SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE DE PERFUSION : NCL/SPV + SPP	F F	2 500,00
SCINTIGRAPHIE GASTRIQUE : NCL/SGV		1 500,00
SCINTIGRAPHIE OESOPHAGIENNE : NCL/SOR		1 300,00
RADIOSYNOVIORTHESE : NCL/RSV		3 000,00

Annexe grille n°8.3 et grille n°8.4 : tarif forfaitaire des actes de chirurgie cardiovasculaire

Explorations et examens biologiques prescrits pour bilan pré-opératoire

Cas d'un malade coronarien (à préciser au cas par cas)

EXPLORATIONS	TARIF DH
- Echo-doppler cervical	450,00
- Echo-doppler artériel des membres inférieurs	450,00
- Echo-doppler veineux des membres inférieurs	450,00
- Echocardiographie de stress	1 150,00
- Scintigraphie myocardique au thallium à l'effort	3 500,00
- Scintigraphie cavitaire au repos	1 000,00
EXAMENS BIOLOGIQUES <u>conformément à la cotation de la NABM en vigueur</u>	COTATION B
- Ionogramme : (Na+, K+, Cl-, Réserve Alcaline, urée, protéines totales)	160
- Glycémie	30
- Créatinine	30
- Numération Formule Sanguine	80
- Vitesse de Sédimentation	30
- Protéine C Réactive (CRP)	100
- Taux de Prothrombine (TP)	40
- Temps de Céphaline Activé (TCA)	40
- Fibrinogène	40
- Transaminases O (TGO)	50
- Transaminases P (TGP)	50
- Phosphatases alcalines	50
- Gamma Glutamyl transférase (GGT)	50
- Bilirubine (totale, directe et indirecte)	70
- Acide Urique	30
- Calcium	30
- Sérologie HIV1 + HIV(1+2) : dépistage	200
- Sérologie Syphilis : VDRL qualitatif	20
- Sérologie Syphilis : TPHA qualitatif	50
- Sérologie Hépatite B : Ag HBs	120
- Sérologie Hépatite B : Ac anti HBc	250
- Sérologie Hépatite C : dépistage	300
- Examen cyto bactériologique urinaire	90
- Antibiogramme	60
- Troponine	250
- Cholestérol total	30
- Triglycérides	60

**Annexe grille n°8.3 et grille n°8.4 : tarif forfaitaire des actes de chirurgie cardiovasculaire
Explorations et examens biologiques prescrits pour bilan pré-opératoire**

Cas d'un malade valvulaire (à préciser au cas par cas)

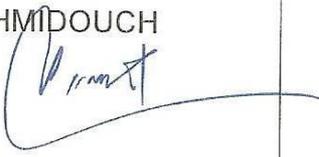
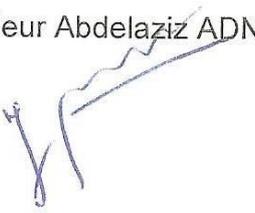
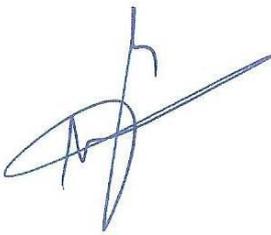
EXPLORATIONS	TARIF DH
- Echodoppler cardiaque	450,00
- Echo-doppler cervical	450,00
- Echodoppler veineux des membres inférieurs	450,00
- Echocardiographie transoesophagienne	750,00
- Coronarographie	4 500,00
EXAMENS BIOLOGIQUES conformément à la cotation de la NABM en vigueur	COTATION B
- Ionogramme : (Na+, K+, Cl-, Réserve Alcaline, urée, protéines totales)	160
- Glycémie	30
- Créatinine	30
- Numération Formule Sanguine	80
- Vitesse de Sédimentation	30
- Protéine C Réactive (CRP)	100
- Taux de Prothrombine (TP)	40
- Temps de Céphaline Activé (TCA)	40
- Fibrinogène	40
- Transaminases O (TGO)	50
- Transaminases P (TGP)	50
- Phosphatases alcalines	50
- Gamma Glutamyl transférase (GGT)	50
- Bilirubine (totale, directe et indirecte)	70
- Acide Urique	30
- Calcium	30
- Sérologie HIV1 + HIV(1+2) : dépistage	200
- Sérologie Syphilis : VDRL qualitatif	20
- Sérologie Syphilis : TPHA qualitatif	50
- Sérologie Hépatite B : Ag HBs	120
- Sérologie Hépatite B : Ac anti HBc	250
- Sérologie Hépatite C : dépistage	300
- Examen cytbactériologique urinaire	90
- Antibiogramme	60

**Annexe grille n°8.3 et grille n°8.4 : tarif forfaitaire des actes de chirurgie
cardiovasculaire
Explorations et examens biologiques prescrits pour bilan pré-opératoire**

Cas d'un malade congénital (à préciser au cas par cas)

EXPLORATIONS	TARIF DH
- Echo-doppler cardiaque	450,00
- Cathétérisme cardiaque	2 200,00
- Coronarographie	4 500,00
EXAMENS BIOLOGIQUES <u>conformément à la cotation de la NABM en vigueur</u>	COTATION B
- Ionogramme : (Na+, K+, Cl-, Réserve Alcaline, urée, protéines totales)	160
- Glycémie	30
- Créatinine	30
- Numération Formule Sanguine	80
- Vitesse de Sédimentation	30
- Protéine C Réactive (CRP)	100
- Taux de Prothrombine (TP)	40
- Temps de Céphaline Activé (TCA)	40
- Fibrinogène	40
- Transaminases O (TGO)	50
- Transaminases P (TGP)	50
- Phosphatases alcalines	50
- Gamma Glutamyl transférase (GGT)	50
- Bilirubine (totale, directe et indirecte)	70
- Acide Urique	30
- Calcium	30
- Sérologie HIV1 + HIV (1+2) : dépistage	200
- Sérologie Syphilis : VDRL qualitatif	20
- Sérologie Syphilis : TPHA qualitatif	50
- Sérologie Hépatite B : Ag HBs	120
- Sérologie Hépatite B : Ac anti HBc	250
- Sérologie Hépatite C : dépistage	300
- Examen cyto bactériologique urinaire	90
- Antibiogramme	60

L'Assurance Maladie

<p>La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Saïd AHMIDOUCH</p> 	<p>La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), représentée par son Directeur :</p> <p>Monsieur Abdelaziz ADNANE</p> 
<p>Le Centre Hospitalier IBN SINA de Rabat, représenté par son Directeur :</p> <p>Professeur Mountacer Charif CHEFCHAOUNI</p> 	<p>Le Centre Hospitalier IBN ROCHD de Casablanca, représenté par son Directeur :</p> <p>Professeur Abdenbi EL KAMAR</p> 
<p>Le Centre Hospitalier HASSAN II de Fès, représenté par son Directeur :</p> <p>Professeur Khalid AIT TALEB</p> 	<p>Le Centre Hospitalier Mohamed VI de Marrakech, représenté par son Directeur :</p> <p>Professeur Omar ESSADKI</p> 
<p>L'institut Pasteur du Maroc représenté par son Directeur :</p> <p>Professeur Mohamed HASSAR</p> 	<p>Le Ministère de la Santé</p> 
<p>L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) représentée par son Directeur :</p> <p>Monsieur Chakib TAZI</p> 	