

Convention de Tiers Payant
FMSAR – CNOM

Le 25 Octobre 2003

Chapitre 1 : Objet de la convention

Article 1 Engagements des parties

Les compagnies d'assurances signataires, membres de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance, s'engagent à faire bénéficier leurs assurés d'un système de tiers payant par lequel elles se substituent à eux, dans la limite des pourcentages de remboursement prévus au contrat, pour le paiement des frais occasionnés à la suite d'une hospitalisation, en application des termes de la présente convention.

Les cliniques signataires et les médecins s'engagent à accepter, sans réserves, les assurés munis d'une prise en charge, à concurrence des montants déterminés conformément au barème de la convention durant la validité de cette dernière, et à charge pour le patient de régler les éléments prévus à l'alinéa 3 de l'article 10.

Les cliniques adhérentes s'engagent également à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de la clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés des compagnies d'assurance, avec ou sans prise en charge, sauf si le patient n'a pas décliné son adhésion à un contrat d'assurance groupe maladie avant sa sortie de la clinique.

Article 2 Prestations concernées

La prise en charge, objet de la présente convention, ne peut être délivrée que pour les prestations suivantes :

- Les hospitalisations chirurgicales dont le coefficient de l'acte chirurgical est supérieur à K20.
- Les hospitalisations médicales nécessitées par l'état pathologique du malade ;
- Les hospitalisations suite à un accident (autre que l'accident du travail).

Article 3 Exclusions

Outre les exclusions prévues au contrat d'assurances, sont également exclus (sauf disposition contractuelle contraire), les frais d'accouchement normal et les actes ambulatoires.

Article 4 Liste des Cliniques adhérentes

La présente convention consacre le principe du libre choix du médecin traitant et du lieu d'hospitalisation pour le malade.

Toutefois, pour bénéficier du système « tiers payant » objet de la présente convention, le patient choisira une clinique parmi celles figurant sur la liste des cliniques ayant souscrit aux conditions d'adhésion prévues à l'article 1. La dite liste est établie par le CNOM conformément à l'article 25 de la présente convention.

Chapitre 2 : Fonctionnement de la convention

Article 5 Demande de prise en charge

Sous couvert de l'employeur en cas d'assurance groupe, la clinique et le médecin traitant s'engagent à établir et à remettre à l'assuré une demande de prise en charge dûment complétée, préalablement cachetée par l'employeur, et destinée à l'assureur (modèle joint en annexe).

Cette prise en charge doit parvenir à la compagnie d'assurances au moins trois jours ouvrables avant la date d'hospitalisation programmée.

Cette demande doit être accompagnée d'un pli confidentiel du médecin traitant, à l'attention du médecin conseil de la compagnie indiquant :

- la nature précise de la maladie nécessitant l'hospitalisation ;
- le diagnostic justifiant l'intervention ordonnée avec ses antécédents et circonstances d'apparition ;
- la date programmée et la durée prévue de l'hospitalisation ;
- la nature exacte des actes et examens nécessaires avec leurs cotations.

En cas d'hospitalisation d'urgence, la demande de prise en charge telle que prévue au paragraphe précédent, devra parvenir à l'assureur le premier jour ouvrable suivant cette hospitalisation.

Tout manquement à ces dispositions pourra entraîner l'application des sanctions prévues l'article 23 ci-dessous.

La compagnie concernée se prononce sur la prise en charge dans les trois jours ouvrables suivant la réception de la demande, et en tout état de cause, avant la sortie du patient.

Durant l'hospitalisation, le médecin traitant peut faire appel à un ou plusieurs confrères de spécialités différentes pour avis, si l'état du patient le nécessite. Leur rémunération sera conforme aux dispositions prévues par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, en particulier les articles 17, 18 et 19 de ladite nomenclature.

Si l'état du patient nécessite un suivi de la part d'un confrère ou des examens non prévus dans la demande initiale, une autre demande de prise en charge doit être adressée au médecin conseil de la compagnie concernée. Cette prise en charge annule et remplace la ou les prises en charge précédemment émises.

Article 6 Application du barème

Le barème annexé à la présente convention est applicable à tout assuré auprès d'une compagnie signataire muni d'une prise en charge ou porteur d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie avant sa sortie de la clinique.

Article 7 Cotation des actes

Les actes donnant lieu à remboursement sont ceux définis par la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur au Maroc (dahir 1.76.432 tel qu'il a été modifié et complété).

Les actes non prévus par la présente convention et par la nomenclature générale des actes professionnels devront faire l'objet d'une assimilation à une nomenclature de référence, dans le cadre d'une commission technique spécialisée composée de représentants des parties signataires de la présente convention, et ce conformément aux dispositions de l'article 4 de ladite nomenclature.

Article 8 Visites de contrôle

Pendant la durée de l'hospitalisation, le médecin conseil de la compagnie concernée est habilité à effectuer des visites auprès des patients hospitalisés dans le respect du code de déontologie médicale.

La clinique s'engage à permettre au médecin conseil l'accès au malade et à son dossier, en présence du médecin traitant ou avec son autorisation.

Article 9 Accès aux documents d'hospitalisation

La compagnie concernée est habilitée à se faire communiquer toutes les pièces et documents relatifs à l'hospitalisation.

Les documents couverts par le secret médical ne peuvent être adressés qu'au médecin conseil de la compagnie, à qui il appartient d'en préserver la confidentialité. Leur demande doit faire l'objet d'un écrit signé nominativement par le médecin conseil de la compagnie transmis à l'adresse de la clinique où a eu lieu l'hospitalisation.

Chapitre 3 : Règlement des Prestations

Article 10 Base de règlement

Sur la base de l'original de la prise en charge, les compagnies d'assurances signataires s'engagent à régler directement à la clinique les sommes dues conformément au taux de remboursement prévu au contrat appliqué au barème annexé à la présente convention.

Tout accord de prise en charge est considéré comme définitif sous réserve du respect de l'article 18 ci-dessous, et que les soins soient exécutés dans les 30 jours suivant la date d'émission de l'accord de prise en charge. A défaut, l'accord de prise en charge devient caduc.

Sont à la charge de l'assuré :

- le ticket modérateur, c'est à dire le montant résultant de la différence entre le montant accordé par la compagnie d'assurances et la base de remboursement établie par la prise en charge ;
- les extra (lit et repas de l'accompagnant, téléphone, télévision, suite,...) ;
- les taxes de toute nature ;
- Eventuellement, la différence entre le montant pris en charge par la compagnie d'assurance et celui de la facture, et ce en cas de dépassement du plafond prévu au contrat.

Article 11 Journée d'hospitalisation, traitement de surveillance et investigations complémentaires

Le prix de la journée d'hospitalisation comprend le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge de maison, la nourriture, le service infirmier ainsi que les frais de pansement (AMI et PC).

Le prix de la journée est dû pour la totalité du séjour dans l'établissement (y compris le jour d'entrée, quelle qu'en soit l'heure) hormis le jour de sortie quelle qu'en soit l'heure.

Lorsque l'hospitalisation n'implique ni acte chirurgical, ni réanimation, la prise en charge concerne outre le prix de la journée, le traitement de surveillance selon la nomenclature en vigueur au Maroc.

Sauf cas d'urgence grave, les investigations nécessitées par l'état du malade doivent recueillir l'accord préalable de la compagnie d'assurance et sont remboursées sur présentation des justificatifs correspondants.

Les soins prodigués aux grands brûlés sont facturés selon la nomenclature générales des actes professionnels (dahir 1.76.432 tel qu'il a été modifié et complété).

Article 12 Hospitalisation chirurgicale

En cas d'hospitalisation chirurgicale :

- Le matériel et fournitures usuels nécessaires sont compris dans le forfait du bloc opératoire et ne peuvent être facturés en plus.
- Les plaques d'ostéosynthèse, le matériel de prothèse, le sang, le plasma et ses dérivés, sont pris en charge au vu du relevé détaillé de leurs fournitures. Ces éléments peuvent éventuellement faire l'objet d'une justification de tarif entre le médecin conseil de la compagnie d'assurances et la clinique.
- Les frais pharmaceutiques (médicaments) sont pris en charge selon les forfaits prévus au barème annexé à la présente convention. En cas de complication, la prise en charge de la pharmacie s'effectuera sur la base de la présentation des justificatifs de toute la pharmacie consommée pendant la durée de l'hospitalisation.

Article 13 Hospitalisation médicale

En cas d'hospitalisation médicale, les frais correspondants aux produits pharmaceutiques, le sang, le plasma et ses dérivés, sont pris en charge au vu du relevé détaillé de leurs fournitures, y compris les prospectus et PPM.

Article 14 Examens Complémentaires

Les examens de laboratoire, de radiologie, d'échographie, d'endoscopie ou tout autre examen de même nature, seront remboursés, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale comportant le cachet et la signature du médecin traitant, et que la facture du laboratoire corresponde au dahir N° 1.75.237 du 17 décembre 1976.

Le médecin conseil de la compagnie doit à tout moment pouvoir disposer des documents justifiant ces examens.

Article 15 Anesthésie - Réanimation

Le forfait prévu pour la réanimation chirurgicale couvre tous les actes d'anesthésie et de réanimation précisés par l'article 20 – 2° de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en vigueur.

A défaut d'acte prévu par la nomenclature, les actes d'anesthésie sont cotés sur la base de K15 (article 20 alinéa 3 de la nomenclature en vigueur), sans que cette cotation soit supérieure à celle de l'acte opératoire ayant donné lieu à cette anesthésie.

Les actes d'anesthésie-réanimation accompagnant les actes de diagnostic ou de traitement sont cotés au maximum à K15.

Pour les actes dont la cotation est supérieure ou égale à K150, il est prévu une réanimation de deux jours, si l'état du patient le nécessite. En cas de complication, la réanimation post opératoire est soumise à accord préalable de la compagnie d'assurances.

Il est entendu que le coefficient de l'acte couvre également l'anesthésie et la surveillance en réanimation, et ce conformément à l'article 20 – 2° de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en vigueur.

Article 16 Cliniques disposant de centres de réanimation

Les cliniques qui disposent de centres de réanimation s'entendent comme disposant d'infrastructures techniques et de moyens humains répondant aux normes techniques prévues par la loi 10/94.

A cet effet, toute clinique qui désire adhérer à la présente convention, est tenue de déclarer, sur la demande d'adhésion prévue par l'article 25 (jointe en annexe), si elle dispose ou non d'un centre de réanimation répondant aux normes prévues par la loi précitée.

Par ailleurs, la commission permanente de suivi et d'arbitrage est habilitée, en vertu de la présente convention, à opérer des visites de vérification de la conformité aux normes en vigueur des centres de réanimation des cliniques adhérentes ou candidates à l'adhésion à la convention.

Article 17 Soins Intensifs

En cas de soins intensifs, la clinique doit aviser l'assureur dans les 24 heures par tout moyen de communication.

Le forfait journalier en unité de soins intensifs inclut toutes les prescriptions dues à cette structure (fluides) à l'exclusion des produits pharmaceutiques (médicaments) et fournitures qui devraient être comptabilisées séparément.

Article 18 Dossier de règlement

La clinique adresse à la compagnie concernée, dès la sortie du patient et au plus tard dans les trente jours, un dossier comprenant les documents suivants :

- L'originale de la prise en charge accompagnée de la photocopie de la carte d'identité nationale de la personne hospitalisée. Si cette dernière est mineure, il y a lieu de joindre la photocopie de la CIN de l'adhérent ou le cas échéant sa carte d'adhérent ;
- Les notes d'honoraires ventilées, cachetées et signées par les praticiens, précisant les cotations des actes et les honoraires correspondants. Ces notes doivent être établies sur les ordonnances des médecins;
- La facture de la clinique (modèle joint en annexe) précisant le détail des frais, y compris les honoraires des praticiens ;

- Copie de la facture correspondant au ticket modérateur, taxes et extra acquittés par le patient dûment cachetée par la clinique;
- Un compte rendu de l'hospitalisation sur demande écrite du médecin conseil ;
- Les bulletins d'entrée et de sortie contresignés par le malade ou un membre de sa famille ;
- Les factures détaillées du laboratoire, du radiologue, et tout autre prestataire, accompagnées des prescriptions médicales ;
- Les prospectus, PPM et tous les justificatifs prévus aux articles 12 (dernier alinéa) et 13 de la présente convention.

Toute hospitalisation donne lieu à l'établissement d'une et une seule facture original. Les copies ou duplicatas doivent être clairement précisés et doivent porter le cachet de la clinique qui les a émis.

Article 19 Délai de règlement

Les compagnies signataires s'engagent à régler à la clinique les dossiers complets dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de leur réception.

Elles s'engagent également à informer systématiquement le médecin traitant concerné de tout règlement effectué au profit de la clinique.

En cas de dossier incomplet ou de désaccord sur le montant des honoraires et des factures, notification en est faite dans un délai de 15 jours après réception justifiant la position de la compagnie.

Chapitre 4 : Instance conventionnelle – Arbitrage – Sanctions

Article 20 Commission Permanente de suivi et d'arbitrage

Dans le cadre de la présente convention, il est institué une commission permanente de suivi et d'arbitrage composée du :

- du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou de son représentant ;
- du Président de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance ou de son représentant ;
- du Président de l'Association Nationale des Cliniques Privées ou de son représentant ;
- du Président du Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral ou de son représentant.

Article 21 Missions de la Commission Permanente de suivi et d'arbitrage

La Commission Permanente de suivi et d'arbitrage 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 professionnelles, des lois et règlements en vigueur ;
- D'apporter les modifications qui sont de nature à permettre un fonctionnement efficace de la convention ;
- 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 par les parties sur le montant des honoraires, des frais remboursables ou sur les modalités de leur remboursement ;
- De prononcer les mesures disciplinaires qui s'imposent en cas de manquements aux dispositions prévues par la présente convention.

Article 22 Fonctionnement de la Commission Permanente de suivi et d'arbitrage

La commission se réunit au moins une fois par mois, soit au siège du Conseil National de l'Ordre des Médecins, soit au siège de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance.

La commission peut se réunir en cas de nécessité à la demande de l'une des deux parties.

Les membres de la commission peuvent inviter à participer aux réunions toute personne dont les compétences peuvent être utiles aux délibérations de ladite commission.

Sont convoquées à la réunion de la Commission les parties concernées par la réclamation dont elle est saisie. Il est tenu un Procès Verbal des travaux et décisions rendues par la commission. Ces décisions sont prises de façon consensuelle par les membres présents. En cas de désaccord, il sera fait appel à l'arbitrage d'une partie tierce compétente en la matière désignée d'un commun accord.

Les décisions de la commission en ce qui concerne le règlement des différends entre les parties sont sans appel.

Article 23 Mesures disciplinaires

En fonction de la gravité et de la fréquence des manquements constatés aux engagements pris, la clinique ou la compagnie contrevenante peut se voir appliquer l'une des sanctions mentionnées ci-après :

1. Avertissement simple avec mise en demeure de faire cesser le(s) manquement(s) constaté(s).
2. Retrait de la liste des cliniques ou compagnies adhérentes à la convention. Cette sanction est prononcée en cas de la persistance de(s) manquement(s), après épuisement des mises en demeure pour les faire cesser.

Toutefois, toute clinique qui sciemment facture des frais inhérents à la réanimation alors qu'elle ne dispose pas d'un centre de réanimation encourt l'exclusion de la présente convention.

Ces sanctions sont prononcées par la Commission Permanente de Suivi et d'Arbitrage.

Chapitre 5 : Entrée en vigueur de la convention – Durée - Dénonciation

Article 24 Entrée en vigueur

La présente convention est conclue pour une durée maximum de deux ans. Elle prend effet à compter de sa signature par les parties concernées et elle cesse au 31 décembre de l'année suivant celle de la signature.

Au terme de cette période, la convention est reconduite par tacite reconduction pour une durée annuelle.

La dénonciation de la convention peut intervenir à tout moment par l'une des parties sous réserve d'un préavis de trois mois.

Article 25 Adhésion des cliniques

Toute clinique qui désire adhérer à la présente convention s'oblige à faire une demande d'adhésion conforme au modèle joint en annexe et qui constitue un engagement moral du respect des termes de la convention.

Cette demande est adressée au Conseil National de l'Ordre des Médecins par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 30 jours suivant la signature de la convention, et par la suite dans les 30 jours précédant la fin de chaque trimestre pour prise d'effet le trimestre suivant. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, après avis conforme, transmettra une copie de chaque demande à la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins établira trimestriellement une liste des cliniques adhérentes tenant compte des mouvements d'adhésion / exclusion à la convention. Cette liste est transmise à la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance, à l'usage des compagnies d'assurances adhérentes.

La renonciation à l'adhésion à la convention d'une clinique peut avoir lieu à tout moment, sous réserve d'un préavis de trois mois.

Article 26 Adhésion des compagnies d'assurances

Préalablement à l'entrée en vigueur de la présente convention, les compagnies d'assurances qui désirent y adhérer doivent adresser une demande à la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance. Celle-ci établira une liste des compagnies d'assurances adhérentes à ladite convention, et en communique une copie au Conseil National de l'Ordre des Médecins à l'usage des cliniques adhérentes.

A l'occasion de tout mouvement adhésion / exclusion d'une compagnie d'assurances, une nouvelle liste est établie par la Fédération Marocaine des

Sociétés d'Assurances et de Réassurance et communiquée au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

La renonciation à l'adhésion à la convention d'une compagnie peut avoir lieu à tout moment, sous réserve d'un préavis de trois mois.

Article 27 Evaluation – Révision Tarifaire

La présente convention fera l'objet d'une évaluation, un an après son entrée en vigueur.

Sa révision tarifaire doit faire l'objet de nouveaux accords entre les parties signataires toutes les deux échéances annuelles. Exceptionnellement, la première révision tarifaire est prévue pour le 31 décembre 2005.

Article 28 Information des membres

L'Association Nationale des Cliniques Privées, la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance, et le Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral s'engagent à communiquer à leurs membres le texte de la présente convention et à prendre toutes mesures utiles pour que leurs adhérents soient informés des obligations réciproques de toutes les parties.

**Pour le Conseil National de l'Ordre
des Médecins**

**Pour la Fédération Marocaine des
Sociétés d'Assurances et de
Réassurance**

Le Président

Le Président

Paraphes

**Pour l'Association Nationale des Cliniques
Privées**

**Pour le Syndicat National des Médecins du
Secteur Libéral**

Le Président

Le Président

Modèle demande d'adhésion à la convention

La demande est à établir selon la formule ci-dessous, sur papier à en-tête de la clinique qui sollicite l'adhésion à la convention.

**Monsieur Le Président du Conseil
National de l'Ordre des Médecins**

Objet : Convention de tiers payant - Demande d'adhésion

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous solliciter l'adhésion à la convention de tiers payant signée entre la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Je déclare avoir pris connaissance des termes de ladite convention. Je déclare également que mon établissement dispose – ne dispose pas^(*) d'un centre de réanimation dans lequel interviennent les réanimateurs figurant sur la liste ci-jointe.

Je m'engage à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de ma clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés munis d'une prise en charge ou porteurs d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie ;
- Recevoir les membres de la commission permanente de suivi et d'arbitrage et leur faciliter la vérification de la conformité aux normes en vigueur des installations de réanimation de notre établissement^(**).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression des mes sentiments distingués.

Date :

**Cachet et signature
Du directeur de la clinique**

- **Copie pour Information à l'Association Nationale des Cliniques Privées et au Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral**
- **P.J : Liste des réanimateurs.**

(*) Barrer la mention inutile.

(**) Uniquement pour les cliniques qui déclarent disposer de centres de réanimation.

Grille Tarifaire N° 1
Barème des actes d'hospitalisation médicale et Chirurgie Générale

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Visite Médicale	VS Jour/Nuit/Férié	200	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uniquement en cas d'hospitalisation médicale 2. Une visite par praticien d'une spécialité différente de celle du médecin traitant, durant toute la durée du séjour sauf exceptions.
Séjour par lit	Jour	400	Ce forfait journalier inclut les visites pour hospitalisation chirurgicale, AMI, PC, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection et autres services.
Chambre psychiatrique	Forfait/jour	500	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ce forfait est accordé exclusivement aux établissements possédant les installations nécessaires de psychiatrie. 2. Le forfait inclut la surveillance, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection et autres services. 3. Ce forfait passe à 400 Dhs/jour en plus d'un K15 pour la surveillance, si l'état du patient le nécessite
K Chirurgical	K _C	30	La prise en charge n'est valable que pour les actes dont le coefficient de cotation est supérieur à 20 et selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels Marocaine.
Acte Chirurgical avec Cœlioscopie	K _C +K20	30	La prise en charge n'est valable que pour les actes dont le coefficient de cotation est supérieur à 20 et selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels Marocaine. Tous les actes en sus sont inclus
K Anesthésie	K _{AREC}	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les actes de diagnostic sont cotés à K15. 2. Le coefficient de chaque acte couvre l'anesthésie et la réanimation pendant la journée de l'opération et pendant l'acte lui-même.
Bloc Opératoire avec consommables	K _C	25	Ce tarif inclut les consommables, les fluides, les accessoires du bloc (amplificateurs de brillance et autres) et tous les produits utilisés lors de l'intervention. Il comprend également les honoraires de l'aide opératoire pour les actes dont la cotation est supérieure ou égale à 15.
Pharmacie Pharmacie Médicale		Détail	Le règlement est effectué sur présentation des prospectus et PPM des médicaments utilisés pour l'affection ayant entraîné l'hospitalisation.
Pharmacie Chirurgicale Actes <K150	K _C	15	Ce tarif est appliqué sur la base du K chirurgical, et ce quelle que soit le montant de la facture réelle du poste pharmacie. Aucun supplément ne peut être facturé ou demandé au patient.
Actes >=K150		Détail	Le règlement est effectué sur présentation des prospectus et PPM des médicaments utilisés.

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Pharmacie Réanimation	E*	Détail	Le règlement est effectué sur présentation des prospectus et PPM des médicaments utilisés pour l'affection ayant entraîné l'hospitalisation et l'admission du patient en réanimation sans acte chirurgical.
Pharmacie Réanimation post chirurgicale	E*	Détail	1. Après accord préalable de la compagnie 2. La prise en charge des frais pharmaceutiques (médicaments) est effectuée sur la base de la présentation du détail des médicaments consommés par le patient durant toute la période d'hospitalisation (Cf. Article 12).
Radiologie	Z	11	Cotation sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels Marocaine.
Biologie	B	1,50	Cotation sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels Marocaine.
Réanimation (**)	Jour	1 800	<ul style="list-style-type: none"> - Ce forfait comprend la surveillance et/ou visites, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable. - Les honoraires des réanimateurs sont facturés en sus K30 si un seul réanimateur, K50 Si deux réanimateurs présents en même temps. - Si intervention d'un infirmier anesthésiste, application de l'abattement prévu par la NGAP.
Soins intensifs (**)	Jour	1 000 + 2 Consul x (200)	Ce forfait comprend la surveillance, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable.
Monitoring	Forfait	300	
Couveuse	Forfait	700	Ce forfait inclus la visite du Pédiatre.
Photothérapie	Séance	200	Une séance par jour
Echographie	Forfait	300	
Scanner	Forfait (E*)	1 000	Ne sont tenus en compte que les scanners justifiés par la nature de l'affection qui a occasionné l'hospitalisation.
IRM (y compris produits de contraste)	Forfait (E*)	2 800	Sur présentation des justificatifs des produits de contraste.
Dialyse	(E*)	800	
Chimiothérapie	K _{MED}	25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uniquement pour l'oncologie et la psychiatrie. 2. La prise en charge s'effectue sur la base d'un K15 si l'état du patient le nécessite. 3. Pour la psychiatrie, elle est réservée exclusivement aux établissements possédant les installations nécessaires.

* Accord préalable de la compagnie d'assurance est obligatoire

** Etablissements figurant sur la liste des cliniques qui ont réellement une salle de réanimation et des unités de soins intensifs conformes aux normes en vigueur.

Grille Tarifaire N° 2
Forfait en cas d'actes chirurgicaux isolés inférieurs à 50

Acte Chirurgical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
K 25	Forfait ^(*)	1 650	
K 30	Forfait ^(*)	2 200	
K 35	Forfait ^(*)	2 420	
K 40	Forfait ^(*)	2 970	
K 45	Forfait ^(*)	3 190	

(*) Il est entendu que le K_C (honoraires chirurgien) est facturé 30 Dhs.

Grille Tarifaire N° 3
Actes d'ophtalmologie et ORL

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Pharmacie Actes <150 Actes >=150	K _C	10 Détail	Autres que cancérologie Le règlement est effectué sur présentation des prospectus et PPM des médicaments utilisés.
Pharmacie cancérologie		Détail	Le règlement est effectué sur présentation des prospectus et PPM des médicaments utilisés.
Cataracte			- Suivant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (K100). - Si pose d'implants, présentation des pièces justificatives.

Grille Tarifaire N° 4
Actes d'exploration

Acte chirurgical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Fibroscopie	Forfait (E [*])	1 650	1. Pour l'ensemble des actes d'exploration, l'accord préalable de la compagnie d'assurance est requis. 2. Ces forfaits s'entendent « Tout compris » (la biopsie est incluse).
Colonoscopie	Forfait (E [*])	2 420	
Fibroscopie + Colonoscopie	Forfait (E [*])	3 300	
Bronchoscopie	Forfait (E [*])	1 320	

* Accord préalable de la compagnie d'assurance est obligatoire

Grille Tarifaire N° 5
Actes de Cardiologie et de radiologie interventionnelles

Acte Chirurgical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Coronographie	Forfait (E*)	7 500	Sont inclus le séjour, les actes, les frais de salle, la surveillance, la radiologie et la pharmacie
Cathétérisme et angiographie artériels (membres inférieurs, aorte, rein, cérébral et autres)	Forfait (E*)	5 000	
Cathétérisme et angiographie veineux	Forfait (E*)	2 500	
Dilatation Vasculaire			
Coronaires 1 artère			
Sans Stent	Forfait (E*)	23 000	
Avec Stent	Forfait (E*)	32 000	
Coronaires 2 artères			
Sans Stent	Forfait (E*)	27 000	
Avec Stent	Forfait (E*)	46 000	
Périphérique 1 artère			
Sans Stent	Forfait (E*)	11 000	
Avec Stent	Forfait (E*)	16 000	
Dilatation Valvulaire	Forfait (E*)	19 000	
Fermeture d'un défaut congénital (CIA, CIV, CA)	Forfait (E*)	70 000	
Pacemaker monochambre			
Sans appareillage	Forfait (E*)	10 000	
Avec appareillage	Forfait (E*)	26 500	
Pacemaker double chambre			
Sans appareillage	Forfait (E*)	10 000	
Avec appareillage	Forfait (E*)	40 000	
Intervention avec C.E.C : Une lésion			
Sans prothèse	Forfait (E*)	82 000	
Avec prothèse	Forfait (E*)	95 000	
Intervention avec C.E.C : Deux lésions			
Sans prothèse	Forfait (E*)	91 000	
Avec prothèse	Forfait (E*)	123 000	
Intervention avec C.E.C : Trois lésions			
Sans prothèse	Forfait (E*)	100 000	Avec double valves et anneaux.
Avec prothèse	Forfait (E*)	140 000	

* Accord préalable de la compagnie d'assurance est obligatoire

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Intervention sans C.E.C	(E*)		
Acte chirurgical	K _C	30	
Acte Anesthésie	K _{AREC}	30	
Bloc Opératoire avec consommables	K _C	25	
Pharmacie	K _C	Détail	
Séjour	Jour	400	
Bilan		1.5	
Radiologie	Z	11	
Réanimation (**)	Jour	1 800	<ul style="list-style-type: none"> - Ce forfait comprend la surveillance et/ou visites, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable. - Les honoraires des réanimateurs sont facturés en sus K30 si un seul réanimateur, K50 si deux réanimateurs présents en même temps. - Si intervention d'un infirmier anesthésiste, application de l'abattement prévu par la NGAP.
Soins intensifs (**)	Jour	1 000 + 2 Consul x (200)	Ce forfait comprend la surveillance, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable.

** Etablissements figurant sur la liste des cliniques qui ont réellement une salle de réanimation et des unités de soins intensifs conformes aux normes en vigueur.

* Accord préalable de la compagnie d'assurance est obligatoire

Grille Tarifaire N° 6 Actes de Neurochirurgie

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Acte chirurgical	K _C	30	
Acte Anesthésie	K _{AREC}	30	
Bloc Opérateur avec consommables	K _C	25	
Pharmacie	K _C	20	
Séjour	Jour	400	
Soins intensifs (**)	Jour	1 000 + 2 Consul x (200)	Ce forfait comprend la surveillance, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable.
Réanimation (**)	Jour	1 800	<ul style="list-style-type: none"> - Ce forfait comprend la surveillance et/ou visites, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable. - Les honoraires des réanimateurs sont facturés en sus K30 si un seul réanimateur, K50 si deux réanimateurs présent en même temps. - Si intervention d'un infirmier anesthésiste, application de l'abattement prévu par la NGAP.

Grille Tarifaire N° 7 Actes de Néonatalogie

Poste Médical	Lettre Clé	Tarif (Dh)	Conditions de prise en charge
Réanimation néonatale : Nouveau né intubé-ventilé	Forfait (E*)	1 800	
Soins intensifs (**)	Forfait (E*)	1 000 + 2 Consul x (200)	Ce forfait comprend la surveillance, les actes dont la cotation est inférieure ou égale à 6, AMI, perfusions, transfusion, repas, lingerie, blanchissage, éclairage, désinfection, les autres services, ainsi que le consommable.
Couveuses	Forfait (E*)	700	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autres cas pathologiques prouvés. 2. Honoraires compris.

** Etablissements figurant sur la liste des cliniques qui ont réellement une salle de réanimation et des unités de soins intensifs conformes aux normes en vigueur.

* Accord préalable de la compagnie d'assurance est obligatoire