

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Convention nationale

Entre

les Organismes Gestionnaires

Et

**Les établissements de soins et d'hospitalisation relevant
de l'Etat**

Décembre 2006

CONVENTION NATIONALE

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

Ci-après dénommées organismes gestionnaires

D'UNE PART

ET

Les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, représentés par le Directeur des hôpitaux et de soins ambulatoires, Docteur Abdelali BELGHITI ALAOUI ;

Ci-après dénommés établissements 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 de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, 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 exerçant dans les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, 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 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 le décret 2-05-733 du 11 jomada 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 dahir n°1-02-296 du 25 regeb 1423 (3 octobre 2002) telle qu'elle a été modifiée,
- ⊕ Vu les arrêtés d'application des décrets relatifs à la loi 65-00.

Ont convenu et arrêté ce qui suit :

CHAPITRE PREMIER FONDEMENTS DU PARTENARIAT

Article 1 : Objet de la convention

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

Elle fixe la tarification nationale de référence conformément à l'article 12 de la loi 65/00.

Article 2 : Les principes généraux

Les parties signataires, conscientes de l'environnement socio-économique du pays et des contraintes financières des régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire de base, 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 à l'article 23 de la loi 65-00 susvisée, à :

- L'ensemble des établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat faisant partie du réseau hospitalier hors établissements publics, du réseau des établissements de soins de santé de base, et des établissements de soutien (Institut National d'Hygiène et Centre de transfusion Sanguine) ; Ci-après dénommés établissements de soins ;
- L'ensemble des prestations de soins et de services rendus par les établissements précités ;
- L'ensemble des bénéficiaires de l'AMO de base,
- Les organismes gestionnaires de l'AMO de base signataires de la présente convention.

CHAPITRE II DELIVRANCE DES SOINS AUX BENEFICIAIRES

Article 4 : Libre choix

Les bénéficiaires de l'AMO de base conservent, conformément à l'article 14 de la loi 65-00, le libre choix du secteur de la santé

Les organismes gestionnaires et les établissements 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 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 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 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 ALD 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, 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'examens 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 médicaments et dispositifs médicaux hors forfaits hospitaliers, ou lors de l'examen de sortie, 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, 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 biens 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

L'établissement des plis confidentiels se fera par le médecin traitant conformément à l'article 20 du décret 2-05-733 dans le cadre de l'accord de prise en charge ou à la demande du contrôle médical de l'organisme gestionnaire.

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 selon 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, et lorsqu'un accord préalable de l'organisme gestionnaire est exigé, le praticien dispense l'acte et remplit la formalité indiquée ci-dessus en portant la mention « acte d'urgence ». La demande de prise en charge y afférente, devra parvenir à l'organisme gestionnaire le premier jour ouvrable suivant cette hospitalisation.

Les établissements 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 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 médecins 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 2-05-733.

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 de soins est appelé à mentionner sur le formulaire de prise en charge, l'intégralité des informations concernant les actes et prestations rendus par l'établissement de soins :

- 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 de soins publics figure en annexe I à la présente convention.

En cas de prise en charge, l'organisme gestionnaire règle directement à l'établissement 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, selon le cas, l'utilisation d'une chambre particulière ou l'hébergement de l'accompagnant.

Dans le cas où une partie des frais reste à la charge de l'assuré, celui-ci est tenu de la régler directement à l'établissement 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 de soins et d'hospitalisation.

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 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 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 ;
- constater les abus et les fraudes éventuels en matière de prescription, de soin et de facturation ;
- vérifier la validation de prestations au plan technique et médical.

Les bénéficiaires et les organismes 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 connaissances, 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.
- 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 prévue à l'article 12 de la loi 65-00, jointe à l'annexe 1 de la présente convention et qui en fait partie intégrante, et des dispositions réglementaires s'y rapportant.

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

➤ **Bases de règlement,**

L'organisme gestionnaire s'engage à régler directement à l'établissement 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 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 de soins précisant le détail des frais et, éventuellement, la part restant à la charge de l'assuré, dûment cachetée par l'établissement 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 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 Etablissements 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 de soins, le patient peut demander une prise en charge à son organisme gestionnaire.

Article 20 : Prestations rendues par le réseau de soins de santé de base

Les modalités de facturation et de règlement des prestations de soins et de services rendus par le réseau de services de soins de santé de base seront définies ultérieurement en concertation entre les parties et feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

CHAPITRE VIII SUIVI ET CONCERTATION

Article 21 : Concertation

Dans le cadre de la présente convention, il est institué une commission permanente de suivi composée de :

- 2 représentants de la CNOPS
- 2 représentants de la CNSS
- 4 représentants des établissements de soins

En cas de litige non réglé à l'amiable entre organismes gestionnaires et établissements 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 à 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 22 : 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.

Article 23 : Date d'effet

La présente convention, signée le 22 Décembre 2006, prend effet à la date du 01 Janvier 2007.

Article 24 : Diffusion des clauses de la convention

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

ANNEXE I TARIFICATION NATIONALE DE REFERENCE

Article 1 Lettres clés

ACTES MEDICAUX

C - consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, médecin dentiste : **40,00 DH**

CS - consultation au cabinet par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié, ou par le chirurgien-dentiste spécialiste : **60,00 DH**

CNPSY - Consultation au cabinet par le médecin psychiatre ou neurologue : **60,00 DH**

K ou Kc - actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin: **7,50 DH**

D - actes pratiqués par le médecin dentiste ou le chirurgien-dentiste : **7,50 DH**

B- actes de biologie médicale : **0,90 DH**

P - Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié : **0,90 DH**

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes, pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste : **7,50 DH**

KE - actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin : **7,50 DH**

ACTES PARAMEDICAUX

AMM - actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute : **40,00 DH la séance**

AMY - actes pratiqués par l'orthoptiste : **40,00 DH la séance**

AMO - actes pratiqués par l'orthophoniste : **40,00 DH la séance**

AMI - Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière : **7,50 DH**

SF - Actes pratiqués par la sage-femme : **7,50 DH**

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme **7,50 DH**

SEJOURS

Lit en chirurgie ou en médecine dans une chambre à 2 lits, si disponible : 100,00 DH

Article 2 Actes et prestations rendus à titre externe

Les tarifs des actes et prestations rendus à titre externe, sont appliqués conformément aux taux fixés à l'article 1^{er} ci-dessus, aux services des urgences et aux centres de consultation.

La consultation ou la visite du médecin spécialiste ou reconnu qualifié ou du médecin dentiste, chirurgien-dentiste, dans les centres de consultation, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Article 3 Hospitalisation médicale,

L'hospitalisation en médecine est tarifée sous forme de forfait journalier. Le forfait de l'hospitalisation médicale comprend les frais de séjour, les majorations de nuit, jours fériés et week-end, les prestations des médecins, les soins infirmiers, le consommable médical, la biologie dans la limite de B120 par jour, la radiologie dans la limite de Z50 par jour ainsi que les produits pharmaceutiques.

Les frais de séjour comprennent le lit, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge, la nourriture.

Seront facturés en sus, avec accord préalable, les actes médicaux d'explorations fonctionnelles (Echographie, TDM, Endoscopie digestive et respiratoire, ECG, EEG, ...), les articles de prothèse et d'orthèse médicales, les produits sanguins et leurs dérivés ainsi que les actes de rééducation fonctionnelle. De même, seront facturés en sus, sans accord préalable, les actes de biologie médicale en dépassement de B120 et les actes de radiologie en dépassement de Z50 (en moyenne par jour durant le séjour).

Les frais d'hospitalisation dans les unités de médecine ou de spécialités médicales sont calculés sur la base de forfait comme suit :

- de 1 à 3 jours : 400,00 DH par jour ;
- A partir du 4^{ème} jour : 280,00 DH par jour.

L'hospitalisation dans les chambres particulières donne lieu à une majoration facturée au malade.

Couveuse : 350,00 DH par jour les 10 premiers jours, et 200 DH à partir du 11^{ème} jour.

Article 4

Hospitalisation en réanimation médicale et chirurgicale

L'hospitalisation en réanimation médicale et chirurgicale est tarifée sous forme de forfait journalier. Le forfait de l'hospitalisation en réanimation comprend les frais de séjour, les prestations des anesthésistes réanimateurs, la surveillance des médecins et / ou visites quelque soit leur nombre, les actes médicaux nécessaires, les soins infirmiers, les majorations de nuit, jours fériés et week-end, la salle de réanimation, les produits pharmaceutiques, le consommable médical, la biologie dans la limite de B120, la radiologie dans la limite de Z50, en moyenne par jour par durée de séjour.

Seront facturés en sus, avec accord préalable, les actes médicaux d'exploration fonctionnelle, les actes de biologie en dépassement de B120, les actes de radiologie en dépassement de Z50 et le sang et dérivés.

Le tarif des services rendus en réanimation médicale et chirurgicale est fixé au forfait journalier. Ce forfait est fixé comme suit selon la durée de séjour :

- 1^{er} au 5^{ème} jour : 900,00 DH par jour ;
- Du 6^{ème} au 15^{ème} jour : 680,00 DH par jour ;
- A partir du 16^{ème} jour : le forfait journalier en hospitalisation médicale sera appliqué à savoir :
 - 16^{ème} au 19^{ème} jour : 400,00 DH par jour ;
 - A partir du 20^{ème} jour : 280,00 DH par jour.

Article 5

Accouchement

L'accouchement par voie basse, avec ou sans manœuvre, avec ou sans épisiotomie, est tarifé forfaitairement.

Le forfait comprend le séjour, les prestations du gynécologue, les prestations de la sage femme, la salle d'accouchement, les actes

médicaux y compris la consultation de pédiatrie, les majorations de nuit, jours fériés et week-end, le consommable médical et la pharmacie.

Sont facturés en sus, avec accord préalable, les poches de sang et des dérivés sanguins administrés à la parturiente;

Le forfait global de l'accouchement est fixé à 500,00 DH.

Sont assimilées à des malades soignées dans un service de chirurgie, les parturientes ayant accouché par césarienne.

Article 6 Dialyse

La dialyse est tarifée par forfait.

Le forfait de dialyse comprend les prestations du médecin, les soins infirmiers, le consommable médical, les frais techniques de l'appareil, le repas.

Le forfait par séance est fixé à 400,00 DH.

Article 7 Hospitalisation chirurgicale

L'hospitalisation en chirurgie est tarifée sous forme de forfait pour toute la durée du séjour. Le forfait chirurgical des malades soignés dans des services de chirurgie ou de spécialités chirurgicales comprend le séjour, les prestations des médecins et la surveillance post opératoire, les soins infirmiers, les majorations de nuit, jours fériés et week-end, les actes de radiologie dans la limite de Z60 par séjour, les actes de biologie dans la limite de B300 par séjour, les prestations de l'anesthésiste, les frais du bloc opératoire, les gaz médicaux, le consommable médical et les actes de rééducation fonctionnelle ainsi que les produits pharmaceutiques.

Seront facturés en sus, avec accord préalable, les actes de biologie médicale en dépassement de B300 et les actes de radiologie en dépassement de Z60, les actes d'exploration fonctionnelle, le sang et dérivés, les implants, prothèses.

Si pendant la durée d'une même hospitalisation, deux ou plusieurs actes chirurgicaux sont pratiqués sur le même patient et pour la même affection ou pour deux ou plusieurs affections différentes au cours de

la même séance opératoire, l'intervention la plus importante est seule comptée au tarif normal ; les autres donnent lieu à l'application d'un demi-tarif. Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Le forfait de chirurgie est fixé par catégories d'actes comme suit :

Catégories d'actes	Forfaits en DH (Médicaments compris)
K < 20	340,00
K20 – K29	560,00
K30 – K49	680,00
K50 – K79	1 960,00
K80 – K129	2 920,00
K130 – K149	4 100,00
K150 – K189	6 720,00
K190 – K199	8 400,00
K200 – K250	10 500,00
>K250	17 000,00

Article 8 Explorations fonctionnelles

La tarification forfaitisée des actes d'exploration fonctionnelle est arrêtée comme suit :

Nature de l'exploration fonctionnelle	Eléments du forfait	Forfait DH
Fibroscopie oesogastroduodénale avec ou sans biopsie	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations de médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, y compris l'anesthésie si nécessaire - La biopsie éventuelle incluse 	250,00
Bronchoscopie	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, y compris l'anesthésie si nécessaire - La biopsie éventuelle incluse 	250,00
Rectosigmoïdoscopie	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, y compris l'anesthésie si nécessaire - La biopsie éventuelle incluse 	250,00
Spirographie complète (Spirographie complète avec mesures multiples de la capacité vitale, du VEMS, détermination du volume résiduel de la ventilation maximale et de la consommation du volume d'oxygène et éventuellement épreuve pharmacodynamique qualitative)	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Les frais techniques de l'appareil, 	250,00
Audiométrie tonale avec étude de l'indépendance acoustique et supraliminaires	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - les frais techniques de l'appareil, 	150,00
Electroencéphalogramme	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - les frais techniques de l'appareil, 	150,00

Électrocardiogramme d'au moins douze dérivation	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - les frais techniques de l'appareil, 	50,00
Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra abdominaux ou du système urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, 	200,00
TDM	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Le produit de contraste - Les frais techniques de l'appareil, 	700,00
Transit oeso- gastro- duodéal, incluant l'abdomen sans préparation	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, 	400,00
Urographie intraveineuse incluant la cystographie descendante et l'abdomen sans préparation :	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, 	300,00
Echocardiographie, étude des vaisseaux de l'abdomen ou des membres inférieurs avec doppler pulsé	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, 	300,00
Mammographie bilatérale	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestations du médecin - Le consommable médical - Les frais techniques de l'appareil, 	220,00

Article 9 Actes pratiqués en hôpital de jour

1- Hospitalisation à visée diagnostique	
Amniocentèse (prélèvements foetaux)	150,00
Amnioscopie	100,00
Angiographie	600,00
Artériographie	600,00
Biopsie quelque soit l'organe ou le tissu sous sédation	300,00
Biopsie scanno-guidée sous sédation,	1000,00
Biopsie écho-guidée sous sédation,	500,00
Coelioscopie à visée diagnostic	350,00
Enregistrement du rythme cardiaque foetal	120,00
Mesure de la pression veineuse centrale	120,00
Ponction biopsie rénale	300,00
Ponction d'ascite,	150,00
Ponction de moelle osseuse sous sédation	150,00
Ponction du sang du cordon	150,00
Ponction lombaire	150,00
Ponction pleurale,	150,00
Tubage gastrique	100,00
2 – Hospitalisation pour suivi et traitement	
Ablation d'un corps étranger sous AG	200,00
Ablation de bouchon de cérumen	100,00
Ablation d'une exostose	200,00
Ablation ou destruction du Xanthélasma	150,00
Ablation de dispositif intra-utérin sous sédation consciente	100,00
Ablation de kystes de Bartholin	120,00
Ablation de kyste cutané,	120,00
Ablation de lipome	120,00

Ablation de nodule	120,00
Ablation de polype	120,00
Ablation de matériel d'ostéosynthèse sous AG	600,00
Adénoïdectomie	200,00
Amygdalectomie	500,00
Aponévrotomie	250,00
Cautérisation des cils	100,00
Cerclage du col utérin	350,00
Changement de plâtre sous anesthésie générale (AG)	250,00
Circoncision	350,00
Contraception chirurgicale volontaire par coelioscopie.	350,00
Correction de cicatrice	200,00
Cure d'une hernie inguinale	800,00
Cure d'une hernie ombilicale	800,00
Curetage évacuateur	250,00
Curetage biopsique	150,00
Cystostomie percutanée	150,00
Déblocage de la mâchoire	150,00
Décerclage du col	300,00
Dépistage anténatal des malformations fœtales	350,00
Dialyse rénale	400,00
Drainage d'abcès sous AG	150,00
Drainage d'un pneumothorax	150,00
Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse	350,00
Electrocoagulation sous sédation	150,00
Evacuation utérine d'une grossesse arrêtée	250,00
Hormonothérapie (sans produit médicamenteux)	250,00
Immunothérapie (sans produit médicamenteux)	250,00
Incision d'hymen en cas d'imperforation	120,00

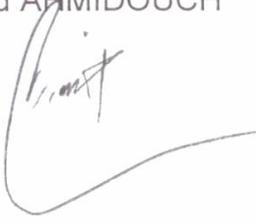
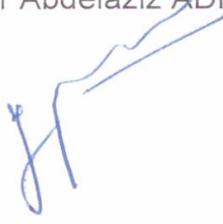
Hémostase nasale pour épistaxis	120,00
Lavage articulaire	120,00
Opération de la cataracte quelque soit la technique	750,00
Paracentèse du tympan uni ou bilatérale	120,00
Perfusion de chimiothérapie (sans les médicaments)	250,00
Perfusion de solutés ou d'antibiotiques	150,00
Traitement du pied bot	250,00
Plastie cutanée en Z	150,00
Ponction de sinus	120,00
Réduction de fracture sous AG	250,00
Réparation de section nerveuse	500,00
Réparation de section tendineuse	250,00
Réparation des brides des doigts	150,00
Reprise de déchirure du périnée	150,00
Reprise de déchirure du vagin	150,00
Reprise de paroi	150,00
Reprise d'épisiotomie	150,00
Révision utérine	250,00
Séance de radiothérapie.	500,00
Séquestectomie	250,00
Sondage des voies lacrymales	150,00
Surveillance des grossesses à hauts risques	350,00
Suture cutanée secondaire	120,00
Surveillance d'une menace d'accouchement prématuré	350,00
Traitement chirurgical de syndactylie	150,00
Ténotomie	100,00
Traitement de ténosynovites chroniques	200,00
Tococardiographie	200,00
Traitement de certains cas de déshydratation des enfants et des vieillards	250,00

Traitement chirurgical du panaris	150,00
Traitement chirurgical de doigt surnuméraire de l'enfant	150,00
Traitement chirurgical de la fistule anale de l'enfant	500,00
Traitement chirurgical de frein de langue	100,00
Traitement chirurgical de l'hydrocèle de l'enfant	400,00
Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire de l'enfant	500,00
Traitement par curetage d'un othéatome important de l'oreille externe	150,00
Traitement chirurgical de chalazion	150,00
Traitement chirurgical de kyste des paupières	400,00
Traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren	250,00
Traitement chirurgical de prolapsus rectal de l'enfant	800,00
Traitement du ptôsis	600,00
Traitement chirurgical de l'entropion, ou ectropion.	400,00
Traitement chirurgical du trichiasis	400,00
Traitement chirurgical du phlegmon	300,00
Traitement du ptérygion	400,00
Transfusion de produits sanguins	120,00
Transplantation tendineuse	700,00

Article 10

Dispositions particulières

Les prestations et services rendus par l'établissement de soins et d'hospitalisation relevant de l'état, ne figurant pas dans la présente convention seront facturés conformément à la réglementation en vigueur.

<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 Général :</p> <p>Monsieur Abdelaziz ADNANE</p> 
<p>Les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, représentés par le Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires :</p> <p>Docteur Abdelali BELGHITI ALAOUI</p> 	<p>L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Chakib TAZI</p> 