

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Convention Nationale

الوكالة الوطنية للتأمين الصحي Agence Nationale de l'Assurance Maladie

26, avenue de France, Agdal, 10000 Rabat, Maroc • المغرب، الرباط، 10000 أكدال، شارع فرنسا، 26
الموقع الإلكتروني : www.assurancemaladie.ma • الفاكس : (212) (0) 37 68 79 68 • الهاتف : (212) (0) 37 68 79 60

CONVENTION NATIONALE

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

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

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), représenté par son Président, Médecin Général Moulay Idriss ARCHANE

Avec le concours de :

- L'Association Nationale des Cliniques Privées (ANCP), représentée par son Président, Docteur Farouk IRAQI,
- Le Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral (SNMSL), représenté par son Président, Docteur Mohammed NACIRI BENNANI

Ci-après dénommés praticiens

D'AUTRE PART

PREAMBULE

Conscientes de l'importance et de l'impact social 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 ;

Ayant 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 ;

Convaincues 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 ;

Considérant que les conventions nationales sont l'instrument privilégié du dialogue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les médecins et les établissements de soins du secteur privé, en vue de permettre à la population assurée l'accès à des soins reconnus de qualité et médicalement requis ;

Déterminées à assurer aux médecins des conditions d'exercice dans le respect du cadre libéral pour garantir la qualité de la relation entre les médecins du secteur privé et leurs patients ;

Convaincues que la recherche et l'amélioration continue de la qualité de service et des prestations fournies, ainsi que la promotion de la prévention et de la formation continue auprès des praticiens constituent des facteurs de réussite du régime de l'Assurance maladie obligatoire de base.

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 rejeb 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 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 dahir n°1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) telle qu'elle a été modifiée,

Vu la loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine telle qu'elle a été modifiée et complétée et son décret d'application n°2-97-421 du 25 jourmada II 1418 (28 octobre 1997)

Vu le dahir portant loi n°1-84-44 du 17 jourmada II 1404 (21 mars 1984) relatif à l'Ordre National des médecins modifié et complété par la loi n° 11-94

Ont convenu et arrêté ce qui suit :

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE PREMIER

FONDEMENTS DU PARTENARIAT

Article Premier – Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les relations entre les organismes gestionnaires, les médecins et les établissements de soins dûment autorisés à exercer la médecine dans le secteur libéral, sous réserve des dispositions de l'article 44 de la loi 65-00 susvisé.

Elle fixe la tarification nationale de référence telle qu'elle a été définie par les parties à la présente convention.

Article 2 - Les principes généraux

Les parties signataires de la présente convention, conscientes de l'environnement socio-économique du pays, 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 à des soins de qualité et 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 ayant fait l'objet d'un consensus national et de tous les outils instaurés dans le cadre de la couverture médicale obligatoire 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 ;
- Respecter l'équilibre conventionnel garantissant aux bénéficiaires un libre accès aux soins

Article 3 - Les conditions du conventionnement

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 médecins exerçant à titre libéral et l'ensemble des établissements de soins du secteur privé, sauf déclaration expresse à l'ANAM et aux organismes gestionnaires, de ne pas y adhérer.
- L'ensemble des prestations rendues par les médecins et établissements précités ;
- L'ensemble des bénéficiaires de l'AMO de base,
- L'ensemble des organismes gestionnaires de l'AMO de base concernés par la convention.

Mesures d'accompagnement

Les parties signataires conviennent d'étudier ensemble sous l'égide de l'ANAM, la réalisation et la mise en œuvre d'outils de régulation et d'accompagnement, et ce dès la signature de la présente convention.

Ces outils concernent, entre autres et en particulier :

- Les formes et les modalités appropriées pour la mise en place du parcours de soins coordonnés ;
- Les mesures de lutte contre toute forme de dirigisme et de convention individuelle ;
- Les mesures en vue de promouvoir la prescription par le Médecin des médicaments génériques ;
- Les modalités de déroulement des missions du contrôle médical.

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 précitée, le libre choix du médecin ou de l'établissement de santé.

Les organismes gestionnaires respectent le libre choix de leurs assurés, s'interdisent d'orienter les patients vers toute structure ou prestataire de soins, et s'engagent à ne faire aucune discrimination dans le traitement des dossiers médicaux les concernant.

Toutefois, le respect du principe du libre choix n'est pas antinomique avec l'obligation pour les organismes gestionnaires de l'AMO de base d'informer leurs assurés des termes de la présente convention et de la liste des praticiens et établissements de soins non conventionnés.

Article 5- Accueil, enregistrement et information des patients

Le médecin renseigne la feuille de soin après vérification de l'identité de l'assuré quand le patient est mineur, ou l'identité du patient quand celui-ci est majeur. Il lui ouvre un dossier médical dans le respect des dispositions du code déontologique.

Article 6 - Carnet de santé

Les parties conviennent de l'usage d'un carnet de santé pour le suivi médical de la femme et l'enfant et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté du ministère 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.

Article 7 - Délivrance des soins

Les médecins délivrent aux bénéficiaires des soins conformément au code de déontologie médicale, à la législation, à la réglementation en vigueur ainsi qu'à la nomenclature générale des actes professionnels.

La présente convention porte sur la totalité des soins prodigués que ce soit à titre ambulatoire ou dans un lieu 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.

Toutefois, les références médicales ayant reçu un consensus national et faisant partie de la présente convention sont opposables aux médecins qui s'engagent à les appliquer dans la délivrance des soins aux assurés.

Article 8 - Rédaction des ordonnances

Outre son code d'identification national, le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance, les mentions prévues par la réglementation en vigueur, ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire, l'identifiant de sa carte de bénéficiaire et la carte d'identité nationale et à défaut toute autre pièce d'identité. Il formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions de médicaments, de fournitures et appareils, d'exams de laboratoires, d'imagerie médicale ou de soins à effectuer par les paramédicaux. Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible notamment, en ce qui concerne la durée du traitement et doivent être conformes à la législation et la réglementation en vigueur.

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

La rédaction des ordonnances doit se faire en conformité avec les textes régissant l'exercice de la médecine.

Article 9 - Etablissement des plis confidentiels

Toute communication d'information médicale à l'initiative du médecin traitant ou à la demande du médecin conseil nécessaire à l'étude du dossier doit être faite sous pli confidentiel.

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

Article 10 - 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 de décret 2-05-733.

En plus de la disponibilité très large des feuilles de soins, les parties s'engagent à étudier la mise en place de la feuille de soin informatisée à éditer sur place par le médecin.

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

Article 11 - Facturation des honoraires

Sous réserve des dispositions particulières au tiers payant, le médecin est appelé à mentionner sur la feuille de soins, l'intégralité de ses honoraires correspondant aux actes de diagnostic et de traitement, y compris les actes hors nomenclature avec la mention HN. Il donne l'acquit par une signature manuscrite et cachetée pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires.

Si le médecin dispense des actes à titre gratuit, il porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

En cas d'urgence manifeste, 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 ».

Les informations suivantes doivent être portées sur les feuilles de soins :

- Le code CIM (Classification Internationale des Maladies) ;
- Le code INP (Identification Nationale du Praticien) ;
- cotation et codage des actes ;
- valeur des lettres clés ;
- cotation des actes délivrés en dehors des heures ouvrables, les week-end et jours fériés ;
- facturation en milieu hospitalier : simple ou multiple/complexe.

Article 12 - Cas des soins nécessitant un accord préalable

La demande de prise en charge communiquée par tout moyen par l'établissement de soins doit comporter le nom du médecin traitant et être accompagnée d'un pli confidentiel comportant les indications médicales figurant à l'article 20 du décret n° 2-05-733. Le bénéficiaire est tenu de régler au médecin ou à l'établissement de soins le montant du ticket modérateur augmenté, le cas échéant, des extras.

On entend par extra selon le cas, les frais de la chambre individuelle, de l'accompagnant, du téléphone ou de l'eau minérale.

En cas d'hospitalisation d'urgence, la demande de prise en charge devra parvenir à l'organisme gestionnaire le premier jour ouvrable suivant cette hospitalisation sauf cas de force majeure.

Les établissements de soins et les médecins s'engagent à accepter, sans réserve, les prises en charge délivrées aux bénéficiaires par les organismes gestionnaires de l'AMO à concurrence des montants fixés conformément aux dispositions de la présente convention nationale et de la tarification nationale de référence objet du Titre II.

Le bénéficiaire est préalablement informé de la partie restant à sa charge (le ticket modérateur) qu'il règle directement à l'établissement de soins ou au médecin.

Ce règlement ne peut en aucun cas dépasser le montant du ticket modérateur et doit faire l'objet d'une facture à remettre au patient conformément aux dispositions de l'article 22 alinéa 3 du décret n° 2-05-733.

L'organisme gestionnaire se prononce par tout moyen sur la prise en charge dans les 48 heures ouvrables suivant la réception de la demande.

Si l'état du patient nécessite des actes complémentaires non prévus à la demande initiale, ou une réduction de ces actes, une autre demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme gestionnaire, avant la date limite d'hospitalisation, annulant et remplaçant la première, sauf en cas d'urgence.

Cette prise en charge annule et remplace la ou les prises en charge précédemment émises dans le même établissement.

Une prise en charge n'est valable que pour l'établissement émetteur.

Toute prise en charge délivrée à une date est valable au plus tard un mois à partir de cette date.

Article 13 - Facturation des soins exécutés par le personnel salarié du médecin ou de l'établissement de soins

Lorsque les actes sont effectués par un paramédical salarié d'un médecin, les feuilles de soins sur lesquelles sont portés les actes doivent permettre l'identification nominale du médecin employeur.

La demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a été prescrite ou de la copie de cette ordonnance, lorsque l'acte doit être fait par un paramédical.

La signature du médecin sur la feuille de soins engage sa responsabilité délictuelle sur l'application, par le paramédical, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs conventionnels en vigueur.

Article 14 - Conditions de prise en charge des soins délivrés par le remplaçant

Le médecin remplacé s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant autorisé par le conseil régional de l'ordre des médecins les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Sauf cas d'assistance à personne en danger, le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre conventionnel durant la période de remplacement.

Le médecin remplaçant est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est tenu d'indiquer sur les feuilles de soins, imprimés et documents de facturation, sa situation de remplaçant.

CHAPITRE III

MODALITES D'EXERCICE ET DE LA QUALITE

Article 15 - Respect du principe de la qualité

Les exigences de la qualité concernent chaque médecin, tout établissement de soins et les organismes gestionnaires. Elles portent autant sur les moyens, les procédures diagnostiques et thérapeutiques, que sur la manière dont ils sont mis en œuvre.

Les parties signataires s'engagent à adopter une démarche qualité dans le respect du médicalement requis.

Article 16 - Contrôle médical

Dans le souci d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie obligatoire, 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 et la dispensation des soins médicalement requis ;
- vérifier la validité des prestations au plan technique et médical ;
- constater le cas échéant les abus et les fraudes en matière de prescription, de soins et facturation

Ce contrôle est effectué par un corps médical conformément aux conditions et modalités prévues aux articles 33 à 40 du décret 2-05-733 susvisé que les parties signataires s'engagent mutuellement à respecter et à assurer sa mise en œuvre dans un cadre de partenariat.

CHAPITRE IV

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,

Sur la base de l'original de la prise en charge, l'organisme gestionnaire s'engage à régler directement à l'établissement de soins les sommes dues conformément au présent chapitre.

Tout accord de prise en charge est considéré comme définitif, à la condition que l'organisme gestionnaire reçoive le dossier complet établi par l'établissement de soins, conformément aux dispositions de la présente convention relatives au dossier de règlement. A défaut, l'accord de prise en charge devient litigieux.

Le dossier de règlement doit respecter les dispositions édictées par l'article 22 du décret 2-05-733 susvisé.

- 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 des dossiers de règlement dans un délai n'excédant pas 6 mois à compter de la date de leur réception.

CHAPITRE V

TARIF DES HONORAIRES ET DES PRESTATIONS

Article 19 - Valeurs des tarifs

Le tarif des honoraires et des prestations figure au titre II de la présente convention et constitue la tarification nationale de référence prévue à l'article 12 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

CHAPITRE VI

SUIVI ET CONCERTATION

Article 20

- Commission permanente de suivi

Dans le cadre de la présente convention, il est institué une commission permanente de suivi qui se réunit au moins une fois par trimestre sous la présidence du Directeur de l'ANAM ou de son représentant.

Cette commission est, en outre, composée de :

- 2 représentants du CNOM
- 1 représentant de l'ANCP
- 1 représentant de SNMSL
- 2 représentants de la CNOPS
- 2 représentants de la CNSS

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.

- 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 VII

DUREE ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 21 - Durée

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

Article 22 - Notification d'adhésion ou de non adhésion

Conformément aux dispositions de l'article 23 de la loi 65-00, lorsqu'une convention nationale est approuvée, tout prestataire de soins membre de la profession est réputé adhérent d'office à celle-ci.

Tout médecin qui ne désire pas adhérer à la convention nationale, doit en faire déclaration à l'Agence nationale de l'assurance maladie, aux organismes gestionnaires et à son organisation professionnelle, lorsqu'elle existe. La déclaration de non-adhésion adressée à l'une des parties vaut déclaration à l'ensemble des parties à la présente convention.

Afin d'informer les assurés sur l'état du conventionnement du médecin ou de l'établissement de soins, ce dernier affichera son adhésion ou non-adhésion à la convention nationale de manière visible pour l'assuré.

La déclaration de la non - adhésion à la convention nationale est faite conformément au modèle annexé à la présente convention.

Article 23 - Diffusion des clauses de la convention

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

Article 24 - Date d'effet

La présente convention signée le 28 juillet 2006, entre en vigueur après son approbation par le Ministre de la Santé.

Dès l'entrée en vigueur de la présente, toute convention individuelle ou collective conclue entre les organismes gestionnaires et un ou plusieurs producteurs de soins du secteur libéral, devient caduque.

TITRE II

TARIF NATIONAL DE REFERENCE

Le Tarif National de Référence comporte 7 grilles:

- 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 Chimiothérapie.
- Grille n°6 : Tarif Forfaitaire de la Dialyse.
- Grille n°7 : Tarif Forfaitaire de Lithotripsie.

GRILLE N° 1 : TARIFS DES LETTRES CLES		
DESIGNATION	LETTRE CLES	TARIFS EN DHS
ACTES MEDICAUX		
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	80,00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	150,00
CONSULTATION PSYCHIATRE & NEUROPSYCHIATRE	CNPSY	190,00
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES, NUITS, A DOMICILE)	V	120,00
VISITE SPECIALISTE (JOURS FERIES, NUITS, A DOMICILE)	Vs	190,00
VISITE : PSYCHIATRE & NEUROPSYCHIATRE	VNPSY	190,00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CsC	190,00
ACTES D'ANATOMOPATHOLOGIE	P	1.10
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	10,00
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	Ka - Kc	22,50
ACTES PARAMEDICAUX		
ACTES PRATIQUES PAR LE KINESITHEPEUTE (PAR SEANCE)	AMM	50,00
ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPTISTE (PAR SEANCE)	AMY	50,00
ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPHONISTE (PAR SEANCE)	AMO	50,00
SOINS INFIRMIERS PRATIQUES PAR L'INFIRMIER OU SAGE-FEMME	SFI - AMI	7,50
ACTES PRATIQUES PAR LA SAGE FEMME	SF	10,00
SEJOURS		
LIT EN CHIRURGIE ET EN MEDECINE (CHAMBRE A 2 LITS)	F	300,00

GRILLE N° 2.1 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE			
COTATION NGAP	Lettre CLE	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
K30-K39	F	1 950,00	<ul style="list-style-type: none"> • SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS, 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; <p><u>OBSERVATIONS :</u></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"> • Sang et dérivé ; • Actes de radiologie et Biologie ; • avec accord préalable : <ul style="list-style-type: none"> -Actes médicaux d'exploration ou de spécialité figurant à la grille de la grille n°4 ; -Séjours en réanimation ou soins intensifs ; -Implants, prothèses, endoprothèses. <p>*En cas de complication, la prise en charge est annulée et remplacée conformément aux dispositions de la convention cadre type.</p>
K40-K49	F	2 600,00	
K50-K59	F	4 000,00	
K60-K69	F	4 800,00	
K70-K79	F	5 600,00	
K80-K89	F	6 400,00	
K90-K99	F	7 200,00	
K100-K109	F	8 000,00	
K110-K119	F	8 800,00	
K120-K129	F	9 600,00	
K130-K139	F	10 400,00	
K140-K149	F	11 200,00	
K150-K159	F	12 000,00	
K160-K169	F	12 800,00	
K170-K179	F	13 600,00	
K180-K189	F	14 400,00	
K190-K199	F	15 200,00	
K200-K209	F	16 000,00	
K210-K219	F	16 800,00	
K220-K229	F	17 600,00	
K230-K239	F	18 400,00	
K240-K249	F	19 200,00	
K250-K259	F	20 000,00	
K260-K269	F	20 800,00	
K270-K279	F	21 600,00	
K280-K289	F	22 400,00	
K290-K299	F	23 200,00	
K300	F	24 000,00	
A partir de K310	F	Supplément de 800,00 Dhs par pas de 10K	

GRILLE N°2.2 : TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE			
DESIGNATION	CLASSE	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
CATARACTE (avec ou sans implant)	F	4 500,00	* SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS, 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 ; * MAJORATIONS DE NUIT, JOURS FERIES ET WEEK-END ; * HONORAIRES DE L'ANESTHESISTE ; * FRAIS DU BLOC OPERATOIRE ; * CONSOMMABLE MEDICAL ; * PHARMACIE.
CESARIENNE	F	6 000,00	
VESICULE classique ou sous COELIO	F	7 500,00	

OBSERVATIONS :

- Forfait global pour toute la durée du séjour (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation) ;
- Seront facturés en sus (avec accord préalable) :
 - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4 ;
 - Implants, prothèses, endoprothèses.
- En cas de complication, la prise en charge est annulée et remplacée conformément aux dispositions de la convention cadre type.

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE GRILLE N°3.1 : HOSPITALISATION EN MEDECINE			
DESIGNATION	LETTRE CLE	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
HOSPITALISATION EN MEDECINE	F	550,00 Dhs par jour	<p>* SEJOUR : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS, 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><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>* Forfait journalier ;</p> <p>* Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de biologie et radiologie <p>avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4. - La pharmacie : Le remboursement de la pharmacie sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE			
GRILLE N°3.2 : Hospitalisation en réanimation			
DESIGNATION	L.CLES	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
HOSPITALISATION EN REANIMATION	F	1 500,00	<p>*Séjour : INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE *Boxe en salle de réanimation ; * Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ; * Honoraires des médecins réanimateurs ; * Surveillance des médecins et /ou visite quelque soit leur nombre ; * Actes médicaux nécessaires ; * Soins infirmiers ; * Majorations de nuit, jours fériés et week-end; * Consommable médical;</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>* Forfait journalier ; * Seront facturés en sus : - Les actes de biologie et radiologie avec accord préalable : - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4. - La pharmacie : Le remboursement de la pharmacie sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe.</p>

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE GRILLE N°3.3 : Soins intensifs			
DESIGNATION	L.CLES	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
SOINS INTENSIFS	F	1 000,00	<p>* Séjour : LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE</p> <p>*Unité de soins intensifs;</p> <p>* Surveillance des médecins et /ou visite quelque soit leur nombre ;</p> <p>* Soins infirmiers ;</p> <p>* Majorations de nuit, jours fériés et week-end;</p> <p>* Consommable médical.</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 et radiologie <p>avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4. - La pharmacie : Le remboursement de la pharmacie sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe.

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES D'HOSPITALISATION MEDICALE			
GRILLE N°3.4 : Accouchement			
DESIGNATION	L.CLES	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
<p>ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE</p> <p>- Accouchement mono fœtale avec ou sans manœuvre ;</p> <p>- Accouchement multiple avec ou sans manœuvre.</p>	<p>F</p> <p>F</p>	<p>3 000,00</p> <p>3 500,00</p>	<p>* Séjour: LIT DANS UNE CHAMBRE A 2 LITS, INCLUANT LE CHAUFFAGE, L'ECLAIRAGE, LE BLANCHISSAGE DU LINGE ET LA NOURRITURE</p> <p>* Salle d'accouchement ;</p> <p>* Honoraires de l'obstétricien;</p> <p>* Honoraires de la sage femme ;</p> <p>* Pharmacie ;</p> <p>* Consultation du pédiatre ;</p> <p>* Majorations de nuit, jours fériés et week-end ;</p> <p>* Consommable médical.</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>*Forfait global pour toute la durée du séjour ;</p> <p>*Seront facturés en sus, avec accord préalable :</p> <p>Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4.</p>

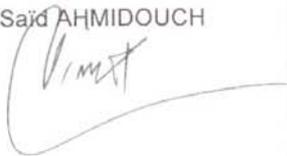
GRILLE N° 4 : TARIFS DES ACTES D'EXPLORATION MEDICALE			
DESIGNATION	Lettre Cles	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
FIBROSCOPIE oesogastroduodénal (avec ou sans biopsie) y compris anesthésié si nécessaire	F	1 000,00 en clinique 800,00 en Cabinet	* Honoraires du médecin ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil ; * Biopsie éventuelle incluse.
BRONCHOSCOPIE	F	1 000,00 en clinique 800,00 en Cabinet	<u>OBSERVATIONS :</u>
COLONOSCOPIE (avec ou sans biopsie)	F	1 200,00	Forfait global
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE	F	500,00	* Honoraires du médecin ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil.
ANGIO-SCANNER	F	800,00	
PHOTOTHERAPIE (chez le nouveau né)	F	160,00	
ECHOGRAPHIE	F	200,00	
IRM (y compris le produit de contraste)	F	2 200,00	<u>OBSERVATIONS :</u> Forfait global
TDM (y compris le produit de contraste)	F	1 000,00	
LASER	F	800,00	* Honoraires du médecin ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil. <u>OBSERVATIONS :</u> Forfait par séance

GRILLE N°5 : TARIF FORFAITAIRE DE CHIMIOOTHERAPIE			
DESIGNATION	Lettre CLE	TARIFS en DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
CHIMIOOTHERAPIE	F	500,00	<ul style="list-style-type: none"> * Honoraires du médecin; * Actes médicaux; * Soins infirmiers ; * Majorations de nuit, jours fériés et week-end; * Consommable médical ; <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Forfait/Cure ; * Séjour d'une journée en cas de nécessité compris ; * Sont facturés en sus, avec accord préalable : <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie : le remboursement sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe.

6. TARIF FORFAITAIRE De la DIALYSE GRILLE N°6.1 : Hemodialyse			
DESIGNATION	L.CLES	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
HEMODIALYSE	F	850 ,00	<ul style="list-style-type: none"> * Honoraires du médecin ; * Soins infirmiers ; * Consommable médical ; * Frais techniques de l'appareil ; * Repas. <p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>Forfait par séance (3 séances au maximum par semaine)</p>

GRILLE N°6.2 : TARIF FORFAITAIRE De la DIALYSE PERITONIALE			
DESIGNATION	Lettre CLE	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
DIALYSE PERITONIALE	F	2 550,00	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait hebdomadaire ; • Tout consommable, accessoires et surveillance médicale comprise.

GRILLE N°7 : TARIF FORFAITAIRE DE LA LITHOTRIPSIE			
DESIGNATION	Lettre CLE	TARIF EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
LITHOTRIPSIE EXTRA CORPORELLE	F	5 000,00	<ul style="list-style-type: none"> * Honoraire du médecin ; * Actes médicaux; * Actes de radiologie de contrôle; * Frais techniques de l'appareil, <p><u>OBSERVATIONS :</u> Forfait global (Jusqu'à guérison)</p>

<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 AÛNANE</p> 
<p>Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), représenté par son Président :</p> <p>Médecin Général Professeur Moulay Idriss ARCHANE</p> 	<p>L'Association Nationale des Cliniques Privées (ANCP), représentée par son Président :</p> <p>Docteur Farouk IRAQI</p> 
<p>Le Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral (SNMSL), représenté par son Président :</p> <p>Docteur Mohammed NACIRI BENNANI</p>  <p>Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral Le Président Dr. NACIRI BENNANI Mohamed</p>	<p>L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Chakib TAZI</p> 