

Décret n° 2-05-736 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance 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 rejab 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 7, 9 et 10 ;

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

Décète :

Article premier

Les taux de couverture des prestations prévues par les dispositions de l'article 7 de la loi n° 65-00 susvisée, au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base géré par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, sont fixés par groupes de prestations comme suit :

1. Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, actes paramédicaux, de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie délivrés à titre ambulatoire hors médicaments : 80% de la tarification nationale de référence;
2. Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice et le sang et ses dérivés labiles : 90% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 100% lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat;
3. Médicaments admis au remboursement : 70% du prix public Maroc;
4. Lunetterie médicale, dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux : forfaits fixés dans la tarification nationale de référence;
5. Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement : forfaits fixés dans la tarification nationale de

- référence;
6. Soins bucco-dentaires : 80% de la tarification nationale de référence;
 7. Orthodontie médicalement requise pour les enfants : forfait fixé dans la tarification nationale de référence;

Article 2

En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, l'assuré est exonéré totalement ou partiellement de la part restant à sa charge selon le type de maladies telles que prévues dans la liste arrêtée par le ministre de la santé.

La part restant à la charge de l'assuré ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies.

Toutefois, l'exonération de la part restant à la charge de l'assuré est totale pour les soins onéreux.

Article 3

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

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

Driss Jettou.

Pour contresigner :

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° 2-05-737 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de 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 la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejab 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 7, 9 et 10 ;

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

Décrète :

Article premier^(*)

Les groupes de prestations couvertes par la Caisse nationale de sécurité sociale au titre de l'assurance maladie obligatoire de base sont définis comme suit :

- ✓ En ce qui concerne les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, les prestations médicalement requises suivantes :
 - les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales;
 - les analyses de biologie médicale ;
 - la radiologie et l'imagerie médicale ;
 - les explorations fonctionnelles ;
 - l'hospitalisation ;
 - les médicaments admis au remboursement ;
 - le sang et ses dérivés labiles ;
 - les soins bucco-dentaires ;
 - les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux admis au remboursement ;

(*) Complété en vertu de l'article 1^{er} du décret n° 2-09-299 du 23 hija 1430 (11 décembre 2009), et complété en vertu de l'article 1er du décret n° 2-14-706 du 16 moharrem 1436 (10 novembre 2014)

- les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- les actes paramédicaux ;
- les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- la lunetterie médicale.

Les prestations ci-dessus sont couvertes qu'elles soient dispensées à titre ambulatoire ou dans le cadre de l'hospitalisation.

- ✓ En ce qui concerne l'enfant dont l'âge est inférieur ou égal à 12 ans, l'ensemble des prestations définies à l'article 7 de la loi n° 65-00 ;
- ✓ En ce qui concerne le suivi de la grossesse, l'accouchement et ses suites, les actes médicaux et chirurgicaux tels qu'ils sont définis à la nomenclature générale des actes professionnels et à la nomenclature des actes de biologie médicale ainsi que les médicaments admis au remboursement, le sang et ses dérivés labiles, les actes paramédicaux et, le cas échéant, les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- ✓ En ce qui concerne l'hospitalisation, l'ensemble des prestations et soins rendus dans ce cadre y compris les actes de chirurgie réparatrice.
- ✓ En ce qui concerne les soins et prestations médicales ambulatoires :
 - Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
 - Les analyses de biologie médicale ;
 - La radiologie et l'imagerie médicale ;
 - Les explorations fonctionnelles ;
 - Les médicaments admis au remboursement ;
 - Les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;

- Les actes paramédicaux ;
- Les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux ambulatoires admis au remboursement ;
- Les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- La lunetterie médicale.
- Les soins bucco-dentaires ;
- L'orthodontie pour les enfants.

Article 2

Le taux de couverture des groupes de prestations citées à l'article premier ci-dessus est fixé à 70% de la tarification nationale de référence, établie conformément à l'article 12 de la loi n° 65-00 susvisée.

Ce taux est porté à 90% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, lorsque les prestations y afférentes sont dispensées dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

Article 3

La prise en charge des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux englobe l'ensemble des prestations médicalement requises par l'état de santé du bénéficiaire y compris la transplantation d'organes et de tissus.

Article 4

Le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution 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.