

CONVENTION TIERS PAYANT

ENTRE

**LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE
SOCIALE**

ET

**LA FEDERATION MAROCAINE DES
SOCIETES D'ASSURANCES ET DE
REASSURANCE**

CONVENTION

ENTRE

LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE (CNSS) sise 649, Boulevard Mohamed V, Casablanca, ci-après dénommée CNSS, représentée par son Directeur Général Monsieur Said AHMIDOUCH;

ET

LA FEDERATION MAROCAINE DES SOCIETES D'ASSURANCES ET DE REASSURANCE sise 154, boulevard d'Anfa, CASABLANCA, ci-après dénommée FMSAR, représentée par son Président Monsieur Mohamed HASSAN BENSALAH.
Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

CHAPITRE PREMIER

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE PREMIER : DEFINITIONS

On entend par :

Compagnie d'assurances : Entreprise d'assurances membre de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance

Polyclinique : Unité Médicale de la CNSS

T N R : Tarif National de Référence conclu dans le cadre de conventions liants les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants des médecins et des établissements de soins du secteur libéral.

ARTICLE 2 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention, qui ne fait pas obstacle au principe du libre choix de l'assuré de l'établissement hospitalier, fixe :

- le tarif des actes médicaux applicables dans les Polycliniques de la CNSS
- les modalités et les conditions d'application de la pratique du « tiers payant » pour le règlement de tout ou partie des frais afférents à des hospitalisations dans l'une ou l'autre des polycliniques de la CNSS en faveur des bénéficiaires visés dans l'article 3.

ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

Bénéficient des présentes dispositions, dans la limite des garanties, des plafonds et des pourcentages prévus à leur contrat d'assurance, les assurés auprès des compagnies d'assurances membres de la FMSAR.

Ces personnes sont, ci-après, dénommées « bénéficiaires ».

Les Compagnies d'assurance membres de la FMSAR, s'engagent à faire bénéficier leurs assurés d'un système de tiers payant par lequel elles se substituent à eux, dans la limite des conditions contractuelles, pour le paiement des frais occasionnés à la suite d'une hospitalisation.

Les Polycliniques s'engagent à accepter, sans réserves, les assurés avec prise en charge des compagnies d'assurance membres de la FMSAR, pendant la durée de validité de la Convention.

ARTICLE 4 : RISQUES COUVERTS

Sous réserve du respect des dispositions relatives à l'admission, le bénéfice du tiers payant s'applique aux :

- frais des soins dispensés aux bénéficiaires pour maladie (dans le cadre des risques couverts par les compagnies d'assurances) ;

- frais des soins dispensés aux bénéficiaires à la suite d'un accident autre que l'accident du travail.

CHAPITRE II

MODALITES D'ADMISSION AU BENEFICE DU TIERS-PAYANT

ARTICLE 5 : N° D'IDENTIFICATION

Dans le cadre de la présente convention, il est attribué à chaque compagnie d'assurances membre de la FMSAR, un numéro d'identification (voir annexe 1) qui devra être porté sur tous les documents établis (prises en charge, factures et correspondances).

ARTICLE 6 : DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

La Polyclinique s'engage à établir et à remettre au bénéficiaire une demande de prise en charge dûment complétée et destinée à la compagnie d'assurances (selon modèle figurant en annexe 2).

En cas d'assurance groupe, l'employeur doit obligatoirement apposer son cachet sur la demande de prise en charge.

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 justifiant l'hospitalisation ;
- Le diagnostic justifiant l'intervention ordonnée avec ses antécédents et circonstances d'apparition ;
- La durée prévue de l'hospitalisation ;
- La nature exacte des actes et examens nécessaires avec leur cotation ;
- Tous les documents ayant servi de base au diagnostic : examens radiologiques, Echographies, bilans biologiques,...

ARTICLE 7 : HOSPITALISATION PROGRAMMEE

Dans le cas de l'hospitalisation programmée, la demande de prise en charge prévue à l'article 6 doit parvenir à la Compagnie d'assurances au moins trois jours ouvrables avant la date de l'hospitalisation.

Le bénéficiaire, au moment de son admission, doit présenter la prise en charge délivrée par sa compagnie d'assurances et sa carte d'identité nationale.

Chaque prise en charge doit comporter un numéro de référence et être dûment, datée, signée et cachetée par la compagnie d'assurances.

ARTICLE 8 : HOSPITALISATION NON PROGRAMMEE

Dans le cas d'hospitalisation en urgence, l'admission est effectuée sur présentation de la carte d'identité nationale et de tout autre document attestant sa qualité de bénéficiaire (carte d'adhérent, carte de travail, bulletin de paie, attestation de travail, etc..).

La demande de prise en charge telle que prévue à l'article 6 devra parvenir par quelque moyen que ce soit à la compagnie d'assurances le premier jour ouvrable suivant l'hospitalisation.

ARTICLE 9 : LA PRISE EN CHARGE

La compagnie d'assurances établit, sur la base du pli confidentiel et du devis, la prise en charge en deux exemplaires conformément à l'article 6 et précisant :

- Le taux de couverture.
- Le montant de la prise en charge détaillé ligne par ligne;
- La référence de la prise en charge ;
- Le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire.
- La nature du contrat liant la compagnie à l'employeur : classique ou type AMO

Les réserves de la compagnie d'assurances sur les PEC doivent être motivées.

Sauf cas exceptionnels, la compagnie d'assurances, devra communiquer par quelque moyen que ce soit, sa décision à la Polyclinique au plus tard dans les deux jours ouvrables qui suivent la date de réception de la demande de prise en charge.

ARTICLE 10 : MODIFICATION DE PRISE EN CHARGE

Pour des raisons médicales, et en cours d'hospitalisation, la polyclinique peut être amenée à modifier les termes de la prise en charge initiale telle qu'elle a été accordée par la compagnie d'assurance.

a) Si la modification apportée concerne une hausse de la cotation de l'acte chirurgicale ou le nombre de jours en réanimation, en médecine ou en soins intensifs, la polyclinique est tenue d'adresser une nouvelle demande de prise en charge avant la sortie du patient.

Cette nouvelle demande de prise en charge doit être établie dans les mêmes formes et conditions prévues à l'article 6 de la présente convention.

La prise en charge originale doit être retournée en même temps que la nouvelle demande.

b) Si la modification apportée concerne :

- Le sang et ses dérivés ;
- Les actes de radiologie et biologie liés à l'acte chirurgical ;
- Les produits pharmaceutiques ;

et si le différentiel en terme de coût n'excède pas 10% du montant de la prise en charge originale, sans pour autant dépasser le montant maximal de 1000 dhs, la demande d'annulation et de remplacement de la prise en charge originale peut être adressée à la compagnie d'assurance après la sortie du patient.

Dans ce cas, l'accord de la compagnie d'assurance est acquis, et aucun supplément n'est demandé au patient.

Dans les deux cas du présent article, la facture définitive adressée à la compagnie d'assurance devra obligatoirement correspondre au montant de la prise en charge.

ARTICLE 11 : TRANSFERTS DES PATIENTS

La prise en charge est valable pour la polyclinique nommément désignée. Si l'état d'un patient hospitalisé nécessite son transfert vers une autre polyclinique en vue d'y recevoir des soins appropriés, la compagnie d'assurances en sera informée par l'intermédiaire de la famille du patient ou de son employeur. Une nouvelle demande de prise en charge sera établie dans les mêmes conditions de fond et de forme que celles prévues par l'article 6 de la présente convention.

CHAPITRE III COTATION / TARIFICATION

ARTICLE 12 : LA COTATION

Les actes médicaux sont cotés d'après les nomenclatures des actes professionnels appliqués par arrêtés du Ministre de la Santé Publique en vigueur à la date des soins.

ARTICLE 13 : LA TARIFICATION

La facturation des soins médicaux (actes et produits) se fait selon le Tarif National de Référence adopté dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire et publié par arrêté du Ministre de la Santé.

ARTICLE 14 : TIERS PAYANT ET TICKET MODERATEUR

La compagnie d'assurances s'engage à rembourser les frais de soins couverts en sa qualité de tiers-payant, sur la base de la prise en charge établie et conformément au Tarif National de Référence cité à l'article 13, et figurant à l'annexe... jointe à la présente convention.

Le bénéficiaire est tenu de régler à la polyclinique la différence entre le montant pris en charge par la compagnie d'assurances et le montant global de la facture établie ainsi que les extra: accompagnant, téléphone, chambre individuelle, eau minérale, etc.

ARTICLE 15 : ACTES D'IMAGERIE ET DE SPECIALITES

Les actes de spécialité et d'imagerie sont facturés en sus du forfait d'hospitalisation en chirurgie, en réanimation, en médecine ou en maternité.

Ces actes seront réglés à la polyclinique, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale comportant le cachet et la signature du médecin traitant, et après accord de la Compagnie d'assurances.

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

ARTICLE 16 : PROTHESES ET IMPLANTS

La fourniture de tout matériel, d'implants, d'ostéosynthèse, de viscérosynthèse ou de prothèses utilisés, dans le cadre des soins dispensés à un patient couvert par un forfait couplé à la lettre-clé, sont facturés en sus de ce forfait, en tenant compte des informations communiquées par la compagnie d'assurances sur la

prise en charge (taux, montant, type de contrats, etc.) figurant sur la prise en charge.

C'est le cas également du sang, du plasma et de ses dérivés.

ARTICLE 17 : ACTES MULTIPLES

En cas d'interventions multiples au cours d'une même séance, la cotation des actes est effectuée suivant les règles édictées par la nomenclature générale des actes professionnels.

ARTICLE 18 : LES SOINS POST OPERATOIRES

Le forfait comprend en outre les frais des soins postopératoires durant une période de 20 jours qui suit le jour de l'opération. Les soins de pansement (hors grands brûlés qui sont facturés de manière détaillée) prodigués après cette période sont facturés forfaitairement à 60 DH la séance.

ARTICLE 19 : FORFAIT ACCOUCHEMENT

Le forfait accouchement concerne l'accouchement effectué en salle obstétricale. En cas d'accouchement avec pathologie associée, sont facturés en sus du forfait tous les frais liés à la pathologie sous forme de forfaits d'hospitalisation tels qu'ils sont prévus par le TNR.

ARTICLE 20 : REANIMATION

Il est établi, pour chaque malade ayant fait l'objet d'une réanimation, un compte-rendu qui est adressé au médecin conseil de la compagnie concernée. Ce compte rendu précise l'état de santé du patient lors de son admission et son évolution. Il doit être conservé secret entre les mains du médecin conseil.

ARTICLE 21 : SOINS INTENSIFS

En cas de soins intensifs et/ou de réanimation, la polyclinique doit aviser l'assureur dans un délai de 48 heures par quelque moyen que ce soit et dans tous les cas, avant la sortie du patient de ces unités de soins.

En cas d'envoi de l'avis d'admission en réanimation ou en soins intensifs après la sortie du patient des dites unités, et de refus de prise en charge par la compagnie d'assurance, le dossier de facturation est soumis à l'appréciation de la commission de suivi et d'arbitrage.

ARTICLE 22 : PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Les produits pharmaceutiques en médecine ou en réanimation, ou en chimiothérapie, sont facturés en tenant compte des informations communiquées par la compagnie d'assurances (taux, montant, type de contrats, etc.) figurant sur la prise en charge.

En dehors des actes forfaitisés, la pharmacie consommée est justifiée par les prospectus et le décompte pharmacie reprenant la consommation détaillée des produits pharmaceutiques.

CHAPITRE IV

FACTURATION ET REGLEMENT DES FACTURES

ARTICLE 23 : DOSSIER DE FACTURATION

La polyclinique concernée doit établir par bénéficiaire, un dossier de facturation comportant les documents suivants :

- L'originale de la prise en charge accompagnée de la photocopie de la carte
- d'identité ;
- La facture de la polyclinique précisant, le cas échéant, le détail des frais, *et*
- obligatoirement le ticket modérateur ;
- Le bulletin de sortie ;
- Un compte rendu de l'hospitalisation ;
- Les PPM et le décompte pharmacie ;
- les résultats de laboratoire et les comptes-rendus de radiologie, accompagnés
- des prescriptions médicales.

ARTICLE 24 : DELAI D'ENVOI DES FACTURES

Les factures sont établies au fur et à mesure de la sortie des bénéficiaires hospitalisés.

Les factures sont adressées à la compagnie d'assurances sous bordereau d'envoi avec accusé de réception ou en recommandé, au plus tard 45 jours, après la sortie du patient.

ARTICLE 25 : DELAI DE PAIEMENT

Les factures sont réglées par la compagnie d'assurances dans un délai de 45 jours, à compter de l'envoi du dossier complet, le cachet de la poste ou l'accusé de réception faisant foi.

Les règlements sont effectués par virement ou chèque bancaire au nom de la polyclinique qui a émis les factures.

Les virements doivent être faits dans les comptes bancaires dont les numéros de compte figurent dans l'annexe 4.

Les règlements sont adressés à ladite polyclinique, accompagnés d'un état qui rappelle impérativement par facture le numéro de la facture, le nom du bénéficiaire et le montant.

ARTICLE 26 : DELAI DE RELANCE DES FACTURES IMPAYEES

Les règlements dont les dossiers ne sont pas contestés et qui ne sont pas effectués dans le délai fixé à l'article 24 font l'objet d'un rappel pour paiement, sous huitaine, des sommes dues à la polyclinique concernée. A défaut de réponse de la compagnie d'assurances dans les délais impartis, la commission d'arbitrage sera saisie de ces dossiers.

ARTICLE 27 : RAPPROCHEMENT DES DONNEES.

Il sera procédé à un rapprochement périodique des données entre les compagnies d'assurances et les polycliniques de la CNSS selon un calendrier et une périodicité arrêtés d'un commun accord.

Ces rapprochements doivent donner lieu à des procès verbaux signés par les deux parties et être suivi des redressements comptables nécessaires.

Aucune réclamation ne peut être honorée si elle est présentée deux ans après la date d'envoi de la 1^{ère} facture.

ARTICLE 28 : REJETS

La compagnie d'assurances s'interdit tout paiement partiel. En cas de désaccord, la facture contestée, accompagnée d'une correspondance comportant les explications nécessaires, sera retournée à la polyclinique dans un délai maximum de 45 jours à compter de sa date de réception.

Passé ce délai, aucune contestation de facture ne sera acceptée.

Elle sera examinée entre la compagnie d'assurance et la polyclinique concernée aux fins de rectifications éventuelles et d'établissement, s'il y a lieu, d'une nouvelle facture dans un délai de 45 jours.

En cas de persistance du désaccord, les factures litigieuses seront soumises à l'arbitrage de la commission d'arbitrage prévue à l'article 30.

Les factures litigieuses ne sauraient constituer un motif de retard de règlement de celles acceptées, figurant sur un même bordereau d'envoi.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

ARTICLE 29 : CONTROLE ADMINISTRATIF ET MEDICAL

La compagnie d'assurances est habilitée à exercer dans les polycliniques de la CNSS son contrôle administratif sur l'identité des bénéficiaires de la prise en charge. En matière de soins, le contrôle médical est exercé par le médecin conseil ou contrôleur de la compagnie d'assurances en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin chef de service conformément aux règles de la déontologie médicale en vigueur.

ARTICLE 30 : COMMISSION DE PILOTAGE ET D'ARBITRAGE

Il est constitué une commission chargée:

- d'évaluer l'application de la présente convention;
- de suivre le fonctionnement du système du tiers-payant;
- de proposer aux parties signataires les modifications qui sont de nature à
- permettre une exécution efficiente de la convention;
- de statuer sur les désaccords concernant la facturation et la cotation des actes.

Cette commission est composée des représentants de la FMSAR et des représentants des polycliniques de la CNSS désignés par chaque partie. Cette commission se réunira trimestriellement alternativement aux sièges de la CNSS et de la FMSAR.

ARTICLE 31 : REGLEMENT DES DIFFERENDS

Tout différend entre les deux parties quant à l'application des dispositions de la présente convention fait l'objet d'une tentative de règlement à l'amiable entre elles. A défaut, le différend est soumis à une commission d'arbitrage paritaire saisie à la demande de la partie la plus diligente. Les décisions de cette commission sont sans appel.

ARTICLE 32 : ANNEXES

Sont annexés à la présente convention les documents nécessaires à son application et agréés d'un commun accord par les parties signataires :

- Le modèle de prise charge ;
- La liste des responsables des polycliniques de la C.N.S.S. (Annexe I).
- La liste des responsables départements " santé " des compagnies d'assurances (Annexe II).
- Le Tarif National de Référence.

ARTICLE 33 : PREAVIS

La présente convention annule et remplace celle du 26 mars 2003 et ses avenants. Elle prend effet le 1^{er} janvier 2009. Elle est conclue pour une durée d'une année, renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires, dans toutes ses composantes, sous réserve d'un préavis de trois mois donné par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Casablanca, le 25 novembre 2008 en double exemplaire chaque exemplaire faisant également foi.

Le Président de la Fédération
Marocaine des Sociétés
D'Assurances et de Réassurance

Le Directeur Général de la Caisse
Nationale de Sécurité Sociale

Mohamed HASSAN BENSALAH

Said AHMIDOUCH