

31/10/2022

REGLEMENT INTERIEUR DE LA
CAISSE MUTUELLE DE
SECURITE SOCIALE

TABLE DES MATIERES

ARTICLE I : BUTS DE L'ASSOCIATION: -----	4
ARTICLE II : ADMISSIONS: -----	4
1) Admission à la CMSS des agents statutaires, temporaires et retraités :	4
2) Conditions d'affiliation :	5
3) Conservation de la qualité de Mutualiste :	5
4) Remariage d'un Mutualiste retraité :.....	5
5) Enfants célibataires non salariés atteint d'une maladie ALD ou ALC :	6
6) Enfants à charge de femmes agents :.....	6
7) Adhésion d'un retraité suite à départ volontaire :	6
8) Adhésion d'un retraité suite à mise à la réforme ou retraite anticipée :.....	6
9) Adhésion des enfants adoptifs (Kafala) :.....	6
10) Adhésion des enfants inadaptés :	7
11) Dossier Médical à l'adhésion :	7
ARTICLE III : RADIATION -----	8
ARTICLE IV : COTISATIONS A LA CMSS -----	8
ARTICLE V : RECETTES DE LA CMSS -----	8
ARTICLE VI : DEPENSES DE LA CMSS -----	9
ARTICLE VII : PANIER DE SOINS -----	9
1) Consultations et visites médicales (lettres clé C et V):.....	9
2) Produits pharmaceutiques:.....	10
3) Biologie et anatomopathologie (lettre clé B):	10
4) Radiologie et actes d'exploration (lettre clé R ,RZ ou RK):.....	11
5) Actes paramédicaux:	11
6) Dossier ALD / ALC:	11
7) Rééducation fonctionnelle et physiothérapie:	12

8) Hospitalisations chirurgicales et médicales (lettre clé Kc) :	12
9) Frais de transport par Ambulance :	13
10) Dentaire (lettre clé D):	13
11) Orthodontie*:	14
12) Optique:	15
13) Dialyse:	15
14) Soins à l'étranger:	15
15) Cardiologie:	16
16) Oncologie:	16
17) Accouchements:	19
18) Allocations décès:	19
19) Hépatite:	20
20) Orthèses et prothèses:	20
21) Cataracte, Implants et Injections:	21
22) Retard de croissance:	21
23) Frais de scolarité des enfants inadaptés:	22
24) Vaccins:	22
25) Hémophilie:	22
26) Actes spéciaux:	23
27) Dossiers de remboursement libre choix:	23
28) Remboursement complémentaire :	24
29) Bordereaux des Conventionnés du tiers payant :	25
ARTICLE VIII DISPOSITIONS DIVERSES -----	25
ARTICLE IX MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR -----	26

REGLEMENT INTERIEUR DE LA CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

ARTICLE I : BUTS DE L'ASSOCIATION:

- 1) L'Association a pour but d'assurer le remboursement des prestations médicales et pharmaceutiques ainsi que l'entraide de ses membres à l'occasion :
 - a) Des maladies dont ils peuvent être atteints.
 - b) Des accidents dont ils peuvent être victimes en dehors de leur travail et qui ne sont pas couverts par une assurance.
 - c) Des décès qui pourraient survenir parmi les membres de leur famille affiliés à l'Association.

A cet effet, les adhérents de l'Association, ayant qualité de Mutualiste, bénéficient de prestations médicales et pharmaceutiques ou d'indemnités dans les conditions et limites fixées par ce règlement intérieur.

- 2) Les conditions à satisfaire pour avoir la qualité de Mutualiste, sont fixées au paragraphe 2 de l'article II ci-après.

ARTICLE II : ADMISSIONS:

1) Admission à la CMSS des agents statutaires, temporaires et retraités :

Les agents statutaires et retraités des Sociétés et Régies Autonomes de Distribution d'Eau et d'Electricité au Maroc devront obligatoirement s'affilier à l'Association, au titre de Mutualiste ouvrant droit en application du paragraphe 1^{er} de l'Article 26 du Statut du Personnel.

Sont aussi affiliés au titre de Mutualiste ouvrant droit et bénéficiant seulement du remboursement dans le cadre du libre choix avec toutefois la possibilité d'une prise en charge en cas d'hospitalisation, les agents temporaires en activité des Sociétés et Régies Autonomes de Distribution d'Eau et d'Electricité au Maroc en application de la note de la Direction des Régies et services concédés du 08 juin 2006.

Toute personne satisfaisante aux conditions ci-dessus sera désignée dans les présents par la dénomination « Mutualiste »

Font partie obligatoirement de l'Association au titre d'ayants droit:

- a) La femme légitime du Mutualiste. A condition d'être ni salariée, ni exerce une profession libérale et sous réserve de la présentation d'une attestation du revenu globale annuelle (DGI) et une attestation de non emploi (décision à partir de janvier 2020)
- b) Les enfants légitimes, adoptés conformément aux conditions du paragraphe 09 du présent règlement, célibataires âgés de moins de 21 ans ou moins de 25 ans à condition qu'ils poursuivent leurs études supérieures à l'université publique marocaine ou à une Ecole nationale supérieure étatique marocaine et, sans condition d'âge s'ils sont atteints d'une infirmité permanente les mettant dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins satisfaisant les conditions du paragraphe 10 du présent règlement.

c) Les agents contractuels si leur contrat de travail le prévoit.

2) Conditions d'affiliation :

Pour être affilié à l'Association, il faut remplir les conditions suivantes :

- a) Satisfaire aux conditions d'admission fixées au paragraphe 1^{er} du présent article.
- b) Avoir acquitté son droit d'entrée (3 cotisations mensuelles).
- c) Après engagement de l'employeur à régler mensuellement les cotisations patronales correspondantes
- d) Continuer à s'acquitter de sa cotisation mensuelle.
- e) Prendre l'engagement de se conformer au présent règlement et d'acquitter régulièrement ses cotisations.
- f) Remplir et signer les formulaires CMSS
- g) Les conditions **a, b, c, d et f** du paragraphe 2 du présent article doivent être remplies par chaque mutualiste, aux noms, lieu et place de chacun des membres de sa famille.

3) Conservation de la qualité de Mutualiste :

Peuvent conserver leur qualité de Mutualiste ayant droit sur leur demande et sous réserve du règlement des cotisations mensuelles :

- a) La femme légitime non salariée, n'exerçant aucune profession libérale et les enfants célibataires âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études supérieures à l'université publique marocaine ou à une Ecole nationale supérieure étatique marocaine d'un Mutualiste appelé à effectuer son service militaire ou en cas de mobilisation.
- b) La veuve d'un Mutualiste, non salariée, non remariée, titulaire d'une pension de réversion et ses enfants célibataires âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études supérieures à l'université publique marocaine ou à une Ecole nationale supérieure étatique marocaine.
- c) Les enfants tuteurs titulaires d'une pension de réversion âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études supérieures à l'université publique marocaine ou à une Ecole nationale supérieure étatique marocaine.

4) Remariage d'un Mutualiste retraité :

Le remariage du Mutualiste retraité bénéficiant d'une pension ouvre droit à son épouse (non salariée) dans le cadre du libre choix.

Cependant si le régime de la retraite est le RCAR l'adhésion de son épouse n'est définitive que si :

- a) La durée du mariage dépasse 5 ans (article 28 du dahir 1-77-216 du 04/10/1977 créant le RCAR).

Ou

- b) Si l'épouse donne naissance à un enfant vivant même si le mariage n'atteint pas cinq ans.

5) Enfants célibataires non salariés atteints d'une maladie ALD ou ALC :

Les enfants célibataires non salariés, n'exerçant aucune profession libérale atteints de l'une des maladies suivantes (Oncologie – Hépatite – Insuffisance rénale chronique – Hémophilie – Chron RCH) peuvent conserver leur qualité de Mutualiste ayant droit jusqu'à l'âge de 25 ans sans conditions de justification de poursuite des études scolaires, avec une actualisation annuelle du dossier de bénéficiaire et une présentation (d'une attestation de célibat, d'attestation de revenu globale, d'une attestation de non emploi).

6) Enfants à charge de femmes agents :

Les enfants à charge des femmes agents mutualistes ouvrant droit peuvent être affiliés provisoirement à l'association si l'époux père des enfants à charge de la femme agent est momentanément au chômage justifié (sous réserve de la présentation du revenu globale annuel) et par conséquent ne bénéficie d'aucune couverture médicale.

Pour maintenir l'affiliation provisoire des enfants à charge des femmes agents les documents justifiant la situation de l'époux doivent être fournis annuellement.

7) Adhésion d'un retraité suite à départ volontaire :

Les agents Mutualistes mis à la retraite suite à un départ volontaire peuvent récupérer leur qualité de Mutualiste à condition de :

- a) Règlement des contributions patronales par les Régies et sociétés concédées, sur la base de la dernière cotisation salariale et ce jusqu'à perception de leurs pensions.
- b) L'engagement des Régies et sociétés concédées de continuer à régler les contributions patronales.
- c) Règlement des cotisations salariales mensuelles dès la 1^{ère} pension sur la base de la dernière cotisation salariale.

8) Adhésion d'un retraité suite à mise à la réforme ou retraite anticipée :

Les agents Mutualistes mis à la réforme ou à la retraite anticipée peuvent conserver leur qualité de Mutualiste suite à leur demande sous condition de règlement mensuel par leurs soins des cotisations salariales et par les Régies et sociétés concédées les contributions patronales sur la base de la dernière cotisation mutuelle mensuelle acquittée.

9) Adhésion des enfants adoptifs (Kafala) :

Les couples stériles peuvent ouvrir droit à un enfant adoptif.

Un dossier juridique complet doit être joint à la demande du mutualiste et soumis à l'approbation de la commission technique de la CMSS et à l'accord du Président (voir en Annexe N° 1 les documents à fournir).

Le titre d'ayant droit pour les enfants adoptifs avec ajout **provisoire** sur la carte d'adhésion ne peut être acquis que si cet enfant (makfoul) porte le même nom de famille que le mutualiste.

Dans le cas contraire, cet enfant bénéficiera des prestations médicales et pharmaceutiques garanties par la CMSS dans le cadre du libre choix.

Les prestations garanties sont ceux alloués à l'ensemble des enfants légitimes, célibataires âgés de moins de 21 ans ou moins de 25 ans à condition qu'ils poursuivent leurs études supérieures à l'université publique marocaine ou à une Ecole nationale supérieure étatique marocaine.

Toutefois un enfant atteint d'une infirmité permanente le mettant dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins ne peut prétendre au statut d'enfant adoptif (makfoul) reconnu.

De même la couverture médicale ne peut être assurée que si le père (kafil) ou son épouse sont en vie conformément au droit marocain qui ne garantit pas tous les effets de la filiation et le droit à l'héritage.

La reconnaissance des directions des Régies et Sociétés Concédés et des Caisses de retraite par l'octroi des allocations familiales et leurs implications morales sont nécessaires.

Vu le caractère exceptionnel de cet avantage les femmes agents mariées ou célibataires ne sont pas concernées.

10) Adhésion des enfants inadaptés :

L'adhésion à la CMSS des enfants inadaptés (handicap moteur majeur ou psychique congénitale majeur) atteints d'une infirmité **permanente** les mettant dans **l'impossibilité** de subvenir à leurs besoins quotidiens, est garantie à vie sans condition d'âge sur présentation d'un dossier médical complet. (Voir en Annexe N°2 les documents à fournir).

On entend par handicap toute limitation majeure d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant.

La reconnaissance du handicap doit être confiée à des commissions, qui s'appuient sur des équipes techniques pluridisciplinaires (médecins, éducateurs spécialisés, psychologues, assistants sociaux) qui analysent chaque cas afin d'éclairer leur décision.

L'évaluation du handicap se fait sur proposition de ces équipes techniques à partir du guide barème de l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Pour maintenir l'affiliation de ces enfants les documents justifiant le non emploi et le célibat doivent être fournis annuellement ainsi que l'attestation de scolarité du dernier année scolaire si le cas.

11) Dossier Médical à l'adhésion :

Tout nouvel adhérent devra présenter dès son adhésion un dossier médical complet, comprenant analyses biologiques, explorations radiologiques, certificat médical, justificatifs en cas de maladies chroniques, relatif à tous ses bénéficiaires.

Toute fausse déclaration relative au dossier d'adhésion initiale engendrant des frais de soins sera sous la responsabilité et à la charge de l'adhérent.

ARTICLE III : RADIATION

La qualité de mutualiste se perd :

- a) Par la radiation, dès que les conditions fixées au paragraphe 2 de l'article II ci-dessus, cessent d'être satisfaites.
- b) Par la radiation temporaire, lorsqu'un mutualiste est appelé pour effectuer son service militaire ou en cas de mobilisation.
- c) Par l'exclusion, pour faute grave, prononcée par le conseil d'administration de la CMSS, le Mutualiste ayant eu la possibilité de présenter sa défense devant les membres du conseil d'administration.

La radiation définitive ou l'exclusion d'un Mutualiste ne lui donne droit à aucun remboursement et entraîne dans tous les cas, la radiation de ses ayants droit.

ARTICLE IV : COTISATIONS A LA CMSS

A compter du 1^{er} janvier 1997, les cotisations CMSS pour le personnel en activité, en inactivité et HC des régies et sociétés concédées de distribution d'eau et d'électricité au Maroc sont fixées comme suit :

- a) **3.33 %** pour la part salariale plafonnée à l'assiette du salaire d'un agent classé à la catégorie **14-19-03**.
- b) **6.66 %** pour la contribution patronale, soit le double de la cotisation salariale.

La part salariale et la contribution patronale sont calculées sur les éléments suivants :

- 1) Salaire de base
 - 2) Majoration de salaire de base
 - 3) Indemnité résidentielle
 - 4) Prime d'encouragement
 - 5) Prime de fonction ou spéciale
 - 6) Supplément de prime
 - 7) Prime de productivité
 - 8) Allocations familiales
 - 9) Gratification de décembre au coefficient « K=1 »
 - 10) Gratification spéciale de juin coefficient « K=1 »
- c) La part salariale minimale pour **les agents temporaires** est calculée sur la base du salaire d'un agent classé à la catégorie **02-03-01**.

ARTICLE V : RECETTES DE LA CMSS

- 1) Cotisation CMSS Agents: **3,33 %** des éléments fixes de l'assiette
- 2) Contribution patronale: **6,66 %** des éléments fixes de l'assiette
- 3) Cotisation conjoint salarié: **2/3 de 50.00dh**

- 4) Récupération des retenues sur prise en charge : **(80 %)**
- 5) Récupération de la quote-part des frais de personnel des agents de la CMSS

ARTICLE VI : DEPENSES DE LA CMSS

- 1) **80 %** des prestations médicales (tiers payant ou libre choix) calculées sur la base de la tarification de responsabilité de la CMSS, la tarification conventionnelle ou la tarification nationale de référence T.N.R.
- 2) **100 %** des frais de personnel de la CMSS
- 3) **80%** des Allocations de décès qui s'élèvent pour :
 - a) L'agent à **7000,00 dh** si son âge dépasse 70 ans,
 - b) Le Conjoint à **5000,00 dh**,
 - c) L'enfant à **3000,00 dh**
- 4) **100 %** des frais de gestion.

ARTICLE VII : PANIER DE SOINS

La CMSS ne prend pas en charge les fortifiants, les cosmétiques, le consommable et les produits paramédicaux ainsi que les soins relevant de l'esthétique, des blessures et maladies dont les victimes sont indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la législation des accidents de travail ou de la voie publique, des maladies professionnelles, de l'addictologie, ou des hospitalisations suite à des maladies psychiatriques ou des tentatives de suicide.

Les frais des soins réalisés aux urgences feront l'objet de remboursement dans le cadre du libre choix.

Les frais relatifs aux soins effectués chez les prestataires conventionnés ou autres feront l'objet d'un remboursement soit dans le cadre du tiers payant soit dans le cadre de remboursement libre choix sur la base de **80%** de la tarification de responsabilité de la CMSS comme précisés pour chaque type de soins ci-après :

1) Consultations et visites médicales (lettres clé C et V):

Seuls les actes médicaux effectués par des Médecins agréés par le Ministère de la santé inscrits à l'ordre des Médecins, donnent lieu au remboursement selon la tarification de responsabilité de la CMSS comme suit :

- a) Consultation **médecin spécialiste** (sauf cardiologues) : **54.00dh**
- b) Consultation **médecin généraliste** : **33.00dh**
- c) Consultation **médecin professeur**: **60.00dh**
- d) Consultation **médecin cardiologue avec ECG**: **144.00dh** (1fois par trimestre)
- e) Consultation **médecin cardiologue sans ECG**: **54.00dh**
- f) Consultation **médecin psychiatre** : **135.00dh**

Dans le cas de tiers payant un ticket modérateur éventuel est à régler par les mutualistes.

2) Produits pharmaceutiques:

Les produits pharmaceutiques ne sont pris en charge dans le cadre du tiers payant que sur prescriptions médicales par des Médecins spécialistes agréés par le Ministère de la santé et inscrits à l'ordre des Médecins en respectant la prescription des médicaments en rapport avec leur spécialité et figurant sur la liste des médicaments remboursables par la CMSS en vigueur.

Les produits remboursables font l'objet d'un Guide référentiel de prescriptions constamment mis à jour par le comité médical de la CMSS.

Les ordonnances émanant des médecins généralistes ainsi que certains médicaments font l'objet d'un dossier de remboursement selon la liste des médicaments remboursables par la CMSS en vigueur.

Cependant d'autres produits peuvent être ajoutés à ce guide chaque fois que c'est nécessaire suivant les dispositions internes de la CMSS et en commun accord avec ses médecins conseils et validation de son conseil d'administration.

L'adhérent est tenu de ramener une note confidentielle précisant la nature de la maladie ainsi que les justificatifs paramédicaux précisant l'indication de certains médicaments pris en charge ou remboursés par la CMSS des régions à condition qu'ils soient justifiés par la note confidentielle approuvée par le comité médical de la CMSS.

La liste des médicaments remboursables est régulièrement mise à jour.

NB1 : Toute ordonnance prescrite par un médecin généraliste y compris toutes les prestations (analyses et radios) fait l'objet d'un remboursement par la CMSS selon la liste des médicaments remboursables par la CMSS en vigueur.

NB2 : L'ordonnance ne doit pas dépasser 3 jours, le cas échéant elle fait l'objet d'un dossier de remboursement.

NB3 : En cas de changement des protocoles thérapeutiques après avoir pris en charge une ordonnance initiale de la même spécialité par le même médecin traitant ou en cas de changement de médecin avant la fin du traitement délivré la nouvelle ordonnance fait l'objet d'un dossier de remboursement.

NB4 : L'INPE (Identifiant National du Praticien et des Etablissements) est obligatoire.

3) Biologie et anatomopathologie (lettre clé B):

Les prestations de biologie médicale et anatomopathologie sont prises en charge par la CMSS des régions dans le cadre de tiers payant qui sont prescrites par des médecins spécialistes en respectant la liste des analyses en rapport avec leur spécialité, dans le cas échéant ils feront l'objet d'un dossier de remboursement en respectant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par la CMSS des régions en vigueur avec le

B= 1.00dh et **P=1.00dh**

Les bilans d'oncogénétiques faits dans le cadre thérapeutique sont remboursés à la base de B=1200.00 par mutations au même chromosome avec un plafond de 5 chromosomes (6000.00 dh).

NB : Les bilans biologiques faits dans le cadre du dépistage ne sont pas pris en charge par la CMSS des régions.

4) Radiologie et actes d'exploration (lettre clé R ,RZ ou RK):

Les examens de radiologie ne sont remboursés ou pris en charge dans le cadre du tiers payant que sur prescriptions médicales par des Médecins spécialistes agréés par le Ministère de la santé inscrits à l'ordre des Médecins et à condition qu'ils soient effectués par un Médecin Radiologue ou un médecin spécialiste habilité en la matière.

Les produits de contraste ne sont pas pris en charge par la CMSS.

La cotation correspondante à l'acte respectera la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par la CMSS selon la base de remboursement CMSS en vigueur .La prise en charge de ces examens est de :

- Actes de Radiologie courante ou spéciale **R ou RZ = 6.00dh.**
- Scanner = **900.00dh.**
- Echographie = **200.00dh.**
- Echographie obstétricale = **200.00dh** (1 fois par trimestre).
- Actes d'exploration **RK =13.00dh.**

NB : Les bilans radiologiques et toute exploration médicale faits dans le cadre du dépistage ne sont pas pris en charge par la CMSS.

-A partir de 31/03/2022, le remboursement par la CMSS de l'IRM cardiaque est de 3500.00dh.

5) Actes paramédicaux:

Les frais d'injection et de pansement ne sont remboursés que sur prescription médicale par des Médecins agréés par le Ministre de la santé et inscrits à l'ordre des Médecins, et à condition d'être effectués :

- Par des infirmiers ou infirmières agréés par le Ministre de la santé.
- Par des adjoints de santé exerçant sous la responsabilité d'un Médecin pour les centres isolés.
- Par des infirmiers ou infirmières du croissant rouge.

Les prix servant de base pour le calcul des remboursements des injections sont :

- IM= **26.00dh.**
- IM à domicile=**65.00dh.**
- IV=**13.00dh.**
- IV à domicile =**52.00dh.**

La cotation pour les actes médicaux et les explorations correspondante à KM=13.00 dh et KC=80.00 (A partir du 31 mars 2022).

6) Dossier ALD / ALC:

Les affections de longue durée ou coûteuses telles que prévues dans la liste des ALD de la CMSS sont prises en charge par la CMSS à 100% sur la base de la tarification CMSS .(VOIR ANNEXE N°3)

Le dossier ALD (Réf : PR/CMSS/N°001-2017) doit être soumis par la suite au comité médical de la CMSS pour la validation au nom de la prise en charge du malade assujéti au remboursement ou à la prise en charge dans le cadre du tiers payant doit comprendre :

- Fiche de renseignement à remplir.
- La note confidentielle définissant la nature de la maladie.
- Les analyses ou les examens radiologiques justifiant la chronicité.
- La durée du traitement.
- L'ordonnance du traitement délivrée trimestriellement par le médecin spécialiste.

Après accord préalable de la CMSS, le suivi de la livraison des produits pharmaceutiques, peut être assuré par le pharmacien conventionné sur la base de la liste des médicaments remboursables par la CMSS en vigueur.

Tout changement de traitement doit faire l'objet d'un accord du comité médical de la CMSS.

Toute fois la CMSS préconise la prescription des médicaments génériques.

NB : En cas de non utilisation des médicaments, l'adhérent s'engage à les retourner au siège de la CMSS.

*La CMSS des régions ne prend pas en charge que les médicaments prescrits par un médecin spécialiste sur la base de la liste des médicaments remboursables en vigueur à condition que les médicaments correspondent à la spécialité du médecin traitant.

7) Rééducation fonctionnelle et physiothérapie:

Les soins de rééducation fonctionnelle et physiothérapie doivent être effectués par un Kinésithérapeute sur prescription médicale par des Médecins spécialistes agréés par le Ministère de la santé et inscrits à l'ordre des Médecins.

La prise en charge de ces soins est de **50,00dh** par séance. Le nombre de séances étant déterminé par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par la CMSS.

Cependant la prise en charge des soins de rééducation spéciale fonctionnelle et physiothérapie pour les enfants inadaptés effectués au cabinet ou à domicile est plafonnée à **100,00dh/séance**.

8) Hospitalisations chirurgicales et médicales (lettre clé Kc) :

Toutes les hospitalisations chirurgicales et médicales nécessitent l'accord préalable de la CMSS, sauf cas d'urgence dont la régularisation doit être faite au plus tard dans les 2 jours ouvrables qui suivent l'hospitalisation avec une attestation du médecin traitant justifiant l'urgence.

Le remboursement, en cas de libre choix ou de prise en charge dans le cadre du tiers payant pour les dossiers médicaux relatifs à la chirurgie et l'hospitalisation, se fait sur la base de la tarification nationale de référence (T.N.R) sous forme de :

*Forfaits correspondant à la cotation de l'acte définie dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par la CMSS.

*Facturation détaillée à l'acte (voir tableau en Annexe N°4).

Les factures d'hospitalisation médicales ou de chirurgie objet de remboursement dans le cadre du libre choix doivent être uniques et englobent les forfaits T.N.R ainsi que les honoraires.

Voir en Annexe N°4 forfaits de la tarification nationale de référence T.N.R

9) Frais de transport par Ambulance :

Les frais de transport par ambulance sont pris en charge lorsqu'ils sont justifiés par un Médecin agréé par le Ministère de la santé et inscrits à l'ordre des Médecins.

La base de remboursement est la suivante :

- a) Transport : cas de maladies
- **3,20dh** par kilomètre en extra muros (aller et retour)
 - **170.00dh** en intra muros.

Sont remboursés en sus en cas de transport médicalisé:

- L'assistance du médecin **K45*13,00 dh** Ou assistance paramédicale **K10*9.00 dh**
- Les frais d'oxygène s'il y a lieu sont plafonnés à **500,00dh**.

- b) Transport : cas de décès
- **3,20dh** par kilomètre en extra muros (aller et retour)
 - P.C = **50.00dh**
 - Formalités = **100.00dh**
 - Cercueil + accessoires = **650.00dh**

Le transport en cas de décès en intra muros est remboursé au forfait à **300.00dh**.

Voir en Annexe N°5 tableau des forfaits de transport par ambulance départ de Casablanca.

10) Dentaire (lettre clé D):

a) Soins dentaires*:

Tous les actes sont remboursés ou pris en charge dans le cadre du tiers payant quand ils sont dispensés par un stomatologue ou par un chirurgien dentiste, conformément à la tarification de responsabilité en vigueur de la CMSS aux conditions fixées par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par La CMSS.

Le coefficient de l'acte est le même lorsqu'il est accompli par l'un ou l'autre praticien.

La valeur du D est de **7.00Dh**

b) Prothèses dentaires*

Les prothèses dentaires sont remboursées ou pris en charge dans le cadre du tiers payant quand elles sont dispensées par un chirurgien dentiste, conformément à la tarification de responsabilité en vigueur de la CMSS aux conditions fixées par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par La CMSS.

Pour les prothèses **mobiles**, la valeur du D est de **7.00Dh** avec une **fréquence de 5 ans**.

Pour les prothèses **fixes** la valeur du D est de **10.00 Dh**, sur la base de **50%** de la cotation fixée par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels adoptée par la CMSS avec une **fréquence de 10 ans** et un plafond maximum de **5 CCM par année glissante et par bénéficiaire (CCM=900.00 Dh)**.

*Sous réserve de l'accord préalable du médecin dentiste de la CMSS

c) Implants dentaires *

Les implants dentaires peuvent être remboursés dans le cas d'impossibilité de réaliser des prothèses conventionnelles, de résorption de la crête alvéolaire, d'intolérance à la résine et de séquelles de traumatisme. Un compte rendu clinique de l'implantologue est exigé justifiant la nécessité de ce genre de chirurgie. La base de la prise en charge ou du remboursement est détaillée ci après :

UNE DENT		
ACTE	MONTANT	FREQUENCE
Kc 100	900.00	10 ANS
Kc 100/2	450.00	
Ka 30	270.00	
Ff.PH	250.00	
Ff.Para	150.00	
Ff.Impl	500.00	
T.G	2520.00	

Le remboursement, en cas de libre choix ou de prise en charge dans le cadre du tiers payant est plafonné à 2 dents /ansous réserve de l'accord préalable du médecin dentiste de la CMSS.

Les implants faits dans le cadre d'esthétique ne sont pas remboursables par la CMSS.

NB1 : L'adhérent a le droit de 2 implants définitifs au maximum par an et tous les 2 an.

NB2 : Si l'adhérent bénéficie d'un implant, il a droit en plus de 2 CCM.

NB3 : Si l'adhérent bénéficie de 2 implants, il n'a pas droit de bénéficier d'aucun CCM.

11) Orthodontie*:

Les actes d'orthodontie sont remboursés ou pris en charge dans le cadre du tiers payant uniquement pour les enfants âgés de moins de 18 ans quand ils sont dispensés par un médecin spécialiste en orthodontie conformément à la tarification de responsabilité en vigueur de la CMSS comme suit :

- Pour le bilan D 50x7.00dh = **350,00 dh.**
- Quand au traitement de l'ODF il est plafonné à **6 semestres** à raison de **900.00** par semestre.
-

*Sous réserve d'accord du dentiste conseil de la CMSS

12) Optique:

A défaut d'une nomenclature nationale, la base de la facturation pour les frais optiques est la nomenclature conventionnelle. Le remboursement ou la prise en charge dans le cadre du tiers payant se fait sur prescription médicale d'un médecin ophtalmologue.

Les verres normaux blancs sont la base du remboursement. La teinte, les antireflets et les verres esthétiques ne donnent lieu à aucun remboursement.

En cas de nécessité de verres pour les visions de loin et de près, la CMSS rembourse deux paires de lunettes verres normaux blancs avec deux montures ou une paire de lunettes double foyer avec une monture.

- Pour la **monture** un forfait de **250.00 dh** est remboursé.
- Les mutualistes âgés de **moins de 55 ans** ainsi que les **enfants âgés de plus de 18 ans** ont droit aux **verres tous les 2 ans**, et à la **monture tous les cinq ans**.
- Les mutualistes âgés de **plus de 55 ans** et les **enfants âgés de moins de 18 ans** ont droit aux **verres tous les ans**, et à la **monture tous les deux ans**.
- Pour les **lentilles**, la base de remboursement est de **700,00 dh** pour **chaque lentille**, à condition que l'acuité visuelle atteigne la valeur de **+ ou - 10**.
- En cas de changement de vision grave certifié par un médecin ophtalmologue, la base de remboursement des verres optiques est maintenue sans tenir compte de la fréquence en vigueur.

N.B : Une copie de la CIN est exigée lors de l'établissement de la prise en charge ou remboursement.

13) Dialyse:

- Le remboursement ou la prise en charge dans le cadre du tiers payant pour les frais relatifs aux séances d'hémodialyse est plafonné à 800.00 dh /séance.
- La **fistule Artérioveineuse** fait l'objet d'un remboursement forfaitaire de:
 - **5000,00 dh** si elle est effectuée **au cabinet**.
 - **8000,00 dh** (T.N.R K100) si elle est effectuée en **milieu clinique**.
- A dater de janvier 2009 la CMSS prend en charge les produits antianémiques à base Erythropoïétine pour les cas d'I R C justifié par analyse, après accord du comité médical de la CMSS.

14) Soins à l'étranger:

Les dossiers de prise en charge ou de remboursement de soins à l'étranger sont remboursés sur la base de 20 % du montant de la facture plus un complément initial de remboursement automatique de 50 % du reste à charge.

Puis accord de compléments systématiques de remboursement automatique (abattements) du solde à retenir après retenues effectives de 6 mois pour le 1^{er} complément systématique et de 12 mois pour les autres à raison de :

- 50% pour les montants ≤ 20 000,00 dh

- 40% pour les montants > 20 000.00 dh et ≤ 50 000.00 dh
- 30% pour les montants >50 000.00 dh et ≤ 100 000.00 dh.
- 20% pour les montants supérieurs à 100 000.00 dh.

Les retenues du reste à charge rentrant dans la facturation sont comme suit :

- 200.00 dh pour la catégorie 1 à 3
- 300.00 dh pour la catégorie 4 à 5
- 500.00 dh pour la catégorie 6 à 9
- 1000.00 dh pour la catégorie 10 et plus.

Les retenues effectives à déduire sur le reste à charge respecteront la formule des retenues qui prend en considération le classement de l'agent, la durée et le montant à retenir.

La CMSS ne rembourse les frais de soins dispensés en dehors du Maroc ainsi que les frais de transport que pour les actes qui ne peuvent pas être réalisés au Maroc.

La demande de prise en charge ou de remboursement doit comprendre :

- Le certificat médical homologué par un centre hospitalier universitaire publique spécialisé dans la pathologie désignée par la CMSS.
- Le protocole thérapeutique envisagé.
- Le devis estimatif délivré par le centre hospitalier étranger spécialisé.
- L'accord du comité médical de la CMSS.

Cependant si les soins sont effectués à l'étranger sans accord préalable de La CMSS, un remboursement est assuré sur la base de la tarification de la CMSS en vigueur.

Il reste entendu que les frais de transport de l'accompagnant sont pris en charge dans les conditions suivantes :

- Malades aux besoins spéciaux.
- Enfants âgés de moins de 14 ans

NB : Le dossier de remboursement doit être déposé 2 mois au maximum à la CMSS après la date des soins.

15) Cardiologie:

Le remboursement ou la prise en charge dans le cadre du tiers payant des dossiers de cardiologie nécessite obligatoirement l'accord préalable de la CMSS et de son médecin conseil.

En cas d'urgence la régularisation doit être faite au plus tard dans les 2 jours ouvrables qui suivent l'hospitalisation avec une attestation du médecin traitant justifiant l'urgence.

La facturation des dossiers chirurgicaux et médicaux se fait sur la base du Tarif National de Référence (T.N.R) et de la tarification en vigueur à la CMSS

16) Oncologie:

Le remboursement ou la prise en charge de l'oncologie dans le cadre du tiers payant se fait à conditions de :

- Confirmation de la maladie par note confidentielle et un compte rendu biologique , radiologique, et anatomo-pathologique.

- Protocole de traitement envisagé avec calendrier des séances de chimiothérapie.
- Ordonnance médicale portant la date, le matricule, le nom, le prénom, le médicament ou son équivalent (générique), la dose, le nombre de prise pour chaque produit ,la durée de traitement et le cachet du médecin traitantoncologue.
- Devis des cures de chimiothérapie, de radiothérapie ou de curiethérapie.
- Accord du comité médical de la CMSS.

NB : En cas de refus non justifié d'utilisation du médicament générique , la différence du prix entre le princeps et le générique reste à la charge de l'agent.

a) Chirurgie et hospitalisation:

Vu la nature des affections cancéreuses, les frais élevés qu'elles occasionnent impliquant des valeurs abusives telles que la valeur du K pouvant atteindre jusqu'à 70.00 dh sinon plus, l'aspect aléatoire et les rémissions, sinon l'aggravation de la pathologie, et eu égard aux abus médicaux auxquels se trouve assujetti le patient, dans l'absence d'application de la réglementation et de la tarification nationale, et d'un contrôle institutionnel rigoureux, et prenant en considération la condition sociale du patient et son état psychique.

Les actes d'hospitalisation et chirurgie sont remboursables à 100% du T.N.R (VOIR ANNEXE N°4).

NB : Le matériel est remboursable à 100% du T.N.R sur la base de la liste du matériel validé par l'ANAM.

b) Chimiothérapie, Radiothérapie et Curiothérapie:

La CMSS rembourse ou prend en charge dans le cadre du tiers payant :

- Les frais relatifs à la chimiothérapie, la radiothérapie et la curiothérapie ainsi que les actes liés à ces soins sur la base du tarif T.N.R.(voir tableau ci-dessous)
- Les produits pharmaceutiques sont remboursés ou livrés par la CMSS sur la base de la liste des médicaments remboursables par la CMSS en vigueur.

N.B.: *) Les produits pharmaceutiques n'ayant pas d'AMM ne donnent lieu au remboursement que sur la base de l'équivalent d'un produit similaire ou d'un acte de radiothérapie.

*) Les produits pharmaceutiques nouvellement commercialisés au Maroc même ayant l'AMM ne seront pris en charge par la CMSS qu'après étude et accord du Comité médical de la CMSS.

*) Les produits pharmaceutiques génériques à efficacité égale sont prioritaires.

*) En cas de refus non justifié d'utilisation du médicament générique à qualité égale du princeps, la différence du prix entre le princeps et le générique sera à la charge de l'adhérent.

*) les médicaments en ATU (Autorisation temporaire d'utilisation) ne sont ni pris en charge ni remboursés par la CMSS des régions.

Tarif T.N.R. des actes de chimiothérapie, radiothérapie et curiethérapie

LOCALISATIONS	TNR
CAVUM	27 500,00
ORL / LARYNX / OREILLE/LANGUE / AMYGDALÉ	21 600,00
CERVEAU / LEUCEMIE	19 480,00
NEVRAX / MEDULOBLASTOME	30 230,00
SEIN (Conservateur)	25 200,00
SEIN (Postopératoire)	20 000,00
POUMON / OESOPHÂGE MEDIASTIN/1 SERIE	24 000,00
METASTASES (1 LOCALISATION) CRANE	13 500,00
MDH SUS	32 000,00
MDH SOUS	32 000,00
PELVIS	22 770,00
RECTUM	24 180,00
TUMEURS CUTANÉES	12 200,00
CHELOIDES / CASTRATION	6 730,00
ABDOMEN : ESTOMAC / VESICULE / REIN	22 770,00
TUMEURS OSSEUSES / PARTIES MOLLES	25 000,00
TUMEURS CEREBRALES	19 480,00
PROSTATE (non conformationnelle)	26 150,00
PROSTATE (conformationnelle)	30 600,00
ORBITE	14 800,00
CURIETHERAPIE BAS DEBIT	12 000,00
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT	8500,00
CURE DE CHIMIOETHERAPIE (une journée)	1 000,00
POSE ET ABLATION DE CHAMBRE IMPLANTABLE	7 000,00
Radios fréquence y compris la sonde	15 000,00
Irathérapie par séance en milieu hospitalier	27 000,00
Irathérapie hors milieu hospitalier	3500,00

17) Accouchements:

L'accouchement dans un milieu clinique ou hospitalier, est remboursé ou pris en charge dans le cadre du tiers payant sur la base du tarif T.N.R comme suit :

LIBELLE	LETTRE CLE	T N R
Accouchement Césarienne	F	8 000,00
Accouchement monofœtale avec ou sans manœuvre	F	3 000,00
Accouchement multiple avec ou sans manœuvre	F	3 500,00
Accouchement/sage femme/maison d'accouchement	F	1400.00
Accouchement/sage femme/maison d'accouchement gémellaire	F	1520,00

Dans le cas où la facture de l'accouchement est supérieure au remboursement l'adhérent règlera le dépassement directement à la clinique ou au centre hospitalier.

Cependant pour un accouchement à domicile une allocation forfaitaire de **780.00 dh** (K 60 avec K= 13.00 dh) est accordée en cas **d'accouchement simple** et de **1170.00 dh** (K 60 + K60/2 avec K= 13.00 dh) pour un **accouchement gémellaire**, sur présentation de l'acte de naissance et du certificat établi par la sage femme, attestant qu'elle a pratiqué l'accouchement sinon la CMSS se contente de l'engagement de l'agent.

Pendant la période de grossesse seules 3 échographies sont remboursées ou prises en charge dans le cadre du tiers payant. Au delà de la 3^{ème} échographie la prise en charge ou le remboursement ne sont accordés que sur présentation d'une attestation médicale et d'une note confidentielle justificatives.

18) Allocations décès:

La CMSS accorde uniquement à l'agent mutualiste, sur présentation d'une demande avec les pièces justificatives, une allocation forfaitaire de décès de :

- 5000.00 dh en cas de décès du conjoint du mutualiste.
- 3000.00 dh en cas de décès d'un enfant à charge par la CMSS

Cependant en cas de décès de l'agent mutualiste après l'âge de 70 ans, une allocation de 7 000.00 dh est accordée après déduction des retenues en 1^{er} lieu à la veuve(s) et en 2^{ème} lieu aux ayants droit à la CMSS si l'épouse est décédée.

19) Hépatite:

Les malades souffrants d'une hépatite bénéficient dans le cadre du libre choix ou du tiers payant:

a) L'hépatite c :

Le traitement de l'hépatite C pris en charge doit respecter les protocoles en vigueur et valider par le médecin de la CMSS.

b) L'hépatite b :

Le traitement de l'hépatite B pris en charge doit respecter les protocoles en vigueur et valider par le médecin de la CMSS.

c) Dossier médical :

Le dossier médical ouvrant droit aux traitements de l'hépatite B et C est constitué de:

- Attestation médicale d'un médecin spécialiste.
- Analyses Biologiques et Examens radiologiques.
- Le poids du patient dont dépend la posologie médicale.
- Accord du comité médical de la CMSS

20) Orthèses et prothèses:

La participation de la CMSS sur les coûts des différentes prothèses s'élève, après accord du comité médical de la CMSS à :

1) Les prothèses orthopédiques et matériels chirurgicales : 70% du TNR

2) Les orthèses orthopédiques définitives :

- 100 % selon le tarif T.N.R avec une fréquence de 5 ans.
- Si elles sont reprises avant l'expiration du délai de 5 ans la prise en charge de la CMSS est calculée au prorata annuel.

3) Les orthèses orthopédiques provisoires :

- 50 % de leurs coûts selon le tarif T.N.R .

4) Prothèses auditives :

- 70% de 6000.00dh par prothèse, sur attestation médicale et compte rendu de l'audiogramme avec une fréquence de 5 ans.

5) Implants cochléaires :

A dater de janvier 2011 la CMSS prend en charge le traitement de la surdité par la pose des implants cochléaire, après accord du comité médical de la CMSS à hauteur de :

- 108 000.00dh pour les implants cochléaire.
- K300 sur la base du T.N.R. pour l'intervention chirurgicale.
- Plafond annuel de 7000.00dh pour l'achat par la CMSS des batteries rechargeables

- A dater de Janvier 2013 la fréquence est fixée à 5 ans.
- A dater de 31 Mars 2022 le processeur externe est plafonné à 70% de 53 000.00dh soit 37 100.00dh et il est fixé à 10 ans.

6) Prothèses oculaires :

- 100 % selon le tarif T.N.R avec une fréquence de 5 ans.

7) Valves cérébrales :

- 70 % de leurs coûts qui sont plafonnés à 5 000,00 dh avec une fréquence de 5 ans.

8) Prothèses de correction (corsets) en cas de scoliose ou de cyphose :

- 70 % de leurs coûts qui sont plafonnés à 10 000,00dh (corsets).
- La fréquence est justifiée par les résultats positifs d'amélioration de l'angle d'une part et d'autre part par le changement physiologique dû à la croissance de l'enfant.
- La chirurgie est prise en charge sur la base du T.N.R.
- 70 % de 40 000.00dh coût du matériel d'ostéosynthèse nécessaire à la chirurgie.

9) Orthèse cruro-pédieuse :

A dater de Janvier 2013 les orthèses de posture rigides ou articulées verrouillables ou les orthèses de marche articulées au genou ou à la cheville destinées aux traitements des défaillances du membre inférieur dans les cas de : Hémiplégie, Paraplégie, Myopathie, Poliomyélite, Hémiparésie, Hyper laxité ligamentaire du genou sont remboursables par forfaits à raison de :

- 9 500.00 dh pour les adultes.
- 7 500.00 dh pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

10) Siège coquille :

- Forfait plafonné à 5 000.00dh pour les enfants de moins de 12 ans souffrant d'une infirmité motrice cérébrale avec tétra parésie confirmée par un neurochirurgien.

NB : Orthèse pour enfant infirme est remboursable à 100% après accord du comité médical de la CMSS.

21) Cataracte, Implants et Injections:

La base de remboursement ou de prise en charge dans le cadre du tiers payant est :

- Cataracte en milieu clinique avec ou sans implant: plafond de 6 500,00 dh (T.N.R).
- Cataracte au cabinet : A dater de Mars 2011 Forfait de 2 000.00dh.
- L'injection intra vitréennes pour le traitement des œdèmes maculaires est remboursée sur la base du T.N.R K40=2 600.00 dh (quel que soit le produit pharmaceutique utilisé).

Le traitement de la myopie par chirurgie n'est pas pris en charge car considéré comme une intervention d'esthétique ou laser.

22) Retard de Croissance:

Les enfants affectés d'un retard de croissance peuvent bénéficier d'un remboursement du traitement par génotropine ou équivalent plafonné à 5 000.00 dh et ce jusqu'à l'âge de la puberté (14 ans) sur accord du Président et présentation d'un dossier constitué de :

- Attestation du médecin spécialiste (Endocrinologue).

- Examen radiologique de l'âge osseux.
- Ordonnance avec prescription et posologie.
- Accord du comité médical de la CMSS.
-

23) Frais de scolarité des enfants inadaptés:

La CMSS assure pour les enfants reconnus inadaptés âgés de cinq ans jusqu' au 21 ans des frais de scolarité plafonnés à 1000,00 dh par mois et par année scolaire (mois de Juillet et Août non compris) sur présentation:

- Dossier médical (certificat, radios) délivré par un Médecin spécialiste.
- Avis de la commission médicale de la CMSS
- Certificat de scolarité.
- des factures ou justificatifs de règlements (quittances, bons ou reçus) mensuels du centre pédagogique d'adaptation.

NB : Le forfait de scolarité mensuelle (1000.00dh) inclut toutes les prestations effectuées au centre pédagogique d'adaptation (quelque soit la méthode ou le matériel utilisé) notamment : Psychomotricité, Orthophonie, Rééducation, ABA ,...

24) Vaccins:

Tous les vaccins figurants sur le guide référentiel des prescriptions , validé par le Comité médical de la CMSS sont pris en charge ou remboursables après accord du comité médical de la CMSS.

25) Hémophilie:

La CMSS prend en charge en cas de chirurgie à caractère urgent engageant le pronostic vitale ou hémorragie non accidentelle, le facteur de coagulation (facteur 8 ou facteur 9) prescrits par un Médecin spécialiste hématologue , après accord du comité médical de la CMSS selon les conditions suivantes :

- La note confidentielle précisant la nature de la maladie, le siège du saignement, les causes et les circonstances du traumatisme.
- Le compte rendu des examens radiologiques de la localisation du saignement.
- L'ordonnance détaillée du protocole thérapeutique précisant la dose journalière, le nombre de prise du médicament et la durée du traitement.
- Sous réserve du compte rendu d'hospitalisation détaillé et précisant l'évolution postthérapeutique la durée de séjour et le nombre de boites administrées.

Vu que les enfants hémophiles nécessitent une surveillance très particulière la responsabilité des parents en cas d'incidents est engagée entraînant ainsi une participation de 10% sur le coût du traitement nécessaire.

NB : en cas de non utilisation total des facteurs de coagulation, l'agent s'engage à récupérer le reste de médicament non utilisé et le remettre au siège de la CMSS de CASABLANCA en respectant les règles de conservation de médicament.

26) Actes spéciaux:

A dater du 15 mars 2012 la prise en charge ou le remboursement des actes spéciaux ci-dessous est basée sur la tarification de responsabilité de l'Association comme suit :

ACTES	PRISE EN CHARGE	OBSERVATIONS
Greffe de la cornée	15 000,00 dh	Opacités cornéennes entraînant la cécité
Forfait autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (privé) (selon la décision du comité CMSS)	212000.00dh	Graves maladies du sang
Radiothérapie stéréotaxique	50 000,00 dh	Tumeurs cérébrales
Radio chirurgie GAMMAknif	60 000,00 dh	Tumeurs cérébrales
PET Scan (selon les indications)	5 000,00 dh	Détection et surveillance des tumeurs cancéreuses
Stimulateur pour stimulation cérébrale profonde (pour la Maladie du PARKINSON)	180 000.00 DH	Chirurgie Plafond T.N.R à dater du 20/02/2014

Les autres actes spéciaux sont remboursés ou pris en charge sur la base du T.N.R. Voir en Annexe N°4 le détail de la facturation de ces actes.

27) Dossiers de remboursement libre choix:

Les remboursements libre choix sont effectués, par la CMSS sur la base de ce règlement intérieur, de la nomenclature générale des actes professionnels, de la tarification nationale de référence ou la tarification de responsabilité de la CMSS selon la nature des soins.

Le dossier de remboursement doit être remis à la CMSS dans un délai maximum de 2 mois après la date de prestation (le cas échéant sera rejeté) et doit comprendre en cas :

1) Soins externes :

Feuille de soins remplie et cachetée par les prestataires (Médecin, Pharmacien, Laboratoire, Radiologue, Dentiste, Opticien, kinésithérapeute.....) avec les pièces justificatives (factures, ordonnances, prospectus, vignettes, analyse, radios et les résultats des différentes prestations figurant sur la facture.

2) Hospitalisations:

Feuille de soins avec pièces justificatives, (Facture détaillée et acquittée, note confidentielle, analyses, radios et les résultats des différentes prestations figurant sur la facture) (Voir en Annexe N°6).

NB1:En cas de décès du mutualiste, les dossiers de remboursement libre choix en cours de traitement seront remboursés après déductions des retenues dues en 1^{er} lieu à la veuve(s) et en 2^{ème} lieu aux ayants droit si l'épouse est décédée.

NB2 : L'INPE (Identifiant National du Praticien et des Etablissements) est obligatoire.

28) Remboursement complémentaire :

Depuis de janvier 2020, les nouveaux conjoints des mutualistes CMSS ne peuvent être bénéficiaires de la CMSS que si ils ne sont pas salariés et n'ayant aucune profession libérale.

A partir du janvier 2022 et dans le cadre du Projet Royale de généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire, les conjoints ayant une profession libérale doivent être pris en charge en premier lieux par la CNSS.

Par ailleurs les conjoints salariés des mutualistes déjà déclarés à la CMSS (avant janvier 2020) doivent bénéficier en premier lieu de leur mutuelle pour toutes les prestations médicales et paramédicales, elles bénéficient du complément CMSS selon la tarification CMSS des régies en vigueur et ceux à condition d'une cotisation forfaitaire mensuelle de 50.00dh, elles ne sont pas pris en charge pour les hospitalisations médicales et chirurgicales et ALC à dater de juin 2013 ainsi que les bilans radiologiques (Radios, TDM, IRM...) et les bilans biologiques et les explorations médicales et paramédicales...

En outre si elles sont bénéficiaires du complément CMSS le remboursement CMSS pour le complément sera à la base de la tarification CMSS en vigueur sans pour autant que le total des remboursements ne dépasse le total de la facture dans le limite des prestations remboursables par la CMSS des régies sous réserve de la présentation du dossier complet ainsi que les factures et le remboursement de leurs mutuelle de base.

Si les enfants d'un mutualiste sont affiliés à une autre assurance maladie ou une autre mutuelle (celle de l'épouse) la CMSS prend en charge ou rembourse en cas de présentation de dossiers de soins le complément des dossiers médicaux traités par les autres caisses d'assurance maladie sans pour autant que le total des remboursements ne dépasse le montant total de la facture.

NB :

1) En cas de départ de l'adhérent à la retraite, les ascendants ne sont plus pris en charge par la CMCAS des REGIES.(Pour information)

2) Ne sont pas également pris en charge par la CMSS des REGIES les frais engagés pour les soins des maladies incurables, ainsi que les frais médicaux résultant de soins pour esthétiques, accidents, agressions, ivresse, blessure suite à une tentative de suicide ou maladies professionnelles, les maladies pris en charge par l'Etat (Tuberculose, VIH SIDA...).

3) Ne sont pas également pris en charge par la CMSS des REGIES les maladies secondaires à une pandémie ou une épidémie.

29) Bordereaux des Conventionnés du tiers payant :

Dans le cadre du tiers payant la CMSS exige des conventionnés l'établissement d'un bordereau mensuel cacheté et signé, respectant le format exigé par le logiciel SAGE 1000 et portant la date, le matricule, le nom et prénom du malade ainsi que le montant de la prestation, accompagné des feuilles de soins, et des pièces justificatives.

Après vérification et contrôle les bordereaux sont facturés et adressés à la comptabilité pour règlement.

Les dossiers soumis aux précomptes, au remboursement et au contrôle dentaire et optique sont archivés dans les dossiers individuels des mutualistes.

Ci-dessous les normes d'établissement des bordereaux et factures des conventionnés :

- Etablir un bordereau mensuel conforme aux exigences de la CMSS à adresser soit par mail soit sur supports informatiques.
- Les cachets et les signatures des conventionnés sont obligatoires sur chaque bordereau ou facture.
- Les bordereaux et factures doivent être remis à la CMSS au courant du mois qui suit la date d'échéance du bordereau.
- Les bordereaux et factures doivent être numérotés de 01 à 12 (Janvier à Décembre) chaque année.
- La remise des bordereaux et factures de fin d'année doivent être effectuée avant la fin du mois de Février de l'exercice N+1, passé ce délai les bordereaux et factures seront périmés et retournés aux conventionnés.
- Les exercices différents ne doivent pas faire l'objet d'un même bordereau (chaque exercice à part).
- En cas de plusieurs pages pour le même bordereau, il est indispensable de numéroté les pages et porter le report de la page précédente sur la page suivante.
- Respecter le délai de transmission des bordereaux pour permettre le règlement aux conventionnés dans le délai contractuel.
- Le mouvement et la circulation de ces documents et produits ne doivent pas être liés au déplacement effectif du Délégué à Casablanca. Utiliser tous les moyens possibles pour la transmission des dossiers.

ARTICLE VIII DISPOSITIONS DIVERSES

Le CMSS se réserve le droit :

- De procéder à toute enquête qu'elle juge utile,
- De soumettre au médecin Conseil et au Pharmacien de son choix les ordonnances et les factures remises par le mutualiste pour contrôle.

- De vérifier par une contre-visite l'état de santé du mutualiste ou de son ayant droit,

ARTICLE IX MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur est mis à jour par le Bureau de la CMSS au fur et à mesure du développement et de l'élargissement des prestations médicales.

ANNEXES

PIECES A FOURNIR (cas d'un enfant adoptif).

+

PIECES A FOURNIR (cas d'un enfant
inadapté « infirme »).

+

LA LISTE DES MALADIES CHRONIQUES (ALD)

+


LE TARIF DES ACTES MEDICAUX

+

LA TARIFICATION DE TRANSPORT PAR
AMBULANCE (DECES)

+

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR POUR UN
DOSSIER D'HOSPITALISATION

	PIECES A FOURNIR Cas d'un enfant adoptif	Etat : Applicable
		Version n° : 3 du 01/02/2016


- Demande manuscrite pour accord, à Monsieur le président de la CMSS des Régies,
- La fiche d'adhésion remplie et signée par le demandeur et le délégué de la mutuelle de la régie concernée,
- A remettre à la CMSS l'ancienne carte de la mutuelle,
- Une photocopie de la carte d'identité nationale de l'adhérent,
- Une photocopie de la carte d'identité nationale du conjoint,
- Copie légalisée (dont la validité ne dépassant pas trois mois) de l'acte de mariage,
- Certificat médicale de l'enfant adoptif, délivrée par la santé public (dont la validité ne dépassant pas trois mois),
- Certificat médicale attestant la stérilité du couple ou de l'un des membres du couple, délivrée par la santé public (dont la validité ne dépassant pas trois mois),
- Certificat d'adoption délivré par le « TRIBUNAL » (dont la validité ne dépassant pas trois mois),
- Extrait d'acte de naissance de l'enfant adoptif (dont la validité ne dépassant pas trois mois),
- Une (01) Photo d'identité (récente) de l'adhérent et du conjoint,
- Une (01) Photo d'identité de l'enfant à charge et de l'enfant adoptif,
- Copie du bulletin de paie ou du bulletin de la pension de la retraite, au nom de l'adhérent, dans laquelle sont affichées les allocations familiales concernant l'enfant adoptif,

Dans le cas d'un enfant de 21 ans et de moins de 25 ans à condition qu'il poursuive ses études supérieures à l'université ou à une Ecole nationale supérieure, l'adhérent doit fournir :

- Certificat de célibat, de l'enfant adoptif, datant de moins d'un mois,
- Certificat de scolarité de l'année scolaire,

Important

Selon son règlement intérieur en vigueur (ArticleII, Chap10), seul les couples stériles ou ayant un enfant unique peuvent ouvrir droit à des enfants adoptifs dans la limite de deux enfants par couple stérile. Le titre d'ayant droit pour les enfants adoptifs ne peut être acquis que si cet enfant porte le même nom de famille. Dans le cas contraire, cet enfant bénéficiera des prestations médicales et pharmaceutiques dans le cadre du libre choix. En tout cas un dossier juridique complet doit être joint à la demande du mutualiste.

	<p>PIECES A FOURNIR</p> <p>Cas d'un enfant inadapté « infirme »</p>	<p>Etat : Applicable</p> <hr/> <p>Version n° : 4 du 31/10/2022</p>
--	---	--

- Demande manuscrite pour accord, à Monsieur le président de la CMSS des Régies,
- La fiche d'adhésion remplie et signée par le demandeur et le délégué de la mutuelle concerné,
- A remettre à la CMSS l'ancienne carte de la mutuelle,
- Une photocopie de la carte d'identité nationale de l'adhérent,
- Une photocopie de la carte d'identité nationale du conjoint,
- Dossier médicale livré par un médecin de la santé publique et dont la validité ne dépassant pas trois mois (certificat, compte rendu,...) de l'enfant inadapté « infirme » attestant, que cet enfant est atteint d'une infirmité permanente et définitive le mettant dans l'impossibilité de subvenir à ces besoins et dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice,
- Un compte rendu médical renseigné et signé par un médecin de la santé public spécialiste de l'handicape physique, psychique ou mentale en question avec les résultats des explorations paracliniques ayant le permis de confirmer le diagnostic ,
- Une (01) Photo d'identité (récente) de l'adhérent et du conjoint,
- Une (01) Photo d'identité de chaque enfant à charge et de l'enfant inadapté « infirme » ,
- Une Attestation de non emploi signée par les autorités compétentes (dont la validité ne dépassant pas trois mois) de l'enfant inadapté « infirme » âgé de plus de 18ans et plus, « à délivrer à la CMSS des Régies chaque année » ,
- Une photocopie de la carte d'identité de l'enfant inadapté « infirme » ,
- Acte de naissance (dont la validité ne dépassant pas trois mois) de l'enfant inadapté « infirme » ,
- Certificat de célibat datant de moins d'un mois de l'enfant inadapté « infirme » âgé de plus de 21 ans, « à délivrer à la CMSS des Régies chaque année » ,
- Copie du bulletin de paie ou du bulletin de la pension de la retraite, au nom de l'adhérent, ou au nom de la veuve dans le cas de l'adhérent décédé, dans laquelle sont affichées les allocations familiales concernant l'enfant inadapté (infirmes).
- Certificat de scolarité de l'année scolaire en cours.

N.B : L'avis de la CMSS est rendu en fonction des éléments figurés sur ce formulaire et conformément à son règlement intérieur en vigueur.

CLASSIFICATION ET CODIFICATION

LISTE DES 41 ET DES 187 AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

Chapitre	Les Affections LD	LIBELLE	Libellé	Code ALD
Maladies Cardio-Vasculaires E (27 ALD)	Insuffisance cardiaque (1) : IC	Insuffisance cardiaque (1)	Insuffisance ventriculaire gauche : IVG	E127
			Insuffisance ventriculaire droite secondaire :IVD	E026
	Troubles permanents du rythme et de la conductivité (2) :	Troubles du rythme (2)	Arythmie complète par fibrillation auriculaire installée : ACFA	E125
			Troubles du rythme supraventriculaires ou ventriculaires récidivants	E024
			Troubles de la conduction (BAV complet)	E123
	Valvulopathies rhumatismales (3)	Valvulopathie rhumatis (3)	Monovalvulopathie mitrale	E022
			Monovalvulopathie Aortique	E121
			Monovalvulopathie pulmonaire	E020
			Monovalvulopathie Tricuspidienne	E119
		Polyvalvulopathie	E018	
	Cardiopathie congénitale (4)	Cardiopathie congénitale (4)	Cardiopathie congénitale	E117
	Artériopathies chroniques (5)	Artériopathie chronique (5)	AC Aorte thoracique	E016
			AC des artères viscérales	E115
			AC des Membres Inférieurs	E114
	Hypertension artérielle (HTA) sévère (6)	HTA sévère(6)	HTA avec haut risque CV	E113
			HTA avec HVG	E212
			HTA avec IC	E211
			HTA avec ischémie myocardique	E310
HTA avec IR			E409	
HTA avec rétinopathie hypertensive			E108	
HTA avec ATCD AVC			E207	
HTA avec ATCD ischémie transitoire			E106	
	HTA avec artériopathie des membres inférieurs	E205		
Maladie coronaire (7)	Maladie coronaire (7)	Angor stable	E004	
		Coronarien déjà revascularisé (angioplastie ou pontage)	E003	
		Angor instable ou Syndrome de menace	E002	
		Infarctus du Myocarde aigu (IDM)	E001	
Maladies Métaboliques et Endocriniennes H (5 ALD)	Diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant (8)	DID ET DNID	Diabète de type 1 (DID)	H010
			Diabète de type 2 (DNID)	H011
			Diabète secondaire à une maladie pancréatique	H012
			Diabète secondaire à une maladie endocrinienne	H013
			Diabète gestationnel	H014

ANNEXE N°3

Maladies Néphrologiques L (8 ALD)	Insuffisance rénale chronique terminale (9)	Insuff rénale chr ter(9)	Insuffisance rénale chronique terminale (9)	L008
	Néphropathies graves (10)	Néphropathie grave (10)	Glomérulonéphrites	L101
			Pyélonéphrites	L002
			Néphropathies interstitielles	L203
			Néphropathies vasculaires	L004
			Néphropathies héréditaires ou congénitales	L305
Syndromes néphrotiques (11)	Syndrome néphrotique (11)	Syndromes néphrotiques (11)	L006	
Insuffisance rénale aiguë (12)	Insuffisance rénal aig 12)	Insuffisance rénale aiguë (12)	L407	
Maladies Neurologiques M (19 ALD)	Formes graves des affections neurologiques et neuromusculaires(13)	Aff neurolog neuromusc (13)	1. Maladies du Muscle MM :	
			MM - Les myopathie héréditaires	M001
			MM- Les myopathies inflammatoires	M002
			MM- La myasthénie	M103
			MM- Le Sd. de Lambert-Eaton	M004
			2. Maladies du nerf périphérique MNP :	
			MNP-Les polynévrites	M205
			MNP-Les mononeuropathies multiples	M006
			MNP-Les polyradiculonévrites	M307
			MNP-Les neuropathies héréditaires	M008
	3. Maladies de la moelle et de la corne antérieure :			
	MMCA-Les paraparésies spastiques familiales	M109		
	MMCA-La maladie de Charcot (SLA)	M010		
	MMCA-Les hérédo-ataxies	M211		
	Accident vasculaire cérébral ou médullaire ischémique ou hémorragique (14) :	AVC ou AVM (14)	AVC ischémique	M663
AVC hémorragique			M660	
AV médullaire ischémique			M662	
Epilepsie grave (15):	Epilepsie grave (15):	AV médullaire hémorragique	M661	
		Epilepsie grave	M040	
		Etat de grand mal épileptique	M041	
Maladie de Parkinson (16)	Maladie de Parkinson (16)	Maladie de Parkinson (16)	M020	
Sclérose en plaques (17)	Sclérose en plaques (17)	Sclérose en plaques (17)	M035	
Maladies du Sang W (12 ALD)	Anémies hémolytiques chroniques sévères (18) :	Anémie hémolytique chr (18)	Thalassémies majeures	W055
			Drépanocytoses homozygotes	W056
			Anémies hémolytiques auto-immunes chroniques	W057
	Aplasies médullaires sévères(19)	Aplasia médullaire sév (19)	Aplasia médullaire globale	W060
			Aplasia médullaire limitée à un seule lignée	W061
	Myélodysplasies sévères (20) :	Myélodysplasie sévère(20)	Sd.Myélodysplasiques (SMD) :	W161
			SMD Cytopénies réfractaires simples	W062
			SMD Anémie réfractaire sidéroblastique	W063
			SMD Anémie réfractaire avec excès de blastes	W064
			SMD Leucémie myélomonocytaire chronique	W065
Troubles héréditaires de l'hémostase (21) :	Tr héréd hémostase(21)	Hémophilie majeure	W066	
		Maladie de Willebrand	W067	
		Les déficits factoriels autres majeurs	W068	

ANNEXE N°3

Maladies du Foie K (5 ALD)	Maladies chroniques actives du foie (hépatites B et C) (22)	hépatites B et C (22)	Les maladies chroniques actives du foie d'origine virale (les + fréquentes) : Hépatite B	K216
			Les maladies chroniques actives du foie d'origine virale (les + fréquentes) : Hépatite C	K318
	Cirrhoses du foie (23) :	Cirrhoses du foie (23) :	Cirrhoses du foie (23)	K174
Maladies respiratoires C (6 ALD)	Insuffisance respiratoire chronique grave (25) :	I respirat chr grave (25)	Insuffisance respiratoire chronique grave	C001
			Insuffisance respiratoire chronique terminale	C002
			Décompensation aiguë des insuffisants respiratoires chroniques	C003
Maladies Systémiques R (5 ALD)	Asthme sévère (26) : J45	Asthme sévère (26) : J45	Asthme chronique modéré ou sévère	C451
			Episodes sévères d'asthme	C452
			Asthme Aigu Grave (AAG)	C453
Maladies Systémiques R (5 ALD)	Vascularites (27)	Vascularites (27)	Vascularites (27)	R005
	Lupus érythémateux aigu disséminé (28)	LEAD (28)	Lupus érythémateux aigu disséminé (28)	R004
	Sclérodémie généralisée évolutive (29)	Sclérodémie généralisée (29)	Sclérodémie généralisée évolutive (29)	R003
	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (30)	PR évolutive (30)	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (30)	R002
	Spondylarthrite ankylosante grave (31)	SPA (31)	Spondylarthrite ankylosante grave (31)	R001
Maladies Mentales S (19 ALD)	Psychoses (32) :	Psychoses (32) :	Schizophrénies	S001
			Troubles schizo-typiques	S002
			Délires chroniques	S003
			Psychoses dysthymiques	S004
			Psychose délirante aiguë	S005
			Psychose puerpérale	S006
			Psychose d'origine organique ou toxique	S007
			Psychoses infantiles	S008
	Troubles graves de la personnalité (33) :	Tr grav personnalité (33)	Troubles névrotiques	S009
			Etat dépressifs	S010
			Personnalité pathologique grave	S011
			Trouble du développement psychologique	S012
			Dysharmonies évolutives graves du comportement et troubles émotionnels de l'enfant	S013
			Troubles des conduite instinctuelle	S014
			Troubles addictifs graves	S015
Etat de déficit mental (34) :	Déficit mental (34) :	Retard mental	S016	
		Démences acquises	S017	
		Démences secondaires	S018	
Troubles mentaux et/ou de personnalité dus à une lésion, à un dysfonctionnement cérébral ou à une lésion physique (35)	Tr mentaux Personnalité (35)	Troubles mentaux et/ou de personnalité dus à une lésion, à un dysfonctionnement cérébral ou à une lésion physique (35)	S019	
Maladies du Tube Digestif K (2 ALD)	Rectocolite hémorragique évolutive (36)	RCH	Rectocolite hémorragique évolutive	K551
	Maladie de Crohn évolutive (37)	Maladie de Crohn (37)	Maladie de Crohn évolutive	K550

Tumeurs malignes « TM » (38)

TM (38)

J00 : TM de la lèvre	J001
C01 : TM de la base de la langue	J002
C02 : TM de la langue, parties autres et non précisées	J003
C03 : TM de la gencive	J004
C04 : TM du plancher de la bouche	J005
C05 : TM du palais	J006
C06 : TM de la bouche, parties autres et non précisées	J007
C07 : TM de la glande parotide	J008
C08 : TM des glandes salivaires principales, autres et non précisées	J009
C09 : TM de l'amygdale	J010
C10 : TM de l'oropharynx	J011
C11 : TM du rhinopharynx	J012
C12 : TM du sinus piriforme	J013
C13 : TM de l'hypopharynx	J014
C14 : TM de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	J015
C15 : TM de l'œsophage	J016
C16 : TM de l'estomac	J017
C17 : TM de l'intestin grêle	J018
C18 : TM du côlon	J019
C19 : TM de la jonction rectosigmoïdienne	J020
C20 : TM du rectum	J021
C21 : TM de l'anus et du canal anal	J022
C22 : TM du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	J023
C23 : TM de la vésicule biliaire	J025
C24 : TM des voies biliaires, et autres non précisées	J026
C25 : TM du Pancréas	J027
C26 : TM des organes digestifs, de sièges autres et mal définis	J028
C30 : TM des fosses nazales et de l'oreille moyenne	J029
C31 : TM des sinus de la face	J030
C32 : TM du larynx	J031
C33 : TM de la trachée	J032
C34 : TM des bronches et du poumon	J033
C37 : TM du thymus	J034

ANNEXE N°3

Tumeurs malignes et
maladies malignes
des tissus
lymphatiques ou
hématopoïétiques
J (77 ALD)

Tumeurs malignes « TM » (38)

C38 : TM du cœur, du médiastin	J035
C39 : TM de l'appareil respiratoire et thorax de siège non défini	J135
C40 : TM des os et du cartilage des membres	J036
C43 : Mélanome malin de la peau	J136
C44 :Autres: TM de la peau	J236
C45 :Mésothéliome	J037
C46: sarcome de Kaposi	J038
C48 : TM péritoine et rétro-péritoine	J039
C50 : TM du sein	J040
C51 : TM des de la vulve	J041
C52 : TM du vagin	J042
C53 : TM du col de l'utérus	J043
C54 : TM du corps de l'utérus	J044
C56 : TM de l'ovaire	J045
C60 : TM de la verge	J046
C61 : TM de la prostate	J047
C62 : TM du testicule	J048
C64 : TM du rein	J049
C65 : TM du bassin	J050
C66 : TM de l'uretère	J051
C67 : TM de la vessie	J052
C69 : TM de l'œil et ses annexes	J053
C70 : TM des méninges	J054
C71 : TM du cerveau	J055
C72 : TM de la moelle épinière, des nerfs câniens et autres du SNC	J056
C73 : TM de la thyroïde	J057
C74 : TM de la surrénale	J058
C75 : TM d'autres glandes endocrines et structures apparentées	J059
C79 : TM secondaire d'autres sièges	J060
C80 : TM de siège non précisé	J061
D00-D09 : carcinome in-situ	J100

**Affections malignes du tissu lymphatique ou
hématopoïétique (39) :**

Aff M lymph,sang (39)

C81 : maladie de Hodgkin	J062
C82 : Lymphome folliculaire non hodgkinien	J063
C83 : Lymphome diffus non hodgkinien	J064
C84 : Lymphomes périphériques et cutanés à cellules T	J065
C85 : Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés	J066
C88 : Maladies immunoprolifératives malignes	J067
C90 : myélome multiple et TM à plasmocytes	J068
C91 : leucémie lymphoïde	J069
C92 : Leucémie Myéloïde	J070
C93 : Leucémie monocytaire	J071

			C95 : Leucémie à cellules non précisées	J072
			C96 : TM des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés, autres et non précisées	J073
Maladies ophtalmiques V (2 ALD)	Glaucome chronique (40)	Glaucome chronique (40)	Glaucome chronique	V001
	Rétinopathie diabétique (41)	Rétinopathie diabétique (41)	Rétinopathie diabétique	V002

ANNEXE N°3



TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE

COTATION NGAP	TARIFS EN DHS	ELEMENTS DE FORFAITS
K30-K39	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 POSTOPERATOIRE; • ACTES MEDICAUX NECESSAIRES ; • SOINS INFIRMIERS ; • HONORAIRES DES CHIRURGIENS ; • HONORAIRES DE L'ANESTHESISTE ; • FRAIS DU BLOC OPERATOIRE; • CONSOMMABLE MEDICAL ; OXYGENE ; • MATERIEL CHIRURGICAL INCLUS DANS LES ACTES FORFOTAIRES. ; • FRAIS TECHNIQUES DE L'APPAREIL ; • PHARMACIE ; • MAJORATIONS DE NUIT, JOURS FERIES ET WEEK-END;
K40-K49	2 600,00	
K50-K59	4 000,00	
K60-K69	4 800,00	
K70-K79	5 600,00	
K80-K89	6 400,00	
K90-K99	7 200,00	
K100-K109	8 000,00	
K110-K119	8 800,00	
K120-K129	9 600,00	
K130-K139	10 400,00	
K140-K149	11 200,00	
K150-K159	12 000,00	
K160-K169	12 800,00	
K170-K179	13 600,00	
K180-K189	14 400,00	
K190-K199	15 200,00	
K200-K209	16 000,00	
K210-K219	16 800,00	
K220-K229	17 600,00	
K230-K239	18 400,00	
K240-K249	19 200,00	
K250-K259	20 000,00	<p>OBSERVATIONS :</p> <p>Forfait global pour toute la durée du séjour (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation) ;</p> <p>SERONT FACTURES EN SUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SANG ET DERIVE ; • ACTES DE RADIOLOGIE ET BIOLOGIE ; • AVEC ACCORD PREALABLE : <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, endoprothèse (si non inclus dans Acte forfaitaire) <p>*En cas de complication, la prise en charge est annulée et remplacée conformément aux dispositions de la convention cadre type.</p>
K260-K269	20 800,00	
K270-K279	21 600,00	
K280-K289	22 400,00	
K290-K299	23 200,00	
K300	24 000,00	
A partir de K310	Supplément de 800.00 Dhs par pas de 10K	

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE

DESIGNATION (TNR)	ELEMENTS DE FORFAITS
<p align="center">HOSPITALISATION EN REANIMATION</p> <p align="center">(1500DHs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour : incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage d'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 (kt central , sondage vésicale ou gastrique...) • Soins Infirmiers ; • Majorations de nuit, Jours Fériés Et Week-End; • Consommable médical + Oxygène ; <p><u>OBSERVATION :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forfait journalier ; • Seront facturés en sus : <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de Biologie et Radiologie - La Pharmacie : le remboursement sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement (CMSS en vigueur), justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe ; - Avec accord préalable : Actes médicaux d'exploration ou de spécialité De la grille n°4. - Le Sang et dérivés du sang ;
<p align="center">HOSPITALISATION EN SOINS INTENSIFS</p> <p align="center">(1000DHs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour : incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture • Unité de soins intensifs; • Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ; • Honoraires des médecins réanimateurs ; • Surveillance des médecins et /ou visite quelque soit leur nombre ; • Actes médicaux nécessaires (kt central , sondage vésicale ou gastrique...) • Soins infirmiers ; • Majorations de nuit, ; Jours Fériés Et Week-End; • Consommable médical + Oxygène ; <p><u>OBSERVATION :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Forfait journalier ; * Seront facturés en sus : <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de Biologie et Radiologie - La Pharmacie : le remboursement sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement (CMSS en vigueur), justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe ; - Avec accord préalable : Actes médicaux d'exploration ou de spécialité De la grille n°4. - Le Sang et dérivés du sang ;



**Caisse Mutuelle de sécurité sociale du Personnel des régies autonomes
des distributions d'eau et d'électricité au Maroc - CMSS**

Adresse : N°3, Rue FARRAD Bouchaib CASABLANCA

Tel : 05 22 31 06 54

Fax : 05 22 54 25 43

E-Mail CMSS : cmss@lydec.co.ma

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES EN HOSPITALISATION MEDICALE

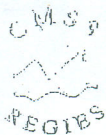
DESIGNATION (TNR)	ELEMENTS DE FORFAITS
HOSPITALISATION EN MEDECIN (550 DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour : lit dans une chambre a 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture ; • Honoraires des medecins et/ou visite quelque soit leur nombre • Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ; • Actes médicaux nécessaires ; • Soins infirmiers ; • Majorations de nuit, ; Jours Fériés Et Week-End; • Consommable medical ;oxygen;
COUVEUSE (350 DHs)	<p><u>OBSERVATION :</u></p> <p>* Forfait journalier ;</p> <p><u>SERONT FACTURES EN SUS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement (CMSS en vigueur), justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier s'il existe ; - Le Sang et dérivés du sang ;
ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour: Lit dans une chambre a 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, Le blanchissage du linge et la nourriture • Salle d'accouchement ; • Honoraires de l'obstétricien; • Honoraires de la sage femme ; • Monitoring foetal • Pharmacie ; • Consultation du pédiatre ; • Majorations de nuit, jours fériés et week-end ; • Consommable médical ;
Accouchement monofœtale avec ou sans manœuvre (3 000DHs)	
Accouchement multiple Avecou sans manœuvre. (3 500 DHs)	<p><u>OBSERVATIONS :</u></p> <p>*Forfait global pour toute la durée du séjour (Mère Et Nouveau-Né);</p> <p>*Seront facturés en sus, avec accord préalable :</p> <p>Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4.</p>

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE

DESIGNATION (TNR)	ELEMENTS DE FORFAITS
CESARIENNE (8000DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour • Honoraires des medecins et la surveillance postoperatoire; • Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ; • Consultation du pédiatre ; • Actes médicaux nécessaires ; • Monitoring... • Soins infirmiers ; Honoraires de la sage femme ; • Frais du bloc operatoire; • Consommable medical ; oxygene ; • Pharmacie ; • Majorations de nuit, jours ferries et week-end; <p><u>OBSERVATION:</u></p> <p>*Forfait global pour toute la durée du séjour (Mère et Nouveau-Né); (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation) ;</p> <p>*Seront facturés en sus, avec accord préalable :Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4</p>
CATARACTE (6 500 DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Sejour : lit dans une chambre a 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, le Blanchissage du linge et la nourriture ; • Honoraires des medecins et la surveillance post operatoire; • Actes medicaux nécessaires ; • Soins infirmiers ; • Majorations de nuit, jours ferries et week-end; • Honoraires de l'anesthésiste ; • Frais du bloc operatoire;
CATARACTE+ GLAUCOME (10 000DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Frais techniques de l'appareil • Consommable medical ycompris le viscoat • Implant • Pharmacie. <p><u>OBSERVATION:</u>Forfait global quelque soit la technique chirurgicale</p> <p><u>SERONT FACTURES EN SUS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de Biologie et Radiologie Avec accord préalable : - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4.

TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE

DESIGNATION (TNR)	ELEMENTS DE FORFAITS
LITHOTRIPIE EXTRA CORPORELLE (5 000 DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour • Honoraire du médecin ; • Actes médicaux; • Soins infirmiers ; • Majorations de nuit, jours feriers et week-end; • Honoraires de l'anesthésiste ; • Frais du bloc opératoire; • Consommable médical • Pharmacie. • Actes de radiologie de contrôle; • Frais techniques de l'appareil, <p>OBSERVATION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forfait global • (Jusqu'à guérison)
AMYGDALECTOMIE (ADULTE) (3 000DHs)	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour : lit dans une chambre a 2 lits, incluant le chauffage, l'éclairage, le Blanchissage du linge et la nourriture ; • Honoraires des medecins et la surveillance post opératoire; • Actes medicaux nécessaires ; • Soins infirmiers ; • Majorations de nuit, jours feriers et week-end; • Honoraires de l'anesthésiste ; • Frais du bloc opératoire; • Consommable médical • Pharmacie. <p>OBSERVATION:</p> <p>*Forfait global quelque soit la technique chirurgicale</p>
AMYGDALECTOMIE + ADENOIDECTOMIE (ENFANT) (2 400DHs)	<p>SERONT FACTURES EN SUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de Biologie et Radiologie Avec accord préalable : - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité de la grille n°4 ;



Caisse Mutuelle de sécurité sociale du Personnel des régions autonomes
des distributions d'eau et d'électricité au Maroc - CMSS
Adresse : N°3, Rue FARRAD Bouchaib CASABLANCA
Tel : 05 22 31 06 54
Fax : 05 22 54 25 43
E-Mail CMSS : cmss@lydec.co.ma

Tarifs appliqués par CMSS (= TNR)

Chimiothérapie		
Actes	Tarif en DHs	Eléments du forfait
Séance de chimiothérapie	1 000,00	Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Consommable médical et solutés - Séjour. Observations : - Forfait / séance Sont facturés en sus : - Sang et dérivés - Les actes de biologie et de radiologie Avec accord préalable : - Les actes médicaux d'exploration et de spécialité NB : - Les médicaments doivent figurer sur la demande de prise en charge et doivent être fournis par le centre d'oncologie. - Dans des cas et après accord préalable de la CMSS des Régies, le remboursement de la pharmacie sera conforme à la liste des médicaments admis au remboursement par la CMSS, justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier.
Pose et ablation de la Chambre implantable	7 000,00	Honoraires du médecin - Actes médicaux. - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Consommable médical - Chambre implantable - Pharmacie - Radiologie de contrôle Observation : Forfait comprenant pose et ablation de la chambre implantable.

Radiothérapie

Organes	Tarif en DHs	Eléments du forfait
Prostate (non conformationnelle)	26 150,00	
Prostate (conformationnelle)	30 600,00	
Sein-conservateur	25 200,00	- Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Frais techniques de l'appareil - Contrôle au cours du traitement Observations : - Forfait par organe - Quelle que soit la dose utilisée - Quelque soit le nombre de champs - Quelque soit le nombre de séances - Ce forfait n'est pas appliqué en cas de Cobaltothérapie.
Sein-postopératoire	20 000,00	
ORL	21 600,00	
Orbite	14 800,00	
Cavum	27 500,00	
Tum.cérébrale/leucémie	19 480,00	
Métastases	13 500,00	
Testicule (loc)	32 000,00	

<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation en chambre stérile - Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Consommable médical - Pharmacie hors antimitotiques - Solutés - Forfait pour trente jours d'hospitalisation <p>Observations :</p> <p>Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produits sanguins de transfusion - Bilans biologiques et radiologiques <p>Avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cytophérèse plus frais de prélèvement et de conservation 	280 000,00
--	------------

Forfait d'hospitalisation en chambre stérile	
Eléments du forfait	Tarif en DHs
<ul style="list-style-type: none"> - Séjour : incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture. - Chambre stérile - Honoraire des médecins - Surveillance des médecins et/ou visite quelque soit leur nombre - Actes médicaux nécessaires - Soins infirmiers - Majorations de nuits, jours fériés et week-ends - Consommable médical et solutés <p>Observations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait journalier <p>Seront facturés en sus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de biologie et de radiologie - 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. <p>Avec accord préalable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes médicaux d'exploration et de spécialité de la grille n°4 de la TNR 	1 500,00

Forfait de la biopsie ostéo-médullaire	
Eléments du forfait	Tarif en DHs
<ul style="list-style-type: none"> - Honoraire du médecin - Soins infirmiers - Consommable médical (trocart,...) 	800,00

Forfait de Pet Scan		
Forfait Hors TNR	Facturé par la clinique (DHs)	Remboursable par CMSS (DHs)*
PET SCAN	9 000,00	5 000,00

*N.B : Pet Scan est effectué par le radiologue de la clinique avec accord préalable de la CMSS des Régies notifié par une prise charge dûment signée par son président ou par la personne mandatée par ce dernier.
 Dans ce cas, la CMSS des Régies prend en charge 5000,00Dhs et 4000,00Dhs est à régler à la clinique par l'adhérent.

RT sous diaphragme	32 000,00
RT sus diaphragme	32 000,00
Poumon-cœsophage	24 000,00
Abdomen-pelvis	22 770,00
Vulve-canal anal	24 180,00
Nevrax	30 230,00
T.cutanée	12 200,00
castration	6 730,00
Os- parties molles	25 000,00

Forfait de la curiethérapie à bas débit

Eléments du forfait	Tarif en DHs
Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Frais techniques de l'appareil - Etablissement du protocole thérapeutique - Frais de la phase de préparation - Séjour Observations : - Forfait par cure - Quelque soit l'organe	12 000,00

Forfait de la radiofréquence

Eléments du forfait	Tarif en DHs
Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Consommable médical, Sondes. - Frais techniques de l'appareil - scanner Observation : - Forfait par séance	15 000,00 y compris la sonde

Forfait d'irathérapie

Eléments du forfait	Tarif en DHs
Honoraires du médecin - Actes médicaux - Soins infirmiers - Majoration de nuit, jours fériés et week-end - Consommable médical, l'ode 131. - Hospitalisation - Contrôle isotopique post thérapeutique - Gestion des déchets Observation : - Forfait par séance	27 000,00

Forfait de la greffe de moelle osseuse

Eléments du forfait	Tarif en DHs
---------------------	--------------



Caisse Mutuelle de sécurité sociale du Personnel des régies autonomes
des distributions d'eau et d'électricité au Maroc - CMSS

Adresse : N°3, Rue FARRAD Bouchaib CASABLANCA

Tel : 05 22 31 06 54

Fax : 05 22 54 25 43

E-Mail CMSS : cmss@lydec.co.ma

TARIFICATION TRANSPORT PAR AMBULANCE (DECES) appliqué par CMSS

Villes	Kilom. Aller	TOTAL Kilom. A/R	Prix/km=3,2DH	P.C	Formalités	Cercueil+Acc	TOTAL	FORFAIT A
CASABLANCA (Domicile)							170,00	170,00
CASABLANCA (Cimetière)			250,00		Mosquée=50dh		300,00	300,00
MOHAMMEDIA	29	58,00	185,60	50,00	100,00	650,00	985,60	1000,00
AGADIR	523	1046,00	3347,20	50,00	100,00	650,00	4147,20	4100,00
BENI MELLAL	226	452,00	1446,40	50,00	100,00	650,00	2246,40	2200,00
EL JADIDA	99	198,00	633,60	50,00	100,00	650,00	1433,60	1400,00
FES	291	582,00	1862,40	50,00	100,00	650,00	2662,40	2600,00
KENITRA	133	266,00	851,20	50,00	100,00	650,00	1651,20	1650,00
KSAR EL KEBIR	247	494,00	1580,80	50,00	100,00	650,00	2380,80	2350,00
LARACHE	283	566,00	1811,20	50,00	100,00	650,00	2611,20	2600,00
MARRAKECH	241	482,00	1542,40	50,00	100,00	650,00	2342,40	2300,00
MEKNES	231	462,00	1478,40	50,00	100,00	650,00	2278,40	2250,00
NADOR	613	1226,00	3923,20	50,00	100,00	650,00	4723,20	4700,00
OUJDA	635	1270,00	4064,00	50,00	100,00	650,00	4864,00	4800,00
RABAT	93	186,00	595,20	50,00	100,00	650,00	1395,20	1350,00
SAFI	256	512,00	1638,40	50,00	100,00	650,00	2438,40	2400,00
SEOER MAACHOU	90	180,00	576,00	50,00	100,00	650,00	1376,00	1350,00
SETTAT	72	144,00	460,80	50,00	100,00	650,00	1260,80	1250,00
TANGER	370	740,00	2368,00	50,00	100,00	650,00	3168,00	3100,00
TAZA	411	822,00	2630,40	50,00	100,00	650,00	3430,40	3400,00
TETOUAN	380	760,00	2432,00	50,00	100,00	650,00	3232,00	3200,00

ANNEXE N°5



ANNEXE 6

Pièces justificatives à fournir pour un dossier d'hospitalisation par type d'hospitalisation

-1/3-

Type d'hospitalisation	Détail à fournir
Toutes les prestations	Dossier d'examen pour les soins ALD ou la feuille de soins pour les soins "maladie" dument remplie avec date, cachet, signature de tous les professionnels ainsi que le montant engagé de chaque prestation
hospitalisation chirurgicale (1)	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Compte rendu opératoire signé et cacheté par le médecin chirurgien ayant fait l'opération, précisant la date de l'intervention
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
hospitalisation Médicale (2)	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Compte Rendu d'Hospitalisation précisant le nombre et la nature de séjour, cacheté et signé par le médecin
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
	Billet d'entrée/sortie
Hospitalisation médico-chirurgicale (3)	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Compte rendu opératoire signé et cacheté par le médecin chirurgien ayant fait l'opération, précisant la date de l'intervention
	Compte Rendu d'Hospitalisation cacheté et signé par le médecin et précisant la durée et la nature du séjour
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	Billet d'entrée/sortie
Hospitalisation (type 1, 2 ou 3)+ le sang	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Indication de sang (exception faite pour les ALD et ALC)
	Compte Rendu
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	Facture de sang (ou Bon d'Attribution) du centre de transfusion, numérotée, cachetée et signée par le Centre régional de transfusion (si l'hospitalisation est effectuée dans un établissement privé)
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée (pour le type 2 et 3)
	Billet d'entrée/sortie

ANNEXE N°6



Pièces justificatives à fournir pour un dossier d'hospitalisation par type d'hospitalisation

-2/3-

Type d'hospitalisation	Détail à fournir
hospitalisation (type 2 ou 3) + matériel	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Compte rendu opératoire signé et cacheté par le médecin chirurgien ayant fait l'opération, précisant la date de l'intervention
	Ordonnance nominative prescrivant le matériel, datée, signée et cachetée par le médecin et le fournisseur
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	Facture du matériel numérotée, cachetée et signée par le fournisseur portant le détail, la quantité et le prix de chaque unité
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
	Billet d'entrée/sortie
hospitalisation type 1 et/ou 2 pour cataracte	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Ordonnance nominative prescrivant le matériel, datée, signée et cachetée par le médecin et le fournisseur : si l'acte est effectué au PUBLIC ou au CHU
	Compte rendu d'hospitalisation et/ou opératoire signé et cacheté par le médecin chirurgien qui a fait l'opération, précisant l'œil opéré
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement : si l'acte est effectué au PUBLIC ou au CHU
	Facture du matériel numérotée, cachetée et signée par le fournisseur portant le détail, la quantité et le prix de chaque unité
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
	Billet d'entrée/sortie
hospitalisation type 1 et/ou 2 pour accident	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Ordonnance nominative prescrivant le matériel, datée, signée et cachetée par le médecin et le fournisseur
	Compte rendu opératoire ou d'hospitalisation signé et cacheté par le médecin,
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	Causes et circonstances de l'accident sur un écrit signé par l'assuré ou la personne malade en précisant la date et le lieu de l'accident
	Copie du procès verbal lorsqu'il s'agit d'un accident de Voie publique
	Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
	Billet d'entrée/sortie
Hospitalisation pour dialyse	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
	Calendrier des séances de dialyses indiquant la date de chaque séance
	Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement

ANNEXE N°6



Pièces justificatives à fournir pour un dossier d'hospitalisation par type d'hospitalisation

-3/3-

Type d'hospitalisation		Détail à fournir
Hospitalisation pour la chimiothérapie		Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
		Compte Rendu d'Hospitalisation précisant la durée et la nature du séjour, cacheté et signé par le médecin
		Le protocole de la chimiothérapie
		Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
		Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommé
		Billet d'entrée/sortie
hospitalisation pour la cardiologie	la coronarographie	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
		Compte rendu de la coronarographie
		Le CD de la coronarographie
		Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
	la coronarographie avec une hospitalisation	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
		Compte Rendu d'Hospitalisation précisant La durée et la nature du séjour, cacheté et signé par le médecin
		Compte rendu de la coronarographie
		Le CD de la coronarographie
		Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
		Détail des médicaments avec prix de chaque unité consommée
		Billet d'entrée/sortie
	cardiologie interventionnelle	Feuille de soins originale remplie selon les normes en vigueur
		Compte Rendu d'Hospitalisation précisant la durée et la nature du séjour, cacheté et signé par le médecin
		Compte rendu d'angioplastie
		CD de la procédure,
		La nature ou le résultat de la biologie et des actes d'explorations effectuées au cours d'hospitalisation
		Facture de l'établissement détaillée, numérotée et cachetée par l'établissement
		En cas de consommation du médicament AGRASTAT : code à barres de l'agratat
		En cas d'utilisation du STENT ou pace maker : vignette et numéro de série (pièces originales)
		Billet d'entrée/sortie

ANNEXE N°6