

Projet



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Convention Nationale

Entre

Les Organismes Gestionnaires

Et

Les Pharmaciens d'Officine

الوكالة الوطنية للتأمين الصحي Agence Nationale de l'Assurance Maladie

8, Avenue Mehdi Ben Barka, Hay Riad, 10100 Rabat, Maroc . حي الرياض، 10100 الرباط، المغرب .

Tel : (+212) (0) 537 68 79 60 : الهاتف - Fax : (+212) (0) 537 68 79 68 : الفاكس - www.assurancemaladie.ma

CONVENTION NATIONALE

Etablie sous l'égide de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie sise à 26, Avenue de France - Rabat, représentée par son Directeur Général, Monsieur Chakib TAZI. Ci-après dénommée ANAM.

ENTRE

- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sise à 649, Boulevard Mohammed V - Casablanca, représentée par son Directeur Général, Monsieur Saïd AHMIDOUCH,
- La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) sise à 4, Rue AL Khalil - Rabat, représentée par son Directeur Général, Monsieur Abdelaziz ADNANE,

Ci-après dénommées Organismes Gestionnaires

D'UNE PART

ET

- Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) sis à la Maison du Pharmacien Hay Riad Secteur 10 N°6 Rabat, représenté par son Vice Président, Docteur Cherif LAMRANI.

Avec le concours de :

- La Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens du Maroc (FNSPM) sise à la Maison du Pharmacien Hay Riad Secteur 10 N°6 Rabat, représentée par son Président, Monsieur Oulaid AMRI TOUDRHI.

Ci-après dénommés Pharmaciens d'officine.

D'AUTRE PART

PREAMBULE

- **Conscientes** de l'importance et de l'impact social de la mise en oeuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) instituée par la loi 65-00 portant code de la Couverture Médicale de Base ;
- **Ayant** à l'esprit les objectifs de l'Etat en matière de santé et sa détermination à assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins ;
- **Convaincues** du rôle qu'il leur appartient d'assumer dans la réussite et la pérennisation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire de base ;
- **Considérant** que les conventions nationales sont l'instrument privilégié du dialogue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire et les pharmaciens d'officine, en vue de permettre à la population assurée l'accès à des soins reconnus de qualité et médicalement requis ;
- **Déterminées** à assurer aux pharmaciens d'officine des conditions d'exercice dans le respect du cadre réglementaire en vigueur garantissant la qualité de la relation entre les pharmaciens d'officine et les assurés de l'AMO ;

Les parties conviennent des clauses de la présente convention qu'elles s'engagent à appliquer dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

Les parties,

- Vu la loi n° 65-00 portant code de la Couverture Médicale de Base, promulguée par dahir n°1-02-296 du 25 regeb 1423 (3 octobre 2002),
- Vu le décret 2-05-733 du 11 Joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la Couverture Médicale de Base, notamment son chapitre III,
- Vu la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie promulguée par dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006), et les textes pris pour son application,
- Vu le dahir portant loi n° 1-75-453 du 25 hija 1396 (17 décembre 1976) instituant un ordre des pharmaciens.

Ont convenu et arrêté ce qui suit :

TITRE PREMIER : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE PREMIER : FONDEMENTS DU PARTENARIAT

Article Premier – Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir, dans le cadre du mode tiers payant, les relations entre les Organismes Gestionnaires de L'AMO et les pharmaciens d'officines.

L'objectif étant de faire bénéficier les assurés concernés de la dispense de l'avance des frais correspondant à la délivrance de certains médicaments remboursables au titre de l'AMO, en ne réglant directement auprès de la pharmacie d'officine que le ticket modérateur restant à leur charge.

La liste des médicaments concernés par cette prise en charge est fixée par la présente convention. Cette liste est mise à jour au fur et à mesure et portée à la connaissance des représentants des pharmaciens par lettre signée conjointement par les Organismes Gestionnaires et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie.

Article 2 - le champ d'application

La présente convention revêt un caractère national. Elle s'applique, conformément à l'article 23 de la loi 65-00 susvisée, à :

- L'ensemble des pharmaciens d'officine exerçant à titre libéral, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, sauf déclaration expresse à l'ANAM et aux Organismes Gestionnaires, de ne pas y adhérer, selon les dispositions de l'article 9 cité ci-après ;
- L'ensemble des bénéficiaires présentant une attestation de l'Organisme Gestionnaire pour la prise en charge, en mode tiers payant, des médicaments de la liste, objet de la présente convention ;
- L'ensemble des organismes gestionnaires de l'AMO de base ;
- La liste des médicaments définie en annexe de cette convention (annexe n°1).

CHAPITRE II : DELIVRANCE DES MEDICAMENTS AUX BENEFICIAIRES

Article 3 - Libre choix

Les bénéficiaires de l'AMO de base conservent, conformément à l'article 14 de la loi 65-00, le libre choix de la pharmacie d'officine, parmi celles conventionnées.

Les Organismes Gestionnaires respectent le libre choix de leurs assurés, s'interdisent d'orienter les patients vers toute pharmacie d'officine, et s'engagent à ne faire aucune discrimination dans le traitement des dossiers.

Toutefois, le respect du principe de libre choix n'est pas antinomique avec l'obligation pour les Organismes Gestionnaires de l'AMO de base d'informer leurs assurés des termes de la présente convention et de la liste des pharmacies d'officine non conventionnées.

Article 4- Modalités de dispensation et de facturation

1. L'assuré doit justifier l'ouverture de son droit à l'AMO par la présentation de l'original de l'attestation de prise en charge des médicaments délivrée par l'Organisme Gestionnaire concerné à la pharmacie d'officine (annexe n°2).

Le bénéficiaire est préalablement informé de la partie restant à sa charge, qu'il règle directement à la pharmacie d'officine.

Toute prise en charge est valable au plus tard un mois à partir de la date de délivrance de l'attestation de prise en charge.

2. Le pharmacien d'officine, au vu de cette attestation de prise en charge et de la prescription :

- Délivre les médicaments mentionnés sur la base de l'original de l'attestation de prise en charge conformément à l'ordonnance ;
- Etablit, conformément au modèle adopté (annexe n°3), la facture avec apposition de la signature de l'assuré ou du bénéficiaire.

Les prix facturés des médicaments étant en Prix Public Maroc (PPM);

- Garde l'original de l'attestation de prise en charge des médicaments sur laquelle il appose le cachet de la pharmacie d'officine ainsi que l'original de la prescription du médecin traitant ;

- Dépose au niveau de la représentation de la CNSS ou de la CNOPS de son choix, contre un accusé de réception, ou envoi par poste aux centres de réception de courrier de l'Organisme Gestionnaire concerné, dans un délai n'excédant pas trois mois à compter de la délivrance des médicaments, le dossier de remboursement comprenant :
- L'original de la facture ;
 - L'original de l'attestation de prise en charge,
 - L'original de l'ordonnance sous réserve des dispositions de l'article 37 de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, auquel cas, le pharmacien ne peut refuser d'en délivrer au patient une copie certifiée conforme par lui portant le timbre de son officine et le numéro du registre d'ordonnances.
 - Les Prix Public Maroc (PPM), et le code à barres, lorsqu'il existe, des médicaments à détacher et coller sur la facture.

Toute délivrance de médicaments donne lieu à une seule facture originale. Le pharmacien s'engage au strict usage des formulaires destinés à l'AMO de base notamment ceux ayant fait l'objet d'une normalisation par l'ANAM.

Chapitre III : MODALITES DE CONTROLE

Article 5 – Modalités de contrôle

Dans le souci d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de l'AMO, les Organismes Gestionnaires sont tenus de procéder, conformément à l'article 26 de la loi n° 65-00, à un contrôle ayant pour objet de :

- Vérifier la conformité de dispensation des médicaments prescrits;
- Constater le cas échéant les abus et les fraudes en matière de délivrance des biens médicaux et leur facturation.

D'autre part, les Organismes Gestionnaires et les pharmaciens d'officine sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de fournir aux pharmaciens inspecteurs chargés du contrôle relevant du Ministère de la Santé, les documents et informations utiles au bon déroulement de leur mission et ce conformément aux dispositions de l'article 40 du décret n° 2-05-733 pris pour l'application de la loi 65-00.

CHAPITRE IV : REGLEMENT

Article 6 – Règlement

- Bases de règlement,

Sur la base du dossier de remboursement, l'Organisme Gestionnaire en question s'engage à régler les sommes dues, par virement bancaire, directement à la pharmacie d'officine.

Tout accord de prise en charge est considéré comme définitif, à la condition que l'Organisme Gestionnaire reçoive le dossier complet établi par le pharmacien d'officine, conformément aux dispositions de la présente convention relatives au dossier de remboursement.

- Délai de règlement

L'Organisme Gestionnaire concerné s'engage à régler à la pharmacie d'officine la part des frais à sa charge sur la base des dossiers de remboursement dans un délai n'excédant pas 30 jours fin de mois à compter de la date de leur réception.

CHAPITRE V : SUIVI ET CONCERTATION

Article 7 : Règlement de différend à l'amiable par les parties

Tout différend résultant de l'application des dispositions de la présente convention est soumis à la demande du pharmacien ou de la représentation professionnelle au niveau local, aux représentants concernés des Organismes Gestionnaires, et en cas de nécessité, aux entités centrales concernées des mêmes organismes, afin de résoudre à l'amiable le différend en question.

Les cas non solutionnés peuvent être soumis par l'une ou l'autre des parties à l'ANAM pour instruction conformément aux dispositions de l'article 8 cité ci-après.

Article 8 – Commission Permanente de Suivi

Dans le cadre de la présente convention, il est institué une commission permanente de suivi qui se réunit au moins une fois par Semestre ou à la demande de l'une des deux parties, si nécessaire, sous la présidence du Directeur Général de l'ANAM ou de son représentant.

Cette commission est en outre, composée de :

- 1 représentant du CNOP
- 1 représentant de la FNSPM
- 1 représentant de la CNSS
- 1 représentant de la CNOPS

La Commission Permanente de Suivi est chargée :

- D'examiner et de régler les problèmes liés à l'application de la convention ;
- De statuer sur les désaccords concernant les facturations en vue de concilier les parties en litige ;
- D'examiner tout manquement ou violation de la présente convention, des règles professionnels, des lois et règlements en vigueur ;
- De proposer les modifications qui sont de nature à permettre un fonctionnement efficace de la convention.

La commission prend ses décisions de façon consensuelle.

Toutefois, tout désaccord persistant dans l'application d'une ou de plusieurs clauses de la convention est soumis à l'avis de l'ANAM.

L'avis de l'Agence s'impose aux parties, et ce, conformément aux dispositions de l'article 31 du décret n° 2-05-733 pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

CHAPITRE VI : DUREE ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 9 - Durée

La présente convention est conclue pour une durée minimum de trois ans, renouvelable, par tacite reconduction, par période de même durée. Toutefois, elle peut faire l'objet d'avenant intervenu en commun accord entre les parties signataires sous l'égide de l'ANAM.

Conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 65-00, Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP), est le signataire légal de cette convention, représentant l'ensemble des pharmaciens. La signature des organisations syndicales à vocation nationale, témoigne le concours qu'elles apportent à l'ordre professionnel.

La dénonciation de la convention par une organisation syndicale des pharmaciens, signataire de la présente convention, ne constitue pas une résiliation de la convention mais le retrait de cette organisation de son adhésion à cette convention.

De même toute adhésion d'une organisation syndicale à cette convention, ne requiert pas l'aval préalable de toute autre organisation syndicale.

La résiliation de cette convention par un organisme gestionnaire ou par le Conseil National de l'Ordre National des Pharmaciens doit être notifiée à l'ANAM par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins six mois avant sa date d'échéance.

Article 10 - Notification de la non- adhésion

Tout pharmacien d'officine, membre de la profession, est réputé adhérent d'office à la présente convention.

Tout pharmacien d'officine qui ne désire pas adhérer à la convention nationale, doit en faire déclaration à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, aux Organismes Gestionnaires et au CNOP. La déclaration de non adhésion adressée à l'une des parties vaut déclaration à l'ensemble des parties à la présente convention.

De même, le pharmacien peut faire cette déclaration à la Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens du Maroc.

Toute partie informée directement d'une déclaration de non adhésion devra en faire part, sans délai, à l'ANAM qui la rend effective par l'émission d'une décision de non adhésion.

La déclaration de la non adhésion à la convention nationale est faite conformément au modèle annexé à la présente convention (annexe n°4).

Afin d'informer les assurés sur l'état du conventionnement d'une pharmacie d'officine, le pharmacien affichera son adhésion ou non adhésion à la convention nationale de manière visible pour l'assuré, conformément au modèle arrêté par l'ANAM (annexe n°5).

Article 11 - Adhésion de parties non signataires de la convention

L'adhésion de toute autre partie à la présente convention est sujette à l'accord exclusif de l'ANAM, des Organismes Gestionnaires et du CNOP.

Article 12 - Diffusion des clauses de la convention

Chacune des parties signataires s'engage à assurer la plus large diffusion de la présente convention.

Article 13- Date d'effet

La présente convention, signée le entre en vigueur le2012.

Article 14– Annexes

Les annexes font partie intégrante de la présente convention.

Fait à Rabat, le

<p>La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Saïd AHMIDOUCH</p>	<p>La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Abdelaziz ADNANE</p>
<p>Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP), représenté par son Vice Président :</p> <p>Docteur Cherif LAMRANI</p>	<p>La Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens du Maroc (FNSPM) représentée par son Président :</p> <p>Monsieur Oulaid AMRI TOUDRHI</p>
<p>L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, représentée par son Directeur Général :</p> <p>Monsieur Chakib TAZI</p>	

- ANNEXE 1 -

La liste des médicaments

Liste des médicaments pris en charge dans le cadre du Tiers Payant par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Code	Nom Commercial	DCI	Dosage	Unité	Forme	Présentation	PPM	PBR	Classe Thérapeutique
6118001180585	CASODEX	BICALUTAMIDE	50	MG	Comprimé Enrobé	1 Boîte 30 Comprimé	1 915,20	1915.20	Antiandrogène
6118001181797	NAVELBINE	VINORELBINE	30	MG	Capsule Molle	1 Boîte 1 Capsule Molle	1 134,00	1134.00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001170067	AROMASINE	EXEMESTANE	25	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	1360.10	1360.10	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001030187	FEMARA	LÉTROZOLE	2,5	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	2233.00	2233.00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001180509	ARIMIDEX	ANASTROZOLE	1	MG	Comprimé Pelliculé Sécable	1 Boîte 30 Comprimé	2 037,80	2037.80	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001170111	ESTRACYT	ESTRAMUSTINE	140	MG	Gélule	1 Boîte 100 Gélule	1 827,20	1827.20	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001141685	HEPSERA	ADÉFOVIR	10	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	2 700,00	2700.00	Antiviral
6118000141340	ZEFFIX	LAMIVUDINE	100	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 28 Comprimé	1 420,00	1420.00	Antiviral
6118001100033	IMUSPORIN	CICLOSPORINE	100	MG	Capsule	1 Boîte 50 Capsule	1 428,00	1428.00	Immunosuppresseur
6118001080250	ARAVA	LÉFLUNOMIDE	10	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 30 Comprimé	1 051,90	1 051,90	Immunosuppresseur
6118001080267	ARAVA	LÉFLUNOMIDE	20	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 30 Comprimé	1 421,00	1 421,00	Immunosuppresseur
6118001000333	POTEX	EPOÉTINE ALFA	10000	UI	Poudre Pour Solution Injectable	1 Boîte 1 Kit	1 266,00	1 266,00	Antianémique
6118001181049	EPREX	EPOÉTINE ALFA	10000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	9166.00	9166.00	Antianémique
6118001181056	EPREX	EPOÉTINE ALFA	10000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	13 139,50	13 139,50	Antianémique
6118001181032	EPREX	EPOÉTINE ALFA	1000	UI	Solution Injectable	6 Kit 0,5 Ml	916.60	916.60	Antianémique

Liste des médicaments pris en charge dans le cadre du Tiers Payant par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Code	Nom Commercial	DCI	Dosage	Unité	Forme	Présentation	PPM	PBR	Classe Thérapeutique
6118001181094	EPREX	EPOÉTINE ALFA	4000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	3366.00	3366.00	Antianémique
6118001181100	EPREX	EPOÉTINE ALFA	4000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	5 323,60	5 323,60	Antianémique
6118001181087	EPREX	EPOÉTINE ALFA	3000	UI	Solution Injectable	6 Kit 0,3 Ml	2749.00	2749.00	Antianémique
6118001181070	EPREX	EPOÉTINE ALFA	2000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	3 011,30	3 011,30	Antianémique
6118001181063	EPREX	EPOÉTINE ALFA	2000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	1833.00	1833.00	Antianémique
6118001010059	EPOTIN	ERYTHROPOÏÉTINE HUMAINE	2000	UI	Solution Injectable	10 Flacon 1 Ml	3 600,00	3 600,00	Antianémique
6118001010042	EPOTIN	ERYTHROPOÏÉTINE HUMAINE	4000	UI	Solution Injectable	10 Flacon 1 Ml	6 200,00	6 200,00	Antianémique
6118001182541	ZOLADEX	GOSÉRILINE	3,6	MG	Implant Injectable	1 Kit 1 Implant Injectable	2 306,50	2 306,50	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001182534	ZOLADEX	GOSÉRILINE	10,8	MG	Implant Injectable	1 Kit 1 Implant Injectable	5 480,00	5 480,00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118010000409	BETAFACT	FACTEUR IX	500	UI	Solution Injectable	1 Boîte 1 Flacon	1 970,00	1 970,00	Facteur Sanguin De La Coagulation
6118010000393	FACTANE	FACTEUR VIII	500	UI	Solution Injectable	1 Boîte 1 Flacon	2 400,00	2 400,00	Facteur Sanguin De La Coagulation

- ANNEXE 2 -

Attestation de prise en charge des médicaments

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES MEDICAMENTS**
شهادة تحمل مصاريف الأدوية
Nom et prénom de l'assuré :
Nom et prénom du bénéficiaire :
N° d'affiliation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

N° d'immatriculation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

N° de Prise En Charge :
Médecin traitant :
INPE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance
Sociale en charge conformément à la convention en
vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتحمل
مصاريف الأدوية التالية و ذلك وفقا للاتفاقية الجاري
بها العمل :

Médicament (Nom commercial) الاسم التجاري للدواء	Quantité العدد	PPM الثلث العمومي	PBR الثلث المسترجع	Taux de prise en charge نسبة التحمل	Montant pris en charge par la CNOPS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.م.ح.ج	Montant à la charge de l'assuré (en DH) المبلغ المؤدى من طرف المؤمن
Total :						

Pour un montant global de prise en chargeDhs
المبلغ الإجمالي للتحمل
La validité de prise en charge : du .../.../.... Au .../.../....
صلاحية التحمل من .../.../... إلى .../.../....

Aussi, nous signalons que cette attestation de prise en charge
est à usage unique et que le dépassement du délai de validité
de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation
sans effet.

كما ننير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة و أن
عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه
يفقد هذه الشهادة صلاحيتها :

Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature et cachet de l'Organisme Gestionnaire :
Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

**Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie
d'officine :**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES MEDICAMENTS**
شهادة تحمل مصاريف الأدوية
Nom et prénom de l'assuré :
Nom et prénom du bénéficiaire :
N° d'immatriculation : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / **N° de Prise En Charge :**
Médecin traitant :
INPE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية التالية و ذلك وفقا للاتفاقية الجاري بها العمل :

Médicament (Nom commercial) الاسم التجاري للدواء	Quantité العدد	PPM الثلث العمومي	PBR الثلث المسترجع	Taux de prise en charge نسبة التحمل	Montant pris en charge par la CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.ج	Montant à la charge de l'assuré (en DH) المبلغ المؤدى من طرف المؤمن
Total :						

Pour un montant global de prise en chargeDhs
المبلغ الإجمالي للتحمل
La validité de prise en charge : du .../.../.... Au .../.../....
صلاحية التحمل من .../.../.... إلى .../.../....

Aussi, nous signalons que cette attestation de prise en charge est à usage unique et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة و أن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها :

Agence CNSS :
وكالة ص.و.ض.ج
Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature et cachet de l'Organisme Gestionnaire :
Fait à :
Le : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine :

- ANNEXE 3 -

La Facture

Convention tiers payant médicaments

FACTURE MEDICAMENTS

Nom de l'officine :

N° de la facture :

N° de prise en charge :

Nom et prénom de l'assuré :

Nom et prénom du bénéficiaire :

Organisme Gestionnaire :

CNOPS

☐

CNSS

☐

N° d'immatriculation de l'assuré :

/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

INPE du pharmacien :

/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Médicament (Nom commercial)	Quantité	PPM	PBR	Taux de prise en charge	Montant pris en charge par l'O.G (en DH)	Montant restant à la charge de l'assuré (en DH)
Total :						

Arrêté la présente facture à la somme de (en DH et en toutes lettres) :

Montant pris en charge par l'Organisme Gestionnaire :

Montant restant à la charge de l'assuré :

Fait à :

Date d'établissement de la facture correspondant à la délivrance des médicaments: / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / _ /

Signature de l'assuré ou du bénéficiaire :

Signature du pharmacien et cachet de l'officine :

Pour le déboursement des frais, veuillez joindre à cette facture les pièces suivantes et les déposer au niveau de la représentation de l'Organisme Gestionnaire concerné dans un délai ne dépassant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments :

- L'original de l'attestation de la prise en charge des médicaments
- L'original de l'ordonnance (sous réserve des dispositions de l'article 4 de la convention)
- Les Prix Public Maroc et les codes à barres des médicaments (à détacher et coller sur la présente facture)

- ANNEXE 4 -

La déclaration de la non adhésion à la convention nationale

**A Monsieur le Directeur Général de
l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie**

Objet : Déclaration de non adhésion à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'AMO et les pharmaciens d'officine.

Je, soussigné(e),

Nom et prénom du pharmacien :

INPE du pharmacien :

Adresse :

Ville :

déclare, ne pas adhérer à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire et les pharmaciens d'officine ».

Fait à :

Le : / /

Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine :

- ANNEXE 5 -

Affichage de l'adhésion ou la non adhésion à la convention nationale

**Déclaration d'adhésion à la convention nationale
Conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie
Obligatoire et les pharmaciens d'officine**

Je, soussigné(e),

Nom et prénom du pharmacien :

INPE du pharmacien :

Adresse :

Ville :

« déclare, aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base, mon adhésion à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire et les pharmaciens d'officine ».

Fait à :

Le : / /

Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine :

تصريح بالانخراط في الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيآت المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض و الصيدالة

أنا الموقع (ة) أسفله،

اسم و نسب الصيدلي:

رقم التعريف الوطني لمهنيي و مؤسسات الصحة : INPE /_/_/_/_/_/_/_/_/

العنوان:

المدينة:

«أعلن، للمستفيدين من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ، عن انخراطي في الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيآت المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض و الصيدالة»

حرر في:

بتاريخ : /_/_/

توقيع الصيدلي و خاتم الصيدلية:

**Déclaration de non adhésion à la convention nationale
Conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie
Obligatoire et les pharmaciens d'officine**

Je, soussigné(e),

Nom et prénom du pharmacien :

INPE du pharmacien :

Adresse :

Ville :

« déclare, aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base, la non adhésion à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire et les pharmaciens d'officine ».

Fait à :

Le : / /

Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine :

**تصريح بعدم الانخراط في الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيآت المكلفة
بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض و الصيدالة**

أنا الموقع (ة) أسفله،

اسم و نسب الصيدلي:

رقم التعريف الوطني لمهنيي و مؤسسات الصحة : INPE /_/_/_/_/_/_/_/_/

العنوان:

المدينة:

«أعلن، للمستفيدين من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ، عن عدم انخراطي في
الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيآت المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض
و الصيدالة»

حرر في:

بتاريخ : /_/_/

توقيع الصيدلي و خاتم الصيدلية: