**Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.**

**LOUANGE A DIEU SEUL !**

(Grand Sceau de Sa Majesté Mohammed VI)

Que l'on sache par les présentes - puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur!

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 26 et 58,

**A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :**

Est promulguée et sera publiée au *Bulletin officiel,* à la suite du présent dahir, la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, telle qu'adoptée par la Chambre des Conseillers et la Chambre des Représentants.

*Fait à Marrakech, le 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002).*

**Pour contreseing :**

***Le Premier ministre,***

**ABDERRAHMAN YOUSSOUFI.**

*

* *

## Loi n° 65-00
## portant code de la couverture médicale de base

### PREAMBULE

La politique de développement sociale prônée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, repose fondamentalement sur la solidarité et la cohésion sociale.

L'amélioration du niveau de santé constitue une des composantes essentielles de cette politique qui vise à garantir la pleine participation des citoyens au développement durable du pays.

A cet effet, l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Cette priorité fait l'objet d'un consensus national qui s'inscrit dans la mouvance internationale car elle représente un instrument efficace de justice sociale et de lutte contre les inégalités.

La protection de la santé implique pour l'Etat, l'engagement d'assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens à titre individuel et collectif, l'organisation d'une offre de soins de qualité répartie harmonieusement sur le territoire et de garantir l'accès aux soins à toutes les couches sociales de la population grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé.

L'Etat doit prendre les mesures nécessaires pour obliger le promoteur de recherche à prendre en charge les soins des personnes qui se prêtent à des recherches scientifiques.

Afin de concrétiser l'engagement de l'Etat, qui consacre le principe du droit à la santé tel que prévu par les conventions internationales, la présente loi constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale et consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie. Cette assurance sera progressivement étendue à l'ensemble des citoyens, toutes catégories sociales confondues. A cette fin, un système obligatoire de couverture médicale de base sera mis en place en vue d'atteindre

l'accès universel aux soins; l'Etat devant veiller à l'équilibre financier à travers l'encadrement permanent du système de couverture.

Dans ce cadre, la présente loi portant code de la couverture médicale de base institue :

- une assurance maladie obligatoire de base (AMO) fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants ;
- un régime d'assistance médicale (RAMED) fondée sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

Ce code constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé. D'autres dispositifs et mesures d'accompagnement, y compris les décrets d'application de la présente loi, seront soumis aux partenaires sociaux et aux parties concernés avant leur édiction.

## LIVRE PREMIER

## DISPOSITIONS GENERALES

### TITRE PREMIER

### Objet et principes généraux

### Article premier

Le financement des prestations de soins de santé est fondé sur les principes de la solidarité et de l'équité, afin de garantir à l'ensemble de la population du Royaume l'accès aux dites prestations.

A cette fin, il est institué un système de couverture médicale, de base comprenant l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED).

L'assurance maladie obligatoire de base est fondée sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques.

Le régime d'assistance médicale est fondé sur le principe de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

Les personnes assurées dans ce cadre et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination aucune due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, à leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence.

**Article 2**

L'assurance maladie obligatoire de base s'applique:

- aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public;
- aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé;
- aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé;
- aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée.

L'assurance maladie obligatoire de base s'applique également, aux anciens résistants et membres de l'armée de libération et aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas en vertu de l'article 5 ci-dessous.

**Article 3**

Les personnes économiquement faibles qui ne sont assujetties à aucun des régimes d'assurance maladie obligatoire de base institués au titre de la présente loi sont éligibles pour la prise en charge des frais de leurs soins, à un régime d'assistance médicale dans les conditions définies par le livre III de la présente loi.

**Article 4**

Chaque catégorie ou groupe de catégorie d'assujettis visés à l'article 2 ci-dessus, bénéficie d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base propre.

La présente loi définit les règles générales communes à l'ensemble des régimes et les règles particulières au régime de l'assurance maladie

obligatoire de base des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé, ainsi que les dispositions propres au régime d'assistance médicale.

Les règles régissant les régimes d'assurance maladie obligatoire de base propres aux étudiants, aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres activités non salariées, seront définies par des législations particulières.

Sont également fixées par une législation particulière les règles et conditions en vertu desquelles les anciens résistants et membres de l'armée de libération peuvent bénéficier du régime d'assurance maladie obligatoire de base dans la mesure où ils n'en bénéficient pas à un autre titre.

## TITRE II

## Champ d'application

### Chapitre premier

### Bénéficiaires

### Article 5(*)

Outre la personne assujettie à l'obligation d'assurance maladie de base au titre du régime dont elle relève, l'assurance maladie obligatoire de base couvre les membres de sa famille qui sont à sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature.

Sont considérés comme membres de la famille à charge:

- le (s) conjoint (s) de l'assuré;
- les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 2 ci-dessus;
- les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur.

Toutefois cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 26 ans pour les enfants poursuivant des études supérieures à condition d'en apporter la justification.

(*) Modifié par la loi 116-12 promulogée par dahir n° 1-15-105 du 18 Chaoual 1436 (4 Aout 2015).

Sont considérés comme personnes à charge sans limite d'âge, les enfants de l'assuré atteints d'un handicap physique ou mental et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

L'assuré peut demander l'extension du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont il relève à son père et à sa mère, à condition de prendre en charge la cotisation les concernant.

La cotisation des parents est fixée par décret.

### Article 6

Lorsque les parents sont l'un et l'autre assurés en vertu des dispositions de la présente loi, les enfants sont déclarés à l'organisme assureur du père.

En cas de dissolution du mariage, la déclaration doit être faite auprès de l'organisme assureur de l'ex-conjoint auquel la garde des enfants est confiée.

Si la garde des enfants est confiée à une personne autre que la mère ou le père, les enfants conservent le bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base de l'un des parents assurés.

Lorsque seul l'un des parents est assuré et en cas de dissolution du mariage, la déclaration est faite auprès de l'organisme assureur de l'ex-conjoint.

## Chapitre II

## Prestations garanties

### Article 7

L'assurance maladie obligatoire de base garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, quel que soit le régime dont ils relèvent, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

L'assurance maladie obligatoire de base donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire, au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes:

- soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat;
- actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- analyses de biologie médicale ;
- radiologie et imagerie médicale ;
- explorations fonctionnelles ;
- médicaments admis au remboursement ;
- poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositifs ou d'implants ;
- appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- lunetterie médicale ;
- soins bucco-dentaires ;
- orthodontie pour les enfants ;
- actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- actes paramédicaux.

### Article 8

Sont exclues du champ des prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire de base, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce.

## TITRE III

## Conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge

### Chapitre premier

### Conditions de remboursement ou de prise en charge

### Article 9

L'assurance maladie obligatoire de base garantit le remboursement ou la prise en charge directe d'une partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire de base, désigné, ci-après «organisme gestionnaire», l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée sont fixées par voie réglementaire.

### Article 10

Les taux de couverture et les conditions de remboursement par prestation ou groupes de prestations couvertes sont fixés par la voie réglementaire, sans que ces taux de couverture soient inférieurs aux taux appliqués à la date d'entrée en vigueur de la présente loi. Certains articles, notamment les appareillages et dispositifs médicaux, font l'objet de remboursement

ou de prise en charge sous forme de forfait. La liste de ces articles, ainsi que les conditions et les limites du forfait sont fixées par voie réglementaire.

**Article 11**

Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base est effectué :

- à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par l'autorité gouvernementale chargée de la santé ;
- sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou de pré-paiement ;
- sous forme de capitation.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par voie réglementaire sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

**Article 12**

La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties est fixée :

- par voie conventionnelle en application du chapitre II du présent titre ;
- ou par voie réglementaire, le cas échéant ;
- pour les médicaments, le tarif national de référence est le prix public des médicaments ;
- pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par l'administration sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie visée à l'article 57 ci-dessous.

**Article 13**

Les prestations garanties au titre de l'assurance maladie obligatoire de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins

ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base peuvent être admises, dans les limites fixées par la présente loi et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsqu'il ne peut recevoir au Maroc les soins appropriés à son état.

Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 14**

Le bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire de base conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente loi et les textes pris pour son application sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

**Article 15**

Les frais des prestations médicales sont couverts selon le type et la nature de chaque prestation :

- soit par voie de prise en charge directe par l'organisme gestionnaire du régime d'assurance maladie obligatoire de base, dans la limite du taux de couverture visé à l'article 10 ci-dessus;
- soit par voie d'avance des frais desdites prestations par l'assuré ou le bénéficiaire, à charge pour lui de produire à l'organisme gestionnaire du régime d'assurance maladie obligatoire de base les documents justificatifs et les informations attestant la véracité des soins administrés en vue d'obtenir le remboursement des frais des prestations garanties conformément à la présente loi.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

### Article 16

Sont fixés par voie réglementaire :

- les modalités de dépôt des documents attestant les frais engagés par l'assuré ainsi que le délai de ce dépôt;
- le délai maximum pour le remboursement des frais médicaux aux assurés par les organismes gestionnaires, sans toutefois dépasser trois mois, ou pour l'obtention de la prise en charge;
- le délai maximum pour le déboursement au profit du prestataire de soins en cas de tiers-paiement sans, toutefois, dépasser six mois.

### Article 17

L'inobservation par l'assuré des procédures et réglementations ouvrant droit au remboursement ne fait pas perdre le bénéfice de ce remboursement quand il s'est avéré, dans des conditions fixées par voie réglementaire, qu'elle est totalement indépendante de la volonté de l'intéressé, en particulier quand elle est due à son état de santé.

## Chapitre II

*Modalités de conventionnement*

### Article 18

Les rapports entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins médicaux publics ou privés, notamment en ce qui concerne les tarifs nationaux de référence pour le remboursement ou la prise en charge, sont définis dans le cadre de conventions nationales conclues conformément aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application à l'initiative et sous la conduite de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

### Article 19

En ce qui concerne les prestations de soins rendues par le secteur privé, les conventions nationales sont conclues entre, d'une part, l'ensemble des organismes gestionnaires et, d'autre part, les conseils nationaux des ordres professionnels concernés avec le concours d'une ou de plusieurs

organisations syndicales des prestataires de soins à vocation nationale.

En cas d'inexistence d'un ordre professionnel, les conventions nationales sont conclues entre, d'une part, l'ensemble des organismes gestionnaires et, d'autre part, la ou les associations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives des différentes catégories de professionnels de la santé concernées, y compris les établissements de soins ou d'hospitalisation privés.

Pour les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, la convention nationale est conclue entre les organismes gestionnaires et l'administration.

Pour les établissements publics de soins et d'hospitalisation, la convention nationale est conclue, sous l'égide de l'administration, entre ceux-ci et les organismes gestionnaires.

Dans les deux derniers cas, les tarifs conventionnels ne peuvent être inférieurs à ceux fixés par voie réglementaire.

**Article 20**

Un cadre conventionnel type pour chaque convention nationale est établi par voie réglementaire sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie, après consultation des représentants des organisations professionnelles prestataires de services médicaux, avant de les soumettre à l'approbation de l'administration.

**Article 21**

Les délais et les modalités de conclusion des conventions nationales sont fixés par voie réglementaire.

Ces conventions doivent être préalablement à leur mise en œuvre approuvées par l'administration.

A défaut d'accord sur les termes des conventions nationales, l'administration reconduit d'office la convention précédente, lorsqu'elle existe, conclue en vertu de la présente loi ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire après consultation de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

### Article 22

Sont nulles et non avenues toutes conventions relatives au même objet et conclues en dehors des dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application.

### Article 23

Lorsqu'une convention nationale est approuvée, tout prestataire de soins membre de la profession est réputé adhérent d'office à celle-ci.

Tout prestataire de soins médicaux 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 à son organisation professionnelle, lorsqu'elle existe.

Tout prestataire de soins médicaux, adhérent à la convention nationale, est tenu au respect de l'intégralité des clauses de ladite convention, sous peine de l'application de l'article24 ci-après.

### Article 24

L'Agence nationale de l'assurance maladie peut décider, sur demande d'un organisme gestionnaire et sans préjudice des sanctions ordinales, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de présenter ses observations.

Cette mise hors convention est décidée pour une durée déterminée.

Les conditions et modalités de mise hors convention et de réintégration à la convention sont établies par voie réglementaire.

### Article 25

Le remboursement ou la prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente loi s'effectue, quel que soit le prestataire de soins, conventionné ou non, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention, conformément aux dispositions des articles 11 et 12 de la présente loi.

## Chapitre III
*Contrôle médical*

### Article 26

Les organismes gestionnaires sont tenus d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

A cet effet, les organismes gestionnaires sont habilités à désigner des praticiens et des pharmaciens en vue d'assurer le contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

### Article 27

Afin de lui permettre d'exercer la mission qui lui est impartie par le deuxième alinéa de l'article 26 ci-dessus, le praticien chargé du contrôle médical peut exiger la convocation ou la visite de la personne intéressée soit à son domicile, soit au lieu d'hospitalisation.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

### Article 28

Les praticiens et les directeurs des cliniques et des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

### Article 29

Aucun bénéficiaire des prestations prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, le remboursement

des frais engagés au titre des prestations de soins objet du contrôle est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Le contrôle médical doit intervenir dans le délai réglementaire de remboursement, sous réserve des dispositions de l'article 30 ci-après.

### Article 30

En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme gestionnaire à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'Agence nationale de l'assurance maladie, qui désigne un médecin expert pour procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

### Article 31

Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par décret.

## TITRE IV

## Dispositions communes relatives à la gestion et au contrôle sur les prestations de l'assurance maladie obligatoire de base

### Chapitre premier

### Conditions d'ouverture, de maintien, de suspension ou de fermeture du droit aux prestations

### *Article 32*

L'ouverture du droit aux prestations d'assurance maladie obligatoire de base est subordonnée au paiement préalable des cotisations. L'organisme gestionnaire est fondé à suspendre le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas été effectivement acquitté.

Toutefois, dans le cas où l'assuré concerné ou l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante, ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, l'organisme gestionnaire est tenu de continuer le service des prestations à ces personnes tout en enjoignant

à l'employeur concerné de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

Les conditions d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont fixées par les dispositions législatives et réglementaires particulières à chaque régime. Ces régimes déterminent aussi la période de stage préalable à l'ouverture du droit et, le cas échéant, les conditions de dispense de cette période.

Sont dispensées de plein droit du stage précité, les personnes assurées qui, suite au changement de leur travail, deviennent affiliées à un organisme ou un régime d'assurance maladie obligatoire de base autre que l'organisme ou le régime auquel elles appartenaient auparavant.

En aucun cas, la durée de la période de stage ne doit excéder six mois.

**Article 33**

Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base sont tenus de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties à leur régime et valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations.

**Article 34**

Les personnes qui cessent de remplir des conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit, d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour le bénéfice d'un autre régime d'assurance maladie obligatoire de base ou du régime d'assistance médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

**Article 35**

Sous réserve des dispositions du paragraphe «c» de l'article 72 de la présente loi, les ayants droit de l'assuré décédé qui ne bénéficient

d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base à quelque titre que ce soit, continuent de bénéficier pendant une période de deux années des prestations du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont relevait le *cujus* au moment du décès.

**Article 36**

En cas de dissolution du mariage, l'ex-conjoint d'un assuré, qui ne bénéficie pas à un autre titre d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base, continue à bénéficier, pendant une période d'une année, des prestations de l'assurance maladie obligatoire de base dont il relevait à la date de la dissolution du mariage, en tant qu'ayant droit.

**Article 37**

A l'expiration des périodes de maintien des droits prévues au présent chapitre, les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base à un autre titre sont, si elles remplissent les conditions requises, admises au bénéfice du régime d'assistance médicale.

**Chapitre II**

*Règles d'affiliation, d'immatriculation et de gestion*

**Article 38**

Les règles de gestion de chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base, ainsi que l'organisme chargé d'assurer cette gestion, sont définies dans les dispositions législatives et réglementaires particulières relatives à ce régime.

**Article 39**

Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis aux régimes d'assurance maladie obligatoire de base sont fixées par les dispositions législatives et réglementaires particulières à chaque régime.

**Article 40**

L'affiliation et consécutivement l'immatriculation à l'organisme gestionnaire prend effet au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel les assurés remplissent les conditions d'immatriculation.

### Article 41

Il est interdit aux organismes gestionnaires de refuser l'affiliation d'un établissement ou l'immatriculation d'une personne assujettie à l'un des régimes qu'ils gèrent.

### Article 42

Il est interdit aux organismes gestionnaires de pratiquer la sélection des risques et des personnes et l'exclusion des assurés et bénéficiaires quel qu'en soit le motif.

### Article 43

Les organismes gestionnaires sont tenus de communiquer, annuellement, aux administrations concernées et à l'Agence nationale d'assurance maladie les documents statistiques et les informations relatives à la consommation médicale des assurés, à leur gestion et à leur comptabilité dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Ils sont tenus de présenter annuellement à ladite agence leurs prévisions budgétaires dans les conditions fixées par voie réglementaire.

## Chapitre III

## *Des incompatibilités*

### Article 44(*)

El est interdit à un organisme gestionnaire d'un ou plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire de base de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et /ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels , dispositifs et appareillages médicaux.

Les organismes qui, à l'entrée en vigueur de la présente loi, disposent de l'un desdits établissements, doivent se conformer aux disposition du premier alinéa ci-dessus, dans un délai expirant le 31 décembre 2012, soit en déléguant la gestion à un autre organisme, soit en optant pour un

(*) Modifié par la loi n° 19.11 promologuée par le dahir n° 1.11.46 du 29 Joumada II 1432 (2juin2011).

autre mode jugé approprié par les organes délibérants des organismes gestionnaires concernés, sous réserve du respect de la législation et de la réglementation en vigueur en matière de dispensation des soins.

Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base peuvent , dans les conditions définies par une législation particulière , contribuer à l'action sanitaire de l'Etat en conformité avec la politique nationale de santé.

## TITRE V

## Dispositions relatives aux ressources et à l'organisation financière

### *Chapitre premier*

### Ressources et organisation financière

### Article 45

Les ressources des régimes d'assurance maladie obligatoire de base sont constituées par :

- les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard dues en application des dispositions particulières qui régissent les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base;
- les produits financiers;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources attribuées aux régimes d'assurance maladie obligatoire de base en vertu de législation ou de réglementation particulière.

### Article 46

L'assiette des cotisations des assurés est définie par chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base selon le statut de rémunération du salarié ou la nature du revenu pour le non salarié.

Pour les titulaires de pensions, les cotisations sont assises sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité

ou d'ayants cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Les cotisations des anciens résistants et membres de l'armée de libération sont fixées par décret.

La cotisation des étudiants est définie suivant un forfait fixé par voie réglementaire.

**Article 47**

Le taux de cotisation doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier de chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base en tenant compte des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et du prélèvement au profit de l'Agence nationale de l'assurance maladie ainsi que pour alimenter la réserve de sécurité prévue à l'article 50 ci-dessous.

**Article 48**

Le taux de cotisation pour chaque régime et pour chaque catégorie des assurés est fixé par décret sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation est opéré dans les mêmes conditions, après consultation des partenaires sociaux.

**Article 49**

Il est interdit aux organismes gestionnaires et à l'Agence nationale de l'assurance maladie d'utiliser les ressources de l'assurance maladie obligatoire de base à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

**Article 50(*)**

Les organismes gestionnaires sont tenus de constituer une réserve de sécurité et une réserve pour la couverture des frais de soins restant à payer pour les prestations garanties par la présente loi.

Les modalités de constitution, de fonctionnement et de représentation de ces réserves sont fixées par circulaire de l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale, prise après avis de la commission

(*) Abrogé et remplacé - (le 2ème et le 3ème alinéa) par la loi n°64-12 promulguée par dahir n° 1-14-10 du 4 Joumada I 1435 (6 mars 2014)

de régulation instituée par l'article 27 de la loi n° 64-12 portant création de l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale.

Les fonds représentatifs de ces réserves, ainsi que les excédents éventuels entre les produits et les charge des régimes d'assurance maladie obligatoire de base, doivent être déposés, contre rémunération, auprès des organismes désignés à cette fin par ladite autorité.

### Article 51

Les organismes gestionnaires sont tenus d'observer un plan comptable spécifique en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

Quand les organismes gèrent d'autres régimes ou des prestations, autres que les prestations médicales, les opérations doivent faire l'objet de comptabilité séparée.

## Chapitre II

*Contrôle financier, comptable et technique*

### Article 52(*)

Les comptes et opérations des organismes gestionnaires sont soumis annuellement à un audit comptable et financier externe diligenté par le conseil d'administration de l'organisme concerné.

L'audit est obligatoirement réalisé sous la responsabilité d'un ou de plusieurs experts comptables, inscrits à l'ordre des experts comptables, à l'effet de s'assurer que les états financiers donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de l'organisme concerné.

Toute mission d'audit doit faire l'objet d'un rapport communiqué à l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale et à l'Agence nationale de l'assurance maladie.

### Article 53

Les organismes gestionnaires sont soumis au contrôle financier de l'Etat prévu par la législation en vigueur, sauf pour ce qui concerne les actes

(*) Abrogé et remplacé - (le 3ème alinéa) par la loi n°64-12 promulguée par dahir n° 1-14-10 du 4 Joumada I 1435 (6 mars 2014)

liés au remboursement ou à la prise en charge des frais des prestations garanties.

Ces actes sont soumis à un contrôle *a posteriori* conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 54**(*)

Les organisme gestionnaire sont soumis au contrôle technique de l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale qui a pour objet de veiller au respect par ces organismes des dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application.

Ce contrôle s'exerce sur pièces et sur place.

A cet effet, les organismes gestionnaire sont tenus de produire tous états, comptes rendus, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler la situation financière, l'émission et le recouvrement des cotisations, le règlement des dossiers , la constitution et la représentation des réserves et l'application des conventions conclues avec les prestataires de soins.

Le contenu et la forme des états, comptes rendus, tableaux et documents ainsi que leurs délais de production sont fixés par circulaire de l'autorité de contrôle précitée, après avis de la commission de régulation instituée par l'article 27 de la loi n° 64-12 précitée.

**Article 55**(*)

Le contrôle technique sur place, prévu à l'article 54 ci-dessus , s'exerce par des agents de l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale, délégués à cet effet par ladite autorité.

**Article 56**

Lorsque le rapport de vérification sur pièces ou sur place fait état d'observations, il est communiqué à l'organisme gestionnaire concerné, qui dispose d'un délai de 30 jours pour présenter ses explications par écrit et, le cas échéant, faire connaître les mesures qu'il compte prendre pour redresser la situation.

(*) Abrogé et remplacé par la loi n°64-12 promulguée par dahir n° 1-14-10 du 4 Joumada I 1435 (6 mars 2014)

## TITRE VI

## Agence nationale de l'assurance maladie

### Article 57

Il est créé, sous la dénomination de «Agence nationale de l'assurance maladie», un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

### Article 58

L'Agence nationale de l'assurance maladie est soumise à la tutelle de l'Etat, laquelle a pour objet de faire respecter par les organes compétents de l'agence, les dispositions de la présente loi, en particulier celles relatives aux missions qui lui sont dévolues et, de manière générale, de veiller au bon fonctionnement du système de couverture médicale de base.

L'agence est également soumise au contrôle financier de l'Etat applicable aux établissements publics conformément à la législation en vigueur.

### Article 59(*)

L'Agence nationale de l'assurance maladie a pour mission d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.

A ce titre, elle est chargée de :

- s'assurer, de concert avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire de base et les objectifs de l'Etat en matière de santé;
- conduire, dans les conditions fixées par voie réglementaire, les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires d'une part, les prestataires de soins et les fournisseurs de biens et de services médicaux d'autre part;
- proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation

(*) Complété par la loi 116-12 promulogée par dahir n° 1-15-105 du 18 Chaoual 1436 (4 Aout 2015).

du système d'assurance maladie obligatoire de base et, en particulier, les mécanismes appropriés de maîtrise des coûts de l'assurance maladie obligatoire de base et veiller à leur respect;

- émettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base dont elle est saisie par l'administration, ainsi que sur toutes autres questions relatives au même objet;
- veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base;
- apporter l'appui technique aux organismes gestionnaires pour la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base dans les conditions et selon les formes édictées par l'administration;
- assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie;
- assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base;
- tenir les informations statistiques consolidées de l'assurance maladie obligatoire de base sur la base des rapports annuels qui lui sont adressés par chacun des organismes gestionnaires;
- élaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'assurance maladie obligatoire de base.
- S'assurer que toute personne immatriculée à un régime de l'Assurance maladie obligatoire de base ou admise au bénéficie du régime de l'Assistance Médicale,ou ses ayant droits ne bénéficient que du seul régime dont ils relèvent.

Pour permettre à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie d'accomplir la mission dont elle est chargée en vertu du dernier alinéa du 2ème

paragraphe de cet article, tous les organismes, les établissements et les parties qui dispensent des prestations en matière de couverture médicale au profit de leurs adhérents ou assurés et leurs ayants droit, sont tenus de communiquer les informations les concernant demandées par l'Agence précitée,selon les modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 60**

Outre les attributions qui lui sont dévolues par l'article 59 ci-dessus, l'agence est chargée de la gestion des ressources affectées au régime d'assistance médicale dans les conditions fixées par la présente loi et les textes pris pour son application.

A ce titre, l'agence est soumise au contrôle financier, comptable et technique prévu aux articles 52 à 56 de la présente loi.

**Article 61**

L'agence est administrée par un conseil présidé par le Premier ministre ou l'autorité gouvernementale déléguée par lui à cet effet.

Il comprend en outre :

*a)* des représentants de l'administration;

*b)* des représentants des employeurs;

*c)* des représentants des assurés des secteurs public et privé désignés par les centrales syndicales les plus représentatives;

*d)* des représentants des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base.

Siègent également au conseil d'administration de l'agence, avec voix consultative, des représentants des prestataires de soins ainsi que des personnalités désignées pour leur compétence dans le domaine de l'assurance maladie.

Le mode de désignation, le nombre de sièges à pourvoir ainsi que la durée du mandat des membres du conseil autres que les représentants de l'administration sont fixés par voie réglementaire.

Un membre suppléant est désigné pour chaque membre titulaire et dans

les mêmes conditions que celui-ci.

En cas de décès, de démission ou de déchéance d'un membre appartenant à une des catégories visées au *b), c)* et *d)* ci-dessus, un nouveau membre est nommé dans les mêmes formes que son prédécesseur, dont il achève le mandat.

Sont déchus de leur mandat, par décret, les membres appartenant auxdites catégories ayant encouru une condamnation pour crime ou pour délit, à l'exclusion des délits involontaires, punis d'une peine de prison de trois mois au moins sans sursis.

Sont démis de leur mandat, dans les mêmes formes les membres desdites catégories dont la carence totale ou les absences répétées aux réunions du conseil d'administration entravent le fonctionnement normal dudit conseil.

Lorsque le conseil d'administration de l'agence est appelé à se prononcer sur la gestion des ressources affectées au régime d'assistance médicale, il est composé uniquement des représentants de l'administration et des directeurs des établissements publics de soins et d'hospitalisation désignés par voie réglementaire.

**Article 62**

Le conseil d'administration est investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de l'agence et à cet effet, règle par ses délibérations les questions générales relevant des missions de celle-ci.

Il est notamment chargé de :

- arrêter le programme d'action de l'agence ;
- arrêter le budget de l'agence et approuver les comptes ;
- autoriser les acquisitions et aliénations des biens meubles et immeubles ;
- élaborer le statut du personnel de l'agence et le faire approuver conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 63**

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président de sa propre initiative ou à la demande des deux tiers de ses membres aussi souvent que les besoins de l'agence l'exigent et au moins deux fois par an.

**Article 64**

Le conseil d'administration délibère valablement lorsque la moitié au moins de ses membres sont présents. Toutefois, lorsque ce quorum n'est pas atteint, lors d'une première réunion, le président convoque de nouveau, dans les quinze jours qui suivent, les membres du conseil pour une seconde réunion qui se tient valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 65**

Le conseil d'administration peut confier à des commissions spécialisées des tâches déterminées relevant de ses attributions.

La composition et les modalités de fonctionnement de ces commissions spécialisées sont fixées par ledit conseil.

**Article 66**

L'agence est gérée par un directeur nommé conformément à la législation en vigueur.

**Article 67**

Le directeur détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de l'agence.

Il exécute les décisions du conseil d'administration.

Il représente l'agence en justice et peut intenter toutes les actions judiciaires ayant pour objet la défense des intérêts de l'agence; il doit,

toutefois, en aviser le président du conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'ensemble des services de l'agence et nomme le personnel dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Il est habilité à engager les dépenses par acte, contrat ou marché conformément à la législation et à la réglementation en vigueur pour les établissements publics.

Il fait tenir la comptabilité des dépenses engagées, liquide et constate les dépenses et les recettes de l'agence conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Il délivre à l'agent comptable les ordres de paiement et les titres de recettes correspondants.

Il peut recevoir délégation du conseil d'administration pour le règlement d'affaires déterminées.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, partie de ses pouvoirs aux cadres placés sous son autorité.

Il présente au conseil d'administration, en fin de chaque année, un rapport sur les activités de l'agence, ainsi que le projet de programme d'action pour l'année suivante.

Il assiste aux réunions du conseil d'administration et des commissions spécialisées, avec voie consultative.

**Article 68**

Les ressources de l'agence comprennent :

- un prélèvement uniforme des cotisations et des contributions dues aux organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie obligatoire de base, dont le taux est fixé par voie réglementaire ;
- une proportion des ressources du régime d'assistance maladie affectée à la gestion dudit régime ;
- les subventions ;
- les dons et legs acceptés par le conseil d'administration ;

- les avances remboursables du Trésor ou des organismes publics ou privés ;
- les emprunts autorisés conformément à la réglementation en vigueur ;
- toutes autres ressources en rapport avec son activité, notamment celles qui peuvent lui être affectées par les textes législatifs et réglementaires.

**Article 69**

Les dépenses de l'agence comprennent :

- les dépenses de fonctionnement et d'équipement ;
- le remboursement des avances et emprunts ;
- toutes autres dépenses en rapport avec la couverture médicale.

**Article 70**

Le personnel de l'agence est constitué :

- par des agents recrutés par ses soins conformément au statut du personnel ;
- par des fonctionnaires détachés des administrations publiques conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

## LIVRE II

## REGIME DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE DES SALARIES ET DES TITULAIRES DE PENSIONS DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE

**Article 71**

Les dispositions particulières régissant le régime d'assurance maladie obligatoire de base applicable aux salariés et aux titulaires de pensions des secteurs public et privé sont fixées par le présent livre.

## TITRE PREMIER

*Champ d'application*

### Article 72

Sont soumis au régime d'assurance maladie obligatoire de base visé à l'article 71 ci-dessus :

*a)* les fonctionnaires, les agents temporaires, occasionnels, journaliers et contractuels de l'Etat, les magistrats, les personnels d'encadrement et de rang des Forces auxiliaires, le corps des administrateurs du ministère de l'intérieur, ainsi que le personnel des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public. Les catégories des agents journaliers sont fixées par voie réglementaire, après consultation des partenaires sociaux.

*b)* les personnes assujetties au régime de sécurité sociale institué par le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15 joumada II 1392 (27 juillet 1972), tel qu'il a été modifié et complété;

*c)* les personnes titulaires de pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayants cause allouées notamment en vertu des régimes suivants:

- le régime des pensions civiles institué par la loi n° 011-71 du 12 kaada 1391 (30 décembre 1971), telle qu'elle a été modifiée et complétée, en ce qui concerne le personnel civil de l'Etat et des collectivités locales;
- le régime des pensions militaires institué par la loi n° 013-71 du 12 kaada 1391 (30 décembre 1971), telle qu'elle a été modifiée et complétée, étendue par le dahir portant loi n° 1-74-92 du 3 chaabane 1395 (12 août 1975) en ce qui concerne les personnels d'encadrement et de rang des Forces auxiliaires;
- le régime collectif des allocations de retraite institué par le dahir portant loi n° 1-77-216 du 20 chaoual 1397 (4 octobre 1977), tel qu'il a été modifié et complété;
- le régime de la sécurité sociale institué par le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15 joumada II 1392 (27 juillet 1972) susvisé pour

les personnels bénéficiaires de pensions de ce régime;

*d)* les personnes titulaires de pensions au titre de régimes particuliers de prévoyance sociale autres que ceux cités ci-dessus.

La couverture médicale des corps des Forces armées royales, actifs et titulaires de pensions, ainsi que leurs ayants droit, demeure régie par les dispositions législatives et réglementaires en la matière les concernant.

## TITRE II

### *Les organismes de gestion*

### Article 73(*)

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire de base prévu à l'article 71 ci-dessus est confiée aux organismes ci-après :

- La Caisse nationale de sécurité sociale, dénommée ci-après CNSS, instituée par le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15 joumada II 1392 (27 juillet 1972), pour les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayants droits ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé ;
- La Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, dénommée ci-après CNOPS et dans les conditions fixées par l'article 83 ci-dessous, les sociétés mutualistes la composant et les autres sociétés mutualistes instituées conformément aux dispositions du dahir n° 1-57-187 du 24 joumada II 1383 (12 novembre 1963) portant statut de la mutualité, pour les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayants droit ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur public.

### Article 74

Les règles de coordination entre les différents organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base en cas de mobilité des salariés entre les deux secteurs public et privé sont définies par voie

(*) Modifié et complété par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22août2014).

réglementaire.

*Chapitre premier*

**Organisme de gestion de l'assurance maladie obligatoire de base pour le secteur privé - la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)**

**Article 75**

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire de base par la CNSS est autonome par rapport à celle des autres prestations assurées par ladite caisse.

A cet effet, les opérations financières et comptables afférentes font l'objet d'un budget autonome qui comprend :

*a)* En ressources :

- les cotisations salariales;
- les contributions patronales;
- les cotisations des titulaires de pensions;
- le produit financier des placements;
- le produit des majorations, astreintes et pénalités de retard;
- les emprunts autorisés conformément à la réglementation en vigueur;
- les dons et legs acceptés par le conseil d'administration ;
- toutes autres ressources qui peuvent lui être affectées par voie législative ou réglementaire.

*b)* En dépenses:

- les paiements et remboursement au titre des prestations garanties par les dispositions de la présente loi;
- les contributions aux frais de fonctionnement de l'agence nationale de l'assurance maladie prévues à l'article 68 de la présente loi;
- les dépenses de fonctionnement;
- les dépenses d'investissement;

- le remboursement des emprunts.

**Article 76**

Outre les missions qui lui sont dévolues en matière de gestion des autres prestations de sécurité sociale, le conseil d'administration de la CNSS connaît, dans le cadre de réunions particulières, de toutes les questions relatives à la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire de base par ladite caisse et règle les affaires s'y rapportant.

**Article 77**

Les réunions du conseil d'administration de la Caisse relatives à la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base doivent se tenir séparément des autres réunions relatives à la gestion des prestations de sécurité sociale.

A cet effet, le conseil comprend, outre les représentants des salariés parmi les centrales syndicales les plus représentatives et les employeurs, les représentants de l'administration, dont un représentant de l'Agence nationale de l'assurance maladie, désignés par voie réglementaire, en observant le principe d'une représentation paritaire tripartite.

Le conseil se réunit chaque fois que les circonstances l'exigent et au moins deux fois par an notamment pour :

- arrêter les états de synthèse de l'exercice clos;
- examiner et arrêter le budget et le programme de l'exercice suivant.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 78**

Lorsque le comité de gestion et d'études prévu à l'article 8 du dahir portant loi n° 1-72-184 susvisé est appelé à traiter des questions relatives à la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire de base, il s'adjoint un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de la santé.

**Article 79**

Les dispositions du dahir portant loi n° 1-72-184 précité et notamment

celles relatives à l'affiliation, l'immatriculation, le recouvrement, les majorations et astreintes, le contrôle et l'inspection sont applicables au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé sous réserve des dispositions du titre IV du premier livre et du titre III du présent livre.

### Article 80

Les modalités de coordination entre les prestations de l'assurance maladie obligatoire de base et les prestations d'indemnité journalière de maladie et de maternité, ainsi que la prestation d'invalidité, sont fixées par voie réglementaire.

## Chapitre II
## Organisme de gestion de l'assurance maladie obligatoire de base pour le secteur public - La Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS)

### Article 81(*)

La CNOPS et sociétés mutualistes prévues à l'article 73 ci-dessus demeure régies par les dispositions du dahir portant loi n° 1-57-187 du 27 joumada II 1383 (12 novembre 1963) susvisé et les textes pris pour son application, sous réserve des dispositions de la présente loi.

### Article 82 (*)

La CNOPS est chargée en matière d'assurance maladie obligatoire de base de :

- instruire, en coordination avec sociétés mutualistes prévues à l'article 73 ci-dessus, les demandes d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des personnes relevant de son ressort conformément aux modalités prévues au titre III du livre II de la présente loi ;
- assurer le recouvrement des cotisations salariales et contributions patronales ;
- rembourser ou prendre en charge directement les prestations

(*) Modifié par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22août2014).

garanties par la présente loi ;

- conclure les conventions nationales avec les prestataires de soins dans les conditions fixées par la présente loi ;
- établir les comptes relatifs à la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base;
- assurer, en coordination avec les sociétés mutualistes concernées, le contrôle médical prévu aux articles 26 à 31 de la présente loi.

**Article 83**(*)

Sous réserve des dispositions de l'article 44 ci-dessus, la CNOPS charge, sous sa responsabilité, les sociétés mutualistes la composant ainsi que, sur leur initiative et après consultation de l'Agence nationale de l'assurance maladie, les autres sociétés mutualistes visées à l'article 73 ci-dessus, d'assurer une partie ou la quasi-totalité des missions qui lui sont dévolues par la présente loi, dans les conditions fixées par une convention approuvée par le conseil d'administration, indiquant notamment la nature des prestations, les délais de remboursement, l'organisation administrative et financière, l'implantation territoriale, les frais de gestion, ainsi que les informations et les statistiques concernant les activités de la société mutualiste concernée.

Les conventions conclues entre la CNOPS et les autres sociétés mutualistes, prévues à l'alinéa précédent, n'entrent en vigueur qu'après leur approbation par l'autorité gouvernementale chargée des finances et celle chargée de l'emploi.

**Article 84**

La CNOPS est administrée par un conseil d'administration composé, pour moitié, des représentants de l'Etat dont le représentant de l'Agence nationale de l'assurance maladie et pour moitié, des représentants des sociétés mutualistes la composant ainsi que des représentants des centrales syndicales les plus représentatives.

Le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des sociétés mutualistes précitées.

(*) Modifié et complété par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22août2014).

Le mode de désignation, le nombre de sièges à pourvoir et la durée du mandat des membres du conseil d'administration sont fixés par voie réglementaire.

**Article 85**

Le conseil d'administration est investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de la caisse.

A cet effet, il est notamment chargé de :

- établir le programme d'action annuel ou pluriannuel;
- arrêter le budget de la caisse et le soumettre a l'approbation de l'administration;
- arrêter les comptes et états de synthèse de l'exercice clos;
- approuver le règlement des achats ;
- élaborer le statut du personnel de la caisse et le soumettre à l'approbation conformément à la réglementation en vigueur ;
- fixer l'organisation administrative de la caisse et la soumettre à l'approbation de l'administration ;
- approuver le rapport financier et le rapport d'activité de la caisse de l'année écoulée ;
- donner son avis sur les projets de conventions nationales à conclure avec les prestataires de soins.

**Article 86**

Le conseil d'administration délibère valablement lorsque les deux tiers au moins de ses membres sont présents.

Au cas où ce quorum n'est pas atteint, le président convoque le conseil pour une deuxième réunion qui doit se tenir au plus tard dans les quinze jours qui suivent.

Dans ce cas, le conseil délibère valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 87**

Le conseil d'administration peut décider de la création de tout comité ou commission spécialisé dont il fixe la composition et les modalités de fonctionnement et auquel il peut déléguer partie de ses pouvoirs et attributions.

**Article 88**

La CNOPS est gérée par un directeur nommé par décret parmi trois candidats proposés par le conseil d'administration.

Ces candidats sont choisis, après appel ouvert aux candidatures parmi ceux remplissant les conditions fixées par le conseil d'administration.

Ces candidatures sont examinées et classées par un comité désigné par ledit conseil.

**Article 89**

Le directeur de la CNOPS détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de la caisse.

Il exécute les décisions du conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'ensemble des services de la caisse et coordonne leurs activités, sous la conduite du conseil d'administration.

Il représente la caisse devant les juridictions compétentes.

Le directeur peut recevoir délégation du conseil d'administration pour le règlement d'affaires déterminées.

Il assiste à titre consultatif aux réunions du conseil d'administration et à celles des commissions et comités issus du conseil.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, partie de ses pouvoirs et attributions au personnel de l'administration de la caisse.

## Article 90

Le budget de la caisse comprend :

a) En ressources :

- les cotisations salariales des personnels de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- les contributions patronales de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- les cotisations des titulaires de pensions du secteur public ;
- le produit financier des placements ;
- le produit des majorations, astreintes et pénalités de retard ;
- les emprunts;
- les dons et legs:
- toutes autres ressources qui peuvent lui être affectées par voie législative ou réglementaire.

b) En dépenses :

- les paiements et frais engagés au titre des prestations garanties par les dispositions de la présente loi;
- les contributions aux frais de fonctionnement de l'Agence nationale de l'assurance maladie prévues à l'article 68 de la présente loi;
- les dépenses de fonctionnement y compris les frais de gestion versés aux sociétés mutualistes chargées, le cas échéant, d'assurer les prestations garanties par la présente loi;
- les dépenses d'investissement;
- le remboursement des emprunts.

## Article 91(*)

Conformément aux dispositions des articles 52 à 56 ci-dessus, la CNOPS et sociétés mutualistes prévues à l'article 73 ci-dessus sont soumises au contrôle financier, comptable et technique prévu auxdits articles.

(*) Modifié par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22 août 2014).

### Article 92(*)

Les modalités d'organisation des relations comptables et financières entre la CNOPS et sociétés mutualistes prévues à l'article 73 ci-dessus sont fixées par voix réglementaire.

### Article 93(**)

La CNOPS et les sociétés mutualistes visées à l'article 73 ci-dessus doivent mettre en conformité leurs statuts et règlements avec les dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application dans un délai n'excédant pas six mois, à compter de la date de l'entrée en vigueur de la convention visée à l'article 83 ci-dessus.

Les statuts et règlements visés ci-dessus sont approuvés « conformément aux textes législatifs en vigueur.

## TITRE III
## Mesures particulières d'affiliation et d'immatriculation des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé

### Article 94

Les employeurs des salariés et titulaires de pensions visés à l'article 72 ci-dessus sont tenus de procéder à :

- l'affiliation de leurs établissements ou de leurs entreprise à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas ;
- l'immatriculation de l'ensemble de leurs salariés à l'organisme concerné.

### Article 95

On entend par employeur, au sens de la présente loi :

*a)* pour les fonctionnaires et agents du secteur public : l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics et les personnes morales de droit public concernés ;

*b)* pour les salariés du secteur privé : l'établissement employeur ;

(*) Modifié par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22 août 2014).

(**) Modifié et complété par la loi n° 120.13 promologuée par le dahir n° 1.14.141 du 25 Chaoual 1435 (22 août 2014).

*c)* pour les titulaires de pensions : l'organisme ou les organismes gérant le ou les régime (s) de pensions dont relèvent les intéressés.

**Article 96**

Les employeurs affiliés au titre de l'assurance maladie obligatoire de base à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas, son tenus chacun en ce qui le concerne de :

*a)* communiquer périodiquement à l'organisme gestionnaire concerné:

- la liste nominative de leurs salariés, assortie de l'assiette servant de base au calcul des cotisations et du montant des cotisations dues;
- la liste nominative des titulaires de pensions, assortie de l'assiette servant de base au calcul des cotisations et du montant des cotisations dues;

*b)* verser à l'organisme concerné les cotisations exigibles.

**Article 97**

L'affiliation et consécutivement l'immatriculation à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas, prend effet au premier jour du mois au cours duquel l'assuré remplit les conditions d'assujettissement et de cotisation.

**Article 98**

L'employeur est tenu de justifier à tout moment qu'il est affilié à l'organisme gestionnaire et qu'il est à jour du paiement des cotisations salariales et contributions patronales, le cas échéant.

**Article 99**

Lorsqu'un employeur n'a procédé ni à son affiliation ni à l'immatriculation de ses salariés ou titulaires de pensions, selon le cas, ces derniers peuvent s'adresser à l'administration qui enjoint l'employeur de régulariser sa situation dans un délai de trois mois, sous peine des sanctions prévues à l'article 130 de la présente loi.

Dans ce cas, l'employeur défaillant reste seul débiteur de la totalité des cotisations et contributions dues à compter de leur date d'exigibilité à

l'organisme concerné, majorée de 1% par mois de retard.

**Article 100**

Dans le cas où l'employeur a omis de faire procéder à l'immatriculation d'un ou de plusieurs de ses salariés ou titulaires de pensions, selon le cas, ceux-ci ont le droit de demander directement leur immatriculation à l'organisme d'affiliation de leur employeur.

Cet organisme est tenu de procéder, dans un délai de quinze jours à compter de la date de la requête du ou des salariés, à la mise en demeure de l'employeur défaillant de se conformer, dans un délai de trente jours, aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application ou, le cas échéant, d'apporter ses explications ou contester l'exactitude des faits qui lui sont reprochés.

A l'expiration de ce dernier délai, la CNOPS ou la CNSS, selon le cas, procède d'office à l'immatriculation desdits salariés.

L'employeur reste seul débiteur de la totalité des cotisations et contributions dues à compter de leur date d'exigibilité à l'organisme gestionnaire concerné, majorée de 1% par mois de retard.

Tout employeur qui contrevient aux dispositions du présent article est passible des sanctions prévues à l'article 131 ci-dessous.

**Article 101**

Les assurés doivent cotiser, avant de prétendre à l'ouverture du droit à la prise en charge des frais de soins et du remboursement des frais, pendant une période de stage déterminée comme suit :

- en ce qui concerne les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics, trois mois à compter de la date d'immatriculation de l'intéressé au régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNOPS ;
- en ce qui concerne les salariés du secteur privé, 54 jours ouvrables, successifs ou non, déclarés et dont les cotisations exigibles ont été versées pendant une période maximum de six mois à compter de la date d'immatriculation de l'intéressé au

régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNSS.

Toutefois, les personnes assurées, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sont dispensées de ladite période de stage. Sont également dispensées, les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie obligatoire de base qui changent ce régime.

**Article 102**

Toute interruption de travail sans rémunération pour une période continue supérieure à six mois, pour des raisons autres que la maladie, la grossesse, l'accident, une décision administrative provisoire ou une assignation en justice, entraîne la suspension des droits et, par conséquent, l'arrêt des prestations.

**Article 103**

Les conditions dans lesquelles les droits aux prestations restent ouverts à l'assuré, lors d'interruptions de travail sans rémunération pour des raisons statutaires ou contractuelles, sont définies par voie réglementaire.

**Article 104**

Le maintien du droit aux prestations, pour l'assuré et ses ayants droit, est soumis à des conditions d'un niveau minimum de contribution patronale et de cotisation salariale ou d'une durée minimale de travail salarié calculés selon des modalités fixées par décret sur la base d'une période de référence.

**Article 105**

Tout changement de résidence ou d'employeur, toute modification intervenue dans la situation des assurés ou des membres de leur famille doivent être déclarés à l'organisme gestionnaire concerné, dans les trente jours qui suivent le changement ou la modification.

## TITRE IV

*Modes de financement*

### Article 106

La cotisation due aux organismes gestionnaires est assise :

1 - En ce qui concerne les salariés relevant du secteur public selon la catégorie à laquelle ils appartiennent :

- soit sur les émoluments de base tels que déterminés à l'article 11 de la loi n° 011-71 du 12 kaada 1391 (30 décembre 1971) instituant un régime de pensions civiles ;
- soit sur l'ensemble des émoluments fixes visés à l'article 15 du dahir portant loi n° 1-77-216 du 20 chaoual 1397 (4 octobre 1977) créant un régime collectif d'allocation de retraite ;
- soit sur les émoluments de base tels que déterminés à l'article 12 de la loi n° 013-71 du 12 kaada 1391 (30 décembre 1971) instituant un régime de pensions militaires, en ce qui concerne les personnels d'encadrement et de rang des forces auxiliaires;

2 - En ce qui concerne les salariés relevant du secteur privé : sur l'ensemble des rémunérations visées à l'article 19 du dahir portant loi n° 1-72-184 du 15joumada II 1392 (27juillet 1972) relatif au régime de sécurité sociale;

3 - En ce qui concerne les titulaires de pensions relevant des secteurs public et privé: sur le montant global des pensions de retraite servies quel que soit l'âge de la mise à la retraite.

### Article 107

Pour les employeurs et salariés, la cotisation est fixée par décret, après consultation des partenaires sociaux.

La cotisation due aux organismes gestionnaires par les personnes titulaires de pensions est à leur charge.

Pour les titulaires de pensions, le taux de la cotisation est fixé par décret en fonction du montant de la pension.

**Article 108**

L'employeur est débiteur vis-à-vis de l'organisme gestionnaire de la totalité de la cotisation et est responsable de son versement audit organisme.

Tout retard de versement donne lieu à l'application d'une majoration de 1 % par mois de retard, sans préjudice du droit pour l'organisme gestionnaire de recourir à l'application des dispositions de l'article 132 de la présente loi.

**Article 109**

Les cotisations font l'objet d'un prélèvement à la source par l'employeur et sont versées, selon le cas, à la CNOPS ou à la CNSS selon les conditions, modalités et délais fixés par voie réglementaire.

En cas de perception d'une rémunération réduite pour quelque cause que ce soit, le prélèvement est effectué sur l'ensemble de la rémunération visée aux § 1 et 2 de l'article 106 ci-dessus.

**Article 110**

Toute rémunération est soumise avant sa perception au prélèvement visé à l'article 109 ci-dessus.

Si un salarié est occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est tenu de verser la cotisation correspondant à la rémunération qu'il sert audit salarié.

**Article 111**

Lorsque tout ou partie de la cotisation des salariés ne peut être précompté à la source, le salarié doit :

- s'il relève du secteur privé, verser entre les mains de l'employeur la cotisation due à la CNSS ;
- s'il relève du secteur public, verser la cotisation due 1directement à la CNOPS.

**Article 112**

Si un titulaire de pension relève de deux ou plusieurs régimes de pensions,

l'organisme gérant chaque régime de pension est tenu de verser à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas, la cotisation correspondante à la pension qu'il sert à l'intéressé.

**Article 113**

La contribution patronale prévue à l'article 107 ci-dessus est exclusivement à la charge des employeurs, toute convention contraire étant nulle et de nul effet .

## TITRE V

*Dispositions transitoires*

**Article 114**

A titre transitoire, et pendant une période de cinq ans renouvelable, à compter de la date de publication des décrets réglementaires de la présente loi, les organismes publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats groupe auprès de compagnies d'assurances, soit auprès de mutuelles, soit dans le cadre de caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de l'existence de cette couverture à la CNSS ou & la CNOPS, selon le cas, et ce, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Dans ce cas, la couverture doit s'appliquer à l'ensemble des salariés y compris les salariés nouvellement recrutés au cours de la période de transition, ainsi que, le cas échéant, les titulaires de pensions bénéficiant déjà de cette couverture.

A l'expiration de ce délai, les employeurs précités sont tenus de procéder à leur affiliation et à l'immatriculation de leurs salariés et, le cas échéant, des titulaires de pensions ayant bénéficié de la couverture précitée, au régime de l'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNSS ou par la CNOPS, selon le cas.

Dans tous les cas, sont conservés les droits acquis par les bénéficiaires desdits régimes, tant pour la partie prenant en charge les cotisations que pour le taux de couverture dont ils bénéficient.

## LIVRE III

*Le regime d'assistance medicale*

### Article 115

Il est institué, conformément aux dispositions de la présente loi, un régime d'assistance médicale au profit des personnes visées aux articles 116 à 119 ci-dessous pour la prise en charge des frais de soins qui leur sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

## TITRE PREMIER

*Bénéficiaires*

### Article 116

Bénéficient des prestations du régime d'assistance médicale dans les conditions fixées par voie réglementaire :

- les personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales visées à l'article 121 ci-dessous ;
- leur (s) conjoint (s) ;
- leurs enfants à charge, non salariés, âgés de 21 ans au plus et non couverts par une assurance maladie obligatoire de base. Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu'à 26 ans en cas de poursuite des études dûment justifiée ;
- leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée par suite d'incapacité physique ou mentale.

### Article 117

Les enfants qui vivent sous le même toit que les personnes bénéficiaires citées ci-dessus, et qui se trouvent à leur charge effective, totale et permanente, sont, à condition d'en apporter la preuve, admis au bénéfice des prestations garanties au titre de l'assistance médicale.

### Article 118

Sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale totale :

- les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
- les personnes sans domicile fixe.

### Article 119

Bénéficient également du régime d'assistance médicale, les personnes qui bénéficient de la gratuité, en vertu d'une législation particulière, pour la prise en charge d'une ou de plusieurs pathologies.

### Article 120

Le qualité de bénéficiaire du régime d'assistance médicale est prononcée à la demande de l'intéressé par l'administration dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire.

L'octroi de cette qualité donne droit à la prise en charge totale ou partielle des frais inhérents aux prestations prévues à l'article 121 ci-dessous.

La contribution partielle annuelle des bénéficiaires, ainsi que ses modalités d'application sont fixées par décret.

## TITRE II

## Prestations garanties et modalités de prise en charge

### Article 121

Le régime d'assistance médicale couvre les prestations médicalement requises suivantes :

- soins préventifs ;
- actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;

- soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- analyses de biologie médicale;
- radiologie et imagerie médicale;
- explorations fonctionnelles ;
- médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant les soins ;
- poches de sang humain et ses dérivés ;
- dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux ;
- articles de prothèse et d'orthèse ; lunetterie médicale ;
- soins bucco-dentaires ;
- orthodontie pour les enfants ;
- actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ; actes paramédicaux ;
- évacuations sanitaires inter-hospitalières.

**Article 122**

Sont exclus de la couverture garantie par le régime d'assistance médicale, les interventions de chirurgie plastique et esthétique, à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale médicalement requis.

**Article 123**

La prise en charge totale ou partielle au titre des prestations citées à l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que pour les maladies et blessures nécessitant l'hospitalisation, des soins ou des examens pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

**Article 124**

La prise en charge totale ou partielle des prestations visées à l'article 121 ci-dessus ne peut intervenir que si celles-ci sont prescrites et administrées

à l'intérieur du territoire national.

## TITRE III

### *Financement et gestion du régime d'assistance médicale*

### Article 125

Le régime d'assistance médicale est financé principalement par l'Etat et les collectivités locales et par :

- la participation des bénéficiaires visée à l'article 120 ci -dessus ;
- les produits financiers ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de législation et réglementation particulières.

### Article 126

La contribution de l'Etat destinée au financement du régime d'assistance médicale est inscrite annuellement dans la loi de finances. Les contributions des collectivités locales destinées au financement dudit régime constituent pour ces dernières des dépenses obligatoires conformément à la législation en vigueur.

Ces contributions sont inscrites annuellement dans les budgets desdites collectivités.

### Article 127

Les ressources affectées au régime d'assistance médicale sont gérées, dans les conditions fixées par la présente loi et les textes pris pour son application, par l'agence nationale d'assurance maladie instituée à l'article 57 ci-dessus. Les opérations relatives à la gestion financière du régime d'assistance médicale par ladite agence font l'objet d'une comptabilité distincte.

# LIVRE IV
# DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

## TITRE PREMIER

## *Contentieux, recours, sanctions et subrogation*

### Chapitre premier

### *Contentieux, recours et sanctions*

### Article 128

Sans préjudice de l'application des dispositions propres à la CNSS en matière de contrôle, la vérification du respect de l'obligation d'assurance maladie de base est effectuée par des agents dûment mandatés à cet effet par l'administration.

### Article 129

Le recours contre le rejet d'une demande de remboursement des prestations de l'assurance maladie obligatoire de base ou de la restitution des cotisations indûment perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté à l'organisme gestionnaire concerné dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

### Article 130

Est passible d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme gestionnaire dont il relève, avec injonction de procéder à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés, dans un délai ne dépassant pas un mois.

### Article 131

Est passible d'une amende de 1.000 dirhams pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de l'organisme gestionnaire dont il relève, avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Dans tous les cas, les salariés concernés conservent le droit de recours

auprès de la juridiction compétente en vue d'obtenir les dommages et intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

**Article 132**

L'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations, dans les délais fixés par voie réglementaire, est passible d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams, sans préjudice pour l'organisme gestionnaire dont il relève d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la présente loi et ses statuts et règlements particuliers ou d'intenter une action judiciaire en recouvrement desdites cotisations.

**Article 133**

Est passible d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams, l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues.

**Article 134**

Sont passibles d'une amende de 50.000 à 100.000 dirhams, les organismes gestionnaires qui :

- contreviennent aux dispositions de l'article 41 de la présente loi en refusant l'affiliation d'un employeur ou l'immatriculation d'un salarié ou d'un titulaire de pension;
- contreviennent aux dispositions de l'article 42 de la présente loi en pratiquant la sélection des risques et des personnes et l'exclusion des assurés et bénéficiaires.

Les organismes gestionnaires doivent, en outre, prendre les mesures susceptibles de permettre l'affiliation de l'établissement et l'immatriculation des personnes concernées, dans un délai de deux mois à compter de la date de prononciation du jugement.

Ils sont astreints, le cas échéant, à couvrir les risques et les personnes, assurées et bénéficiaires, sans aucune sélection.

**Article 135**

Est puni d'une amende de 1.000 à 5.000 dirhams et du remboursement des sommes indûment perçues au titre du régime de l'assurance maladie

obligatoire de base, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de sanctions plus graves prévues par le code pénal.

**Article 136**

Est passible d'une amende de 2.000 à 10.000 dirhams, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'Ordre professionnel concerné conformément à l'article 24 ci-dessus ou de la mise hors convention qui peut lui être infligée par l'Agence nationale de l'assurance maladie.

**Article 137**

Le refus par l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire de base de communiquer à l'administration ou à l'Agence nationale de l'assurance maladie, les documents et informations visés à l'article 43 ci-dessus est punis d'une amende de 5.000 à 20.000 dirhams.

**Article 138**

Toute dissimulation ou falsification des documents visés à l'article 43 précité est punie d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.

**Article 139**

Tout employeur qui refuse de communiquer les listes prévues à l'article 96 ci-dessus ou qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme gestionnaire ou aux personnes mandatées pour vérifier le respect de l'obligation d'assurance maladie est puni d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.

**Article 140**

Les praticiens ou les directeurs des cliniques ou des établissements de santé qui contreviennent à l'article 28 ci-dessus en refusant le contrôle médical sont passibles d'une amende de 5.000 à 20.000 dirhams, sans préjudice de l'application des peines plus graves prévues par le code pénal.

**Article 141**

En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines dans ce chapitre.

**Article 142**

Toute fraude, fausse déclaration ou contrefaçon en vue du bénéfice de l'assistance médicale expose son auteur aux sanctions prévues en la matière par le code pénal, sans préjudice pour l'administration de demander le remboursement des frais des prestations dispensées à l'intéressé au titre de l'assistance médicale.

**Article 143**

Quiconque ayant été, par décision irrévocable, condamné pour délit à une peine d'amende a commis le même délit moins de deux ans après l'expiration de cette peine ou de sa prescription est condamné à une peine d'amende dont le montant ne peut être inférieur au double de celle précédemment prononcée.

**Chapitre II**

***Subrogation***

**Article 144**

Lorsque les prestations prévues aux articles 7 et 121 ci-dessus sont servies à un bénéficiaire victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, l'organisme gestionnaire du régime de l'assurance maladie obligatoire de base ou du régime d'assistance médicale est subrogé de plein droit à celui-ci dans son action contre le tiers responsable, pour réclamer la restitution des sommes indûment versées à la victime ou des frais des prestations dont elle a bénéficié en vertu desdits articles.

**Article 145**

Si la victime ou ses ayants droit, ont intenté une action en justice contre le tiers responsable en réparation du préjudice subi, ceux-ci doivent indiquer, en tout état de la procédure, que la victime est bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire de base ou du régime d'assistance

médicale.

A défaut de cette indication et faute pour la victime ou ses ayants droit de rembourser les sommes indûment perçues, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant quatre ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme gestionnaire, soit à la demande de, l'Agence nationale d'assurance maladie.

### Article 146

Le règlement amiable, pouvant intervenir entre le tiers et la victime, ne peut être opposé à l'organisme gestionnaire ou à l'Agence nationale d'assurance maladie qu'autant que ces derniers ont été invités à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que soixante jours après l'envoi de cette lettre.

## TITRE II

## Dispositions finales

### Article 147(*)

les dispositions de la présente loi relatives à l'assurance maladie obligatoire de base entrent en vigueur à compter de la publication au bulletin officiel des textes d'application nécessaires à la mise en place des organes d'administration et de gestion de l'agence nationale de l'assurance maladie, de la caisse nationnale des organismes de prévoyance sociale et de la caisse nationale de sécurité sociale.

Les dispositions de la loi précitée relatives au régime d'assistance médicale entrent en vigueur à compter de la date de publication des textes d'application concernant ledit régime.

Sous réserve des dispositions de l'article 114 ci-dessus, les employeurs sont tenus de procéder, conformément aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application, à leur affiliation et à l'immatriculation de leurs salariés et des titulaires de pensions au titre de l'assurance

(*) Modifié par la loi n° 01.05 promologuée par le dahir n° 1.05.04 du 7 Moharam 1426 (16février2005).

maladie obligatoire de base auprès de l'organisme gestionnaire dont ils relèvent.

**Article 148**

A titre transitoire et par dérogation aux dispositions des articles 48 et 107 ci-dessus et en attendant la mise en place de l'ANAM, le taux de cotisation due à la CNOPS et à la CNSS, selon le cas, est fixé par décret.

**Article 149**

Est abrogée la loi n° 31-99 relative à l'obligation d'affiliation du personnel actif et retraité de l'Etat, des collectivités locales, aux sociétés mutualistes, promulguée par le dahir n° 1-99-209 du 13 joumada I 1420 (25 août 1999).