

## TEXTES GENERAUX

**Décret n° 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.**

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment son livre premier ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 jourmada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

**Chapitre premier**

*Conditions et modalités de remboursement  
et de prise en charge des prestations garanties*

ARTICLE PREMIER. – Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base s'effectue, conformément aux dispositions de l'article 12 de la loi n° 65-00 susvisée, sur la base de la tarification nationale de référence et des taux de couverture des prestations médicales tels qu'ils sont fixés par décret pour chacun des organismes gestionnaires.

ART. 2. – En cas d'hospitalisation, les taux de couverture visés à l'article premier ci-dessus sont applicables à l'ensemble des prestations dispensées y compris celles rendues dans le cadre de l'hôpital de jour.

Les prestations pouvant être prises en charge dans le cadre de l'hôpital de jour sont fixées par arrêté du ministre de la santé.

ART. 3. – Le remboursement ou la prise en charge des soins liés à l'hospitalisation inclut le séjour hospitalier, les honoraires des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux, d'analyses de biologie médicale, de radiologie et d'imagerie médicale, des explorations fonctionnelles, d'odontologie, de rééducation fonctionnelle, de kinésithérapie ainsi que les médicaments, sur la base de la tarification nationale de référence.

ART. 4. – Sont inclus dans le remboursement ou la prise en charge au titre de l'hospitalisation, sur la base de la tarification nationale de référence pour les appareils de prothèse et d'orthèse, les dispositifs médicaux ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical, ou de la rémunération réglementaire pour les poches de sang humain et les dérivés sanguins labiles.

ART. 5. – Sont remboursés sous forme de forfait :

- la lunetterie médicale ;
- les appareils de prothèse et d'orthèse ;
- les dispositifs médicaux et implants ;
- l'orthodontie pour les enfants.

Les forfaits de remboursement sont fixés dans la tarification nationale de référence.

ART. 6. – Le remboursement du forfait de la lunetterie médicale s'effectue tous les deux ans à compter de la dernière prescription. Toutefois, ce délai est ramené à un an lorsqu'il s'agit d'enfants d'un âge inférieur ou égal à 12 ans.

Le renouvellement de la monture ou des verres perdus ou détériorés avant l'expiration de cette période ne donne lieu à aucun remboursement.

ART. 7. – La liste des appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ou à la prise en charge dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base ainsi que celle des dispositifs médicaux et implants sont définies par arrêté du ministre de la santé.

Cet arrêté fixe, également, la liste des appareils de prothèse et d'orthèse et les dispositifs médicaux et implants dont le remboursement ou la prise en charge est soumis à l'accord préalable de l'organisme gestionnaire.

Les forfaits couvrent les frais d'acquisition, d'installation, de location ou, le cas échéant, de réparation ou de renouvellement des appareils de prothèse, orthèse, dispositifs médicaux et implants. Ils comportent également le remboursement des systèmes d'attache et des autres accessoires nécessaires au fonctionnement des appareils.

Le bénéficiaire ne peut prétendre qu'à un seul appareil par handicap. Toutefois, les personnes victimes de mutilation ont droit, avant d'obtenir l'appareillage définitif, à un appareil provisoire, après avis du médecin contrôleur de l'organisme gestionnaire.

Le renouvellement d'un appareillage ne peut intervenir avant l'écoulement d'une période de deux ans. Il n'est accordé que si celui-ci est hors d'usage et est reconnu irréparable, ou si les modifications survenues dans l'état du bénéficiaire le justifient. Dans ce dernier cas, et lorsqu'il s'agit d'un enfant d'un âge inférieur ou égal à 18 ans, le renouvellement peut intervenir avant le délai de deux ans.

Le bénéficiaire est responsable de la garde et de l'entretien de son appareillage. Les conséquences de détérioration ou de perte, provoquées intentionnellement ou résultant d'une faute lourde, demeurent à sa charge.

ART. 8. – La liste des médicaments admis au remboursement est arrêtée, en fonction du service médical rendu, par le ministre de la santé. Elle est établie par dénomination commune internationale et classe thérapeutique avec la présentation et la forme.

Le remboursement de toute spécialité pharmaceutique s'effectue sur la base du prix public du médicament générique de la spécialité de référence, lorsqu'il existe, portant la même dénomination commune internationale.

Toutefois, lorsque le médicament admis au remboursement sert au traitement d'une maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, le bénéficiaire peut être totalement ou partiellement exonéré par l'organisme gestionnaire de la partie des frais à sa charge.

La liste des médicaments donnant droit à exonération totale ou partielle des frais restant à la charge du bénéficiaire est établie par arrêté du ministre de la santé.

Lorsqu'une molécule ne figurant pas dans la liste des médicaments admis au remboursement, est incluse dans un protocole validé dans le cadre d'un consensus thérapeutique faisant partie de la convention nationale, le remboursement s'effectue sur la base du prix public de ladite molécule.

ART. 9. – La liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération en vertu de l'article 9 de la loi n° 65-00 est fixée par arrêté du ministre de la santé.

Cette liste est arrêtée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

Toutefois, les maladies rares chroniques et/ou coûteuses ne figurant pas dans cette liste peuvent être prises en charge à titre exceptionnel par l'organisme gestionnaire sur proposition du contrôle médical et après avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

ART. 10. – L'exonération de la part restant à la charge de l'assuré est décidée, après étude du cas, par l'organisme gestionnaire concerné sur avis du contrôle médical par période de 6 mois renouvelable dans les mêmes conditions.

Le refus par l'organisme gestionnaire d'accorder ladite exonération doit être motivé et notifié au demandeur par lettre recommandée. Le demandeur peut contester cette décision auprès de l'Agence nationale de l'assurance maladie qui procède à son examen conformément aux dispositions de l'article 38 ci-dessous.

ART. 11. – Le remboursement des frais des prestations de soins est effectué au vu des pièces justificatives requises, dont une feuille de soins signée par le ou les praticiens. Il intervient, au plus tard, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de dépôt ou d'envoi du dossier attestant les frais engagés, sauf dans les cas litigieux.

Dans ces cas et lorsque le contrôle médical valide les prestations contestées, le remboursement doit intervenir au plus tard dans les trente (30) jours qui suivent.

ART. 12. – La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être adressées ou présentées à l'organisme gestionnaire concerné dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Sauf cas de force majeure, le défaut d'accomplissement des formalités prévues à l'alinéa précédent entraîne déchéance du droit au remboursement des prestations objet du dossier.

ART. 13. – L'état de grossesse, médicalement constaté doit être notifié à l'organisme gestionnaire au moins six (6) mois avant la date présumée de l'accouchement.

Le droit aux prestations couvre les complications éventuelles de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites.

ART. 14. – Les conditions et les épisodes de suivi médical de la grossesse et des suites de l'accouchement sont définis par arrêté du ministre de la santé.

ART. 15. – En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, les prestations d'assurance maladie sont servies à compter de la constatation médicale de l'état de santé de la bénéficiaire.

ART. 16. – Les organismes gestionnaires peuvent procéder au remboursement des soins dispensés en dehors du territoire national au bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire qui tombe inopinément malade au cours de son séjour à l'étranger. Ce remboursement s'effectue selon les mêmes taux et dans les mêmes conditions que si les soins étaient délivrés au Maroc.

Lorsque les soins médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire de base ne peuvent être dispensés au Maroc, celui-ci peut demander à l'organisme gestionnaire dont il est ressortissant l'accord préalable pour une prise en charge dans un établissement de soins étranger.

La liste des examens ou soins justifiant le transfert à l'étranger est fixée par le ministre de la santé.

L'accord préalable est accordé en priorité aux établissements de soins étrangers ayant conclu avec l'organisme gestionnaire une convention de soins qui définit notamment les conditions de prise en charge du bénéficiaire et les modalités de remboursement.

Le projet de convention est, préalablement à sa signature, soumis à l'avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

## Chapitre II

### *Les conditions de délivrance des soins aux bénéficiaires*

ART. 17. – Les soins dispensés aux bénéficiaires doivent être délivrés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur en la matière dans le respect des clauses des conventions nationales.

ART. 18. – Les consultations médicales et soins ambulatoires sont donnés au cabinet du praticien, sauf en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

ART. 19. – Toute prise en charge doit faire l'objet d'un accord préalable de l'organisme gestionnaire.

ART. 20. – La demande d'accord préalable doit être établie par le médecin traitant sous pli confidentiel et comporter les indications médicales suivantes :

1) l'objet de la prise en charge du patient, la nature de l'affection et le coefficient de l'acte professionnel conformément à la nomenclature en vigueur ;

2) la ou les spécialités concernées et, le cas échéant, la durée prévisible d'hospitalisation dans chaque discipline médicale ou chirurgicale ;

3) les analyses de biologie médicale, les examens de radiologie et d'imagerie médicale et les explorations fonctionnelles demandés et justifiés ;

4) le type de traitement préconisé pour le patient qu'il soit médical ou chirurgical.

ART. 21. – La délivrance des soins faisant l'objet d'une demande d'accord préalable ne peut commencer qu'à la suite de la réponse de l'organisme gestionnaire. Celle-ci doit intervenir au plus tard dans les 48 heures suivant le dépôt de la demande d'accord préalable.

Toutefois, en cas d'urgence, le malade est immédiatement admis par l'établissement et les soins lui sont délivrés ; la demande d'accord préalable devant parvenir sans délai à l'organisme gestionnaire.

ART. 22. – Pour le déboursement des frais des prestations délivrées dans le cadre du tiers payant, le prestataire de soins adresse à l'organisme gestionnaire, dès la sortie du patient et au plus tard dans un délai n'excédant pas trois mois un dossier comprenant notamment 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, s'il est distinct ;

- 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 conformément aux dispositions de la convention nationale ;
- la facture de l'établissement de soins précisant le détail des frais notamment les honoraires des praticiens, 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.

La signature de l'assuré ou de l'ayant droit, le cas échéant, atteste de la véracité des soins administrés et de la validité de la facture ;

- le cas échéant et sur demande écrite du médecin contrôleur, le compte rendu de l'hospitalisation transmis sous pli confidentiel.

Toute hospitalisation donne lieu à l'établissement d'une seule facture originale. Les copies ou duplicata doivent porter le cachet de l'établissement de soins.

ART. 23. – La non adhésion d'un prestataire de soins médicaux à la convention nationale peut constituer un des motifs de refus de la prise en charge par l'organisme gestionnaire.

ART. 24. – Pour chaque maladie ou accident, la constatation des soins reçus par les bénéficiaires s'effectue au moyen de feuilles de soins établies conformément au modèle défini dans le cadre de la convention nationale.

ART. 25. – La feuille de soins doit comporter les prescriptions du médecin traitant et faire apparaître, notamment :

- 1) l'identité de l'assuré ;
- 2) l'identité du malade, s'il est distinct de l'assuré ;
- 3) l'identification du praticien et, éventuellement, celle du professionnel paramédical, du pharmacien, du laboratoire d'analyses médicales, du cabinet de radiologie ou du fournisseur ;
- 4) la mention de l'accord préalable, si nécessaire ;
- 5) la mention de la délivrance de prescriptions particulières écrites s'il y a lieu ainsi que, le cas échéant, les actes effectués à ce titre ;
- 6) le montant des honoraires médicaux et des soins paramédicaux payés par l'assuré et, s'il y a lieu, le montant de la facture du pharmacien, du laboratoire ou du fournisseur ainsi que l'indication de leur acquit.

En outre, les prestations de soins doivent être mentionnées au jour le jour dans la limite de la prescription du médecin traitant. En aucun cas, le praticien ne peut refuser de remplir la feuille de soins pour le malade.

ART. 26. – Le ministre de la santé édicte, sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie, les mesures nécessaires au suivi médical des assurés notamment celles relatives à la mise en place du carnet de santé ou de tout autre support équivalent.

### Chapitre III

#### *Les modalités du conventionnement*

ART. 27. – Les négociations visant l'établissement des conventions nationales sont initiées et conduites par l'Agence nationale de l'assurance maladie dans les conditions fixées par les dispositions de la loi n° 65-00 précitée et selon les modalités du présent décret.

ART. 28. – Les négociations relatives à la conclusion des conventions nationales ne peuvent dépasser un délai maximum de 6 mois. A défaut d'accord dans ce délai, le ministre de la santé reconduit la convention nationale antérieure lorsqu'elle existe ou, à défaut, édicte des tarifs réglementaires après avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Les conventions nationales sont conclues pour une durée minimum de 3 ans. Elles sont approuvées par arrêté du ministre de la santé.

Le ministre de la santé fixe par arrêté les règles de facturation des prestations de soins sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

ART. 29. – Le ministre de la santé fixe par arrêté le cadre conventionnel type pour chaque convention nationale sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie et après avis des conseils nationaux des ordres professionnels concernés ou, à défaut, les organisations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives.

ART. 30. – Le non respect ou la violation des termes de la convention nationale est porté par l'organisme gestionnaire à la connaissance de l'Agence nationale de l'assurance maladie qui en informe l'ordre professionnel concerné. L'Agence peut, après avoir invité le praticien à fournir ses explications écrites à la commission spécialisée citée à l'alinéa ci-après, sur les griefs qui lui sont reprochés, le mettre hors convention pour une durée qui ne peut excéder un an. A l'expiration de cette durée, le praticien réintègre d'office la convention nationale.

La mise hors convention et la réintégration sont décidées par la commission spécialisée permanente créée à cet effet par le conseil d'administration de l'Agence et notifiées à l'intéressé par le directeur dudit établissement.

En cas de récurrence, la mise hors convention est prononcée d'office dans les mêmes formes.

ART. 31. – Tout désaccord dans l'application d'une ou de plusieurs clauses de la convention est soumis à l'avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

L'avis de l'Agence s'impose aux parties.

ART. 32. – Les clauses tarifaires de la convention nationale sont établies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels, à la nomenclature des actes de biologie médicale et à la nomenclature des actes paramédicaux en vigueur et des références médicales opposables établies sur la base des protocoles thérapeutiques, lorsqu'ils existent.

### Chapitre IV

#### *Conditions et modalités d'exercice du contrôle médical*

ART. 33. – Pour l'exercice du contrôle médical visé au chapitre trois de la loi n° 65-00, les organismes gestionnaires disposent d'un corps propre de médecins, pharmaciens et médecins dentistes contrôleurs. Ils peuvent faire appel par voie de convention à des praticiens et des pharmaciens à titre externe.

ART. 34. – Le contrôle médical peut s'effectuer, selon le cas, sur dossier, au lieu d'hospitalisation, par visite à domicile ou, exceptionnellement, par voie de convocation du bénéficiaire.

La visite de contrôle a lieu, de façon inopinée, à l'initiative du praticien.

Le praticien peut requérir ou procéder, à la charge de l'organisme gestionnaire, à tout examen ou contre expertise qu'il juge nécessaire. Il a libre accès au dossier médical et à tout renseignement ou document administratif d'ordre individuel ou général nécessaire à sa mission.

ART. 35. – L'organisme gestionnaire exerce un contrôle systématique sur dossier dans tous les cas de demande d'exonération de la part restant à la charge de l'assuré, ou de demande d'accord préalable pour la prise en charge dans le cadre du tiers payant.

ART. 36. – Le contrôle médical doit s'effectuer sans préjudice pour le délai de remboursement ou de prise en charge. En cas de litige, ce délai est prorogé de 30 jours francs.

ART. 37. – En cas de maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux supérieurs à six mois, l'organisme gestionnaire est habilité à faire procéder aux contrôles médicaux périodiques nécessaires à la poursuite de la prise en charge.

ART. 38. – Les contestations des décisions prises par l'organisme gestionnaire à la suite d'un contrôle médical sont portées devant l'Agence nationale d'assurance maladie qui fait procéder à sa charge à un nouvel examen par un praticien expert, dans les conditions prévues par l'article 30 de la loi n° 65-00 susvisée. Les conclusions de l'expert doivent être notifiées aux parties dans un délai qui ne peut excéder la durée prévue à l'article 36 ci-dessus.

ART. 39. – Conformément à l'article 43 de la loi n° 65-00 précitée, les organismes gestionnaires sont tenus de communiquer au ministère de la santé et à l'Agence nationale d'assurance maladie, à la fin du premier trimestre de chaque exercice, l'effectif des personnes assurées et leurs ayants droit, le bilan de la consommation médicale des bénéficiaires avec leur effectif pour l'exercice écoulé en terme des prestations délivrées et des flux financiers y afférents.

Ils sont également tenus de fournir au ministère de la santé les informations utiles à l'élaboration des comptes nationaux de la santé.

ART. 40. – Le contrôle technique visant le respect des dispositions de la loi n° 65-00, des textes pris pour son application et des clauses des conventions nationales par les parties aux dites conventions est effectué par des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens inspecteurs dûment mandatés à cet effet par le ministre de la santé parmi les fonctionnaires.

Ce contrôle s'effectue, soit sur pièces, soit sur place, à l'initiative du ministre de la santé ou à la demande de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Les praticiens chargés du contrôle technique sont également habilités à s'assurer de l'organisation d'un service de contrôle médical par les organismes gestionnaires et à vérifier que ledit contrôle s'exerce dans le respect des règles y afférentes.

Les organismes gestionnaires et les producteurs de soins sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de fournir aux praticiens chargés du contrôle, les documents et informations utiles au bon déroulement de leur mission.

ART. 41. – Le ministre de la santé, le ministre chargé de l'emploi et le ministre chargé des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

*Fait à Rabat, le 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005).*

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

*Le ministre des finances  
et de la privatisation,*

FATHALLAH OUALALOU.

*Le ministre de l'emploi  
et de la formation professionnelle,*

MUSTAPHA MANSOURI.

*Le ministre de la santé,*

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

**Décret n° 2-05-734 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005)  
fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de  
sécurité sociale au titre du régime de l'assurance  
maladie obligatoire de base.**

LE PREMIER MINISTRE.

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 46, 47, 48, 106, 107 et 148 ;

Vu le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15 jourmada II 1392 (27 juillet 1972) relatif au régime de sécurité sociale, tel qu'il a été modifié et complété ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 jourmada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Le taux de la cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base est fixé, en ce qui concerne les salariés du secteur privé, à 4 % de l'ensemble des rémunérations visées à l'article 19 du dahir portant loi n° 1-72-184 susvisé, réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Le taux de cotisation fixé à l'alinéa précédent est majoré de 1% de l'ensemble de la rémunération brute mensuelle du salarié. Cette majoration, due par l'ensemble des employeurs assujettis au régime de sécurité sociale, est à leur charge exclusive.

ART. 2. – Le taux de la cotisation due par les marins pêcheurs à la part est fixé à :

- 1,2% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché sur les chalutiers ;
- 1,5% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché sur les sardiniers et les palangriers.

ART. 3. – Le taux de la cotisation due par les titulaires de pensions est fixé à 4% sur le montant global des pensions de base servies à condition que ce montant soit égal ou supérieur à 910,00 DH par mois dans le secteur de l'agriculture et à 1.289,00 DH par mois dans les autres secteurs.