Décret portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médical

(Version consolidée à la date du 6 octobre 2011)

Adala adala.justice.gov.ma

Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale.[1]

LE PREMIER MINISTRE,

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

Après examen par le conseil des ministres réuni le 4 rejeb 1429 (8 juillet 2008),

DÉCRÈTE :

Chapitre premier : Conditions du bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale

ARTICLE PREMIER

Les conditions du bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale par les personnes visées aux articles 116 à 119 de la loi n° 65-00 susvisée sont fixées conformément au présent chapitre.

ART. 2

Pour bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale, les personnes visées à l'article 116 de la loi susvisée n° 65-00, doivent :

1 – attester, dans le formulaire visé à l'article 9 ci-dessous, qu'elles ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale de base, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit ;

1- Bulletin officiel N° 5674 du 16 chaoual 1429 (16-10-2008), p 703.
- Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 5672 du 9 chaoual 1429 (9 octobre 2008).

2 – être reconnues, sur la base des critères d'éligibilité prévus aux articles 3 et 4 ci-après, ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins.

ART. 3 [2]

En milieu urbain, les critères d'éligibilité du postulant au régime d'assistance médicale sont définis comme suit :

1. disposer d'un revenu annuel inférieur à 5.650 DH par personne composant le ménage après pondération du revenu déclaré, y compris les transferts, par des variables socio-économiques du ménage ;

2. avoir un score des conditions socio-économiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 11.

Pour être éligible, le postulant doit répondre aux deux critères sus-indiqués.

ART. 4

En milieu rural, les critères d'éligibilité du postulant au régime d'assistance médicale sont définis comme suit :

1 – avoir un score patrimonial, calculé sur la base de l'ensemble des éléments constituant son patrimoine, inférieur ou égal à 70 par personne composant le ménage ;

2 – avoir un score des conditions socio-économiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 6.

Pour être éligible, le postulant doit répondre aux deux critères sus-indiqués.

ART. 5

Les variables liées aux conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les indices de calcul des scores des conditions socio-économiques ainsi que

2 - l'article 3 a été modifiée et complétée, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199 du 7 chaoual 1432 (6 septembre 2011), Bulletin officiel n° 5984 du 8 kaada 1432 (6-10-2011), p. 2206.

la méthode de calcul desdits scores, prévus aux articles 3 et 4 ci-dessus, sont définis par arrêté conjoint des autorités gouvernementales chargées de l'intérieur, des finances, de la santé et de l'agriculture.

Peuvent être modifiés suivant la même procédure, les montants de revenu, les scores des conditions socio-économiques, ainsi que le score patrimonial fixés dans les articles 3 et 4 précités.

ART. 6

Pour le bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale, les personnes reconnues éligibles en vertu des articles 3 et 4 ci-dessus sont classées, en fonction du revenu ou du patrimoine pondérés prévus à l'article 25 et 26 ci-dessous, en deux catégories :

– les personnes en situation de pauvreté ;

– les personnes en situation de vulnérabilité.

ART. 7

La prise en charge des personnes visées à l'article 118 de la loi précitée n° 65-00, est effectuée sur la base de demandes de soins présentées par les directeurs de l'établissement qui les hébergent.

Les établissements privés à but non lucratif hébergeant des orphelins, des enfants abandonnés ou des adultes sans famille doivent être dûment autorisés par l'administration conformément aux dispositions de la loi n° 14-05 relative aux conditions d'ouverture des établissements de protection sociale et de leur gestion.

Chapitre II : Modalités d'identification des personnes pouvant bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale

ART. 8

Le bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale par les personnes visées à l'article 116 de la loi susvisée n° 65-00 a lieu à la demande. Cette demande est introduite :

1 – pour les ménages, par un des époux et, en cas d'empêchement ou d'impossibilité, par un des enfants âgé au moins de 18 ans ou, à défaut,

par un membre de la famille.

2 – pour les personnes vivant seules, par la personne concernée elle-même ou, en cas d'incapacité par suite d'hospitalisation ou d'incapacité physique ou mentale, par un membre de sa famille ou, à défaut, par les soins de l'autorité locale compétente à raison du lieu de sa résidence.

ART. 9

Le postulant au bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale doit déposer sa demande auprès de l'autorité administrative locale compétente à raison du lieu de sa résidence, établie sur un formulaire accompagné des documents justificatifs.

Le modèle du formulaire de demande et la liste des documents l'accompagnant sont définis par arrêté conjoint des autorités gouvernementales chargées de l'intérieur, des finances, de l'agriculture et de la santé.

ART. 10 [3]

A la réception du formulaire de la demande et des documents l'accompagnant, l'autorité administrative locale procède à la vérification des documents et éléments d'informations fournis et délivre immédiatement au postulant un récépissé portant le numéro et la date de dépôt de ladite demande.

La vérification des documents et éléments d'information a pour objet de s'assurer de la complétude des informations fournies.

L'autorité administrative locale compétente doit tenir un registre spécial dans lequel doivent être consignés les éléments d'information portés sur les récépissés délivrés aux postulants.

Elle transmet les formulaires de demande, accompagnés des documents justificatifs, à la commission permanente locale prévue à l'article 12 ci-dessous dans un délai maximum de 15 jours.

3- L'article 10 (premier alinéa) a été modifiée et complétée, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

ART. 11

Le récépissé ne confère pas au postulant la qualité d'éligible au régime d'assistance médicale. Il permet à son détenteur l'accès aux soins d'urgence, en attendant la réunion de la commission prévue à l'article 12 ci-dessous et la délivrance de la carte prévue à l'article 19 ci-dessous. Sa durée de validité ne peut excéder trois (3) mois.

ART. 12 [4]

Il est institué, dans le ressort territorial de chaque caïdat, annexe administrative ou pachalik d'une ville non découpée en annexes administratives, une commission permanente locale.

La commission permanente locale a pour missions de :

- vérifier l'exhaustivité des informations contenues dans les dossiers et des documents les accompagnant ;
- s'assurer de la cohérence des informations fournies ;
- statuer sur les dossiers de demande ;
- établir la liste des personnes reconnues éligibles en précisant leurs catégories d'appartenance, telles que prévues à l'article 6 ci-dessus ;
- établir la liste des personnes non éligibles au régime d'assistance médicale ;
- transmettre les deux listes, accompagnées du procès-verbal, dûment paraphé et signé par le président et chacun des membres présents, à l'autorité locale aux fins d'affichage et d'envoi à la commission préfectorale ou provinciale visée à l'article 16 ci-dessous.

En cas de refus, le procès-verbal doit comporter notamment les motifs de ce refus. Ces motifs sont notifiés par l'autorité locale à la personne concernée, à sa demande.

Le refus peut faire l'objet de recours devant la commission permanente préfectorale ou provinciale prévue à l'article 16 ci-dessous.

4 - L'article 12 a été modifiée et complétée, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

Toute demande de recours doit être déposée, dans un délai maximum de deux mois suivant l'affichage des listes, auprès de l'autorité locale compétente qui la transmet sous huitaine à la commission préfectorale ou provinciale accompagnée du dossier initial du postulant, assorti, le cas échéant, des éléments de son instruction par la commission permanente locale.

ART. 13

Tout changement dans la situation du bénéficiaire, en rapport avec les conditions d'éligibilité prévue à l'article 2 ci-dessus, doit être porté par celui-ci à la connaissance de l'autorité administrative locale qui en informe la commission permanente locale en vue de prendre la décision qui convient.

ART. 14

S'il est porté à la connaissance du président de la commission permanente locale qu'une personne reconnue éligible au régime d'assistance médicale a fait usage de fraude, fausse déclaration ou contrefaçon pour bénéficier des prestations dudit régime, celui-ci en informe le président de la commission permanente préfectorale ou provinciale qui doit diligenter une enquête pour s'assurer de la véracité des informations qui lui sont parvenues.

En cas de confirmation des actes reprochés à l'intéressé, le rapport de l'enquête est soumis à la commission permanente préfectorale ou provinciale qui procède au réexamen du dossier au vu des nouvelles données et statue conformément à l'article 16 ci-dessous.

Dans tous les cas, les autorités gouvernementales chargées de l'intérieur et de la santé ainsi que l'agence nationale de l'assurance maladie doivent être informées des décisions de ladite commission pour prendre les mesures qui s'imposent, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 142 de la loi n° 65-00 susvisée.

ART. 15

La commission permanente locale est présidée par l'autorité administrative locale compétente dans le ressort territorial du caïdat, de

l'annexe administrative ou du pachalik d'une ville non découpée en annexes administratives.

Outre son président, la commission comprend :

- les représentants locaux des autorités gouvernementales chargées des finances, de la santé et de l'agriculture ;
- un représentant de l'entraide nationale ;
- le président du conseil communal concerné ou son représentant.

Le président de la commission peut faire appel, à titre consultatif, à toute autre personne dont la contribution lui paraît utile.

La commission permanente locale se réunit au moins deux fois par mois et chaque fois que le nombre des demandes l'exige. Elle statue valablement, dans un délai maximum de 30 jours, lorsque le nombre des membres présents est supérieur ou égale à 3.

Ce délai peut être prorogé de 30 jours au maximum en cas de complément d'information demandé au postulant ou d'enquête sociale.

ART. 16 [5]

Il est institué dans chaque préfecture ou province, une commission permanente préfectorale ou provinciale chargée de :

- diligenter, en cas de contestation, des enquêtes administratives ou sociales ;
- statuer, dans un délai maximum de 60 jours, sur les recours présentés contre les décisions des commissions permanentes locales et transmettre ses conclusions à l'autorité locale concernée qui procède à leur affichage et en informe la commission permanente locale intéressée ;
- établir, dans un délai maximum de 15 jours, conformément au modèle défini par l'agence nationale de l'assurance maladie, la liste globale définitive des personnes éligibles au régime d'assistance médicale au niveau de la préfecture ou de la province concernée, y compris celles

5 - L'article 16 a été modifié et complété, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

retenues suite à un recours administratif ;

- adresser la liste globale définitive, accompagnée du procès-verbal de réunion, dûment paraphés et signés par le président et chacun des membres présents, au wali ou gouverneur de la préfecture ou de la province compétent.

Le wali ou gouverneur compétent transmet ladite liste et le procès-verbal, aux services centraux des ministères de l'intérieur et de la santé ainsi qu'à l'agence nationale de l'assurance maladie aux fins d'immatriculation et d'attribution des cartes de bénéficiaires en application des articles 18 et 19 ci-dessous.

ART. 17

La commission permanente préfectorale ou provinciale est présidée par le wali ou le gouverneur territorialement compétent ou son représentant.

Elle comprend, en outre :

- les représentants à l'échelon de la préfecture ou de la province des autorités gouvernementales chargées des finances, de la santé et de l'agriculture ;
- un représentant de l'entraide nationale ;
- le président de l'assemblée préfectorale ou provinciale ou son représentant.

Le président de la commission peut faire appel, à titre consultatif, à toute autre personne dont la contribution lui paraît utile.

La commission permanente préfectorale ou provinciale se réunit une fois par mois et chaque fois que les circonstances l'exigent. Elle statue valablement lorsque le nombre des membres présents est supérieur ou égale à 3.

ART. 18 [6]

La durée d'admission au régime d'assistance médicale des personnes

6 - L'article 18 a été modifiée et complétée, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

reconnues éligibles est fixée à trois (3) ans.

Celles-ci sont immatriculées par l'agence nationale de l'assurance maladie au fichier global des bénéficiaires dudit régime sur la base des listes définitives établies par l'autorité préfectorale ou provinciale concernée.

ART. 19 [7]

A l'exception des personnes éligibles au régime d'assistance médicale en vertu des articles 118 et 119 de la loi n° 65-00 susvisée, il est attribué aux personnes reconnues éligibles au régime d'assistance médicale des cartes délivrées par l'agence nationale de l'assurance maladie dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception des listes.

Les cartes d'assistance médicale sont remises aux intéressés par l'autorité administrative locale compétente.

La durée de validité de la carte est de trois (3) ans pour les personnes reconnues en situation de pauvreté et d'un an pour les personnes reconnues en situation de vulnérabilité. Pour cette dernière catégorie, le renouvellement de la carte se fait à l'expiration de la première année et de la deuxième année de la période d'éligibilité sous réserve du règlement par lesdites personnes du montant de la participation partielle annuelle.

ART. 20 [8]

La carte d'assistance médicale doit obligatoirement comporter la photographie du bénéficiaire et du conjoint et indiquer notamment :

– l'identité, ainsi que la catégorie à laquelle il appartient ;

– le numéro de la carte d'identité nationale ou de la carte nationale d'identité électronique ;

– l'identité du conjoint ;

– l'identité des enfants à charge ;

7 - L'article 19 (troisième paragraphe) a été modifiée et complétée, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

8 - L'article 20 a été modifié et complété, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précitée.

– l'identifiant personnel de couverture médicale (IPCM) attribué au bénéficiaire ainsi que les identifiants attribués à chacun de ses ayants droits ;

– la date de naissance et le sexe de chaque ayant droit ;

– le centre de santé de rattachement ;

– la date d'expiration de la carte.

Chapitre III : Modalités de prise en charge des personnes reconnues éligibles au régime d'assistance médicale

ART. 21

Les personnes reconnues éligibles au régime d'assistance médicale ont, selon la catégorie à laquelle elles appartiennent en vertu de l'article 6 ci-dessus, droit aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

ART. 22 [9]

Sous réserve des dispositions de l'article 23 ci-dessous, l'admission aux établissements de santé visés à l'article 21 ci-dessus des personnes reconnues éligibles au régime d'assistance médicale, a lieu au vu de la carte d'assistance médicale, du carnet de santé et du document qui réfère le patient du centre de santé de rattachement, en fonction du médicalement requis par son état de santé, à la structure hospitalière la plus proche dans la filière de soins.

En cas de changement d'adresse, l'intéressé est tenu de fournir à la délégation du ministère de la santé du lieu de son nouveau domicile, un document attestant ce changement.

En cas de recours aux soins dispensés par les établissements de soins de santé de base, la présentation de la carte d'assistance médicale n'est pas exigée.

9 - L'article 22 a été modifié et complété, en vertu de l'article premier du décret n° 2-11-199, précité.

ART. 23

En cas d'hospitalisation en urgence, le patient est pris en charge immédiatement à l'hôpital. Il lui incombe de fournir au cours ou à l'issue de son séjour à l'hôpital, la carte d'assistance médicale ou, à défaut, le récépissé de dépôt de la demande du bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale auprès de l'autorité administrative locale du lieu de sa résidence, prévu à l'article 10 ci-dessus.

ART. 24

En cas de naissance dans un ménage reconnu éligible au régime d'assistance médicale, le bénéfice des prestations dudit régime est étendu pendant toute la période d'éligibilité au nouveau né moyennant la présentation de la carte de bénéficiaire et du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance.

Le chef de ménage doit, en outre, faire une déclaration à l'autorité administrative locale, conformément aux dispositions de l'article 13 ci-dessus.

Chapitre IV : Modalités de financement du régime d'assistance médicale

ART. 25

La contribution partielle annuelle des bénéficiaires au titre du régime d'assistance médicale prévue à l'article 120 de la loi n° 65-00 susvisée est due par les personnes reconnues en situation de vulnérabilité.

Sont reconnues en situation de vulnérabilité au sens de l'article 6 ci-dessus, les personnes résidantes dans le milieu urbain dont le revenu pondéré est supérieur à 3.767 DH par personne et par an et inférieur ou égal à 5.650 DH par personne et par an et les personnes résidantes en milieu rural dont le score patrimonial est supérieur à 28 et inférieur ou égal à 70.

La contribution partielle annuelle des bénéficiaires est fixée à 120 DH par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage quel que soit l'effectif des personnes le composant.

Lesdits bénéficiaires procèdent au versement du montant de la contribution partielle annuelle susvisée au profit de l'agence nationale de l'assurance maladie à un compte spécifique ouvert par ledit établissement auprès de la Trésorerie générale du Royaume.

A la fin de chaque trimestre, l'agence nationale de l'assurance maladie procède au virement de l'ensemble des contributions perçues au compte d'affectation spéciale n° 3.200.1.12.00.1. intitulé « Fonds spécial de la pharmacie centrale ».

ART. 26

La contribution annuelle des communes prévue à l'article 126 de la loi n° 65-00 susvisée constitue une participation à la prise en charge de la gratuité des soins au profit des personnes bénéficiaires en situation de pauvreté dans le ressort territorial de la collectivité locale concernée.

Sont reconnues en situation de pauvreté au sens de l'article 6 ci-dessus, les personnes dont le revenu pondéré est inférieur ou égal à 3.767 DH par personne et par an lorsqu'elles sont résidantes en milieu urbain, ou dont le score patrimonial est inférieur ou égal à 28 lorsqu'elles sont résidantes en milieu rural.

Cette contribution est fixée à 40 DH par personne bénéficiaire et par an dans la limite de l'effectif des personnes reconnues en situation de pauvreté dans la commune concernée.

Les communes procèdent annuellement et avant le 31 mars de chaque année au virement de leur contribution susvisée au compte d'affectation spéciale n° 3.200.1.12.00.1 intitulé « Fonds spécial de la pharmacie centrale » sur la base d'une situation établie par l'agence nationale de l'assurance maladie faisant ressortir l'estimation des personnes potentiellement éligibles au régime d'assistance médicale dans la catégorie des personnes en situation de pauvreté.

ART. 27

Les personnes éligibles de droit au régime d'assistance médicale en vertu des articles 118 et 119 de la loi n° 65-00 susvisée sont exemptées du paiement de la contribution partielle annuelle.

ART. 28

Les dispositions du présent décret seront mises en œuvre dans la région de Tadla Azilal et étendues aux autres régions, par arrêté conjoint des autorités gouvernementales chargées de l'intérieur, des finances et de la santé.

En attendant la mise en œuvre du régime d'assistance médicale dans une région, la procédure administrative de prise en charge des personnes économiquement démunies, pour l'accès aux prestations de soins et de services de santé, demeure en vigueur.

ART. 29

Les ministres de l'intérieur, de l'économie et des finances et 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 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008).

ABBAS EL FASSI.

Pour contreseing :

Le ministre de l'intérieur,

CHAKIB BENMOUSSA.

Le ministre de l'économie
et des finances,

SALAHEDDINE MEZOUAR.

La ministre de la santé,

YASMINA BADDOU.

adala.justice.gov.ma