



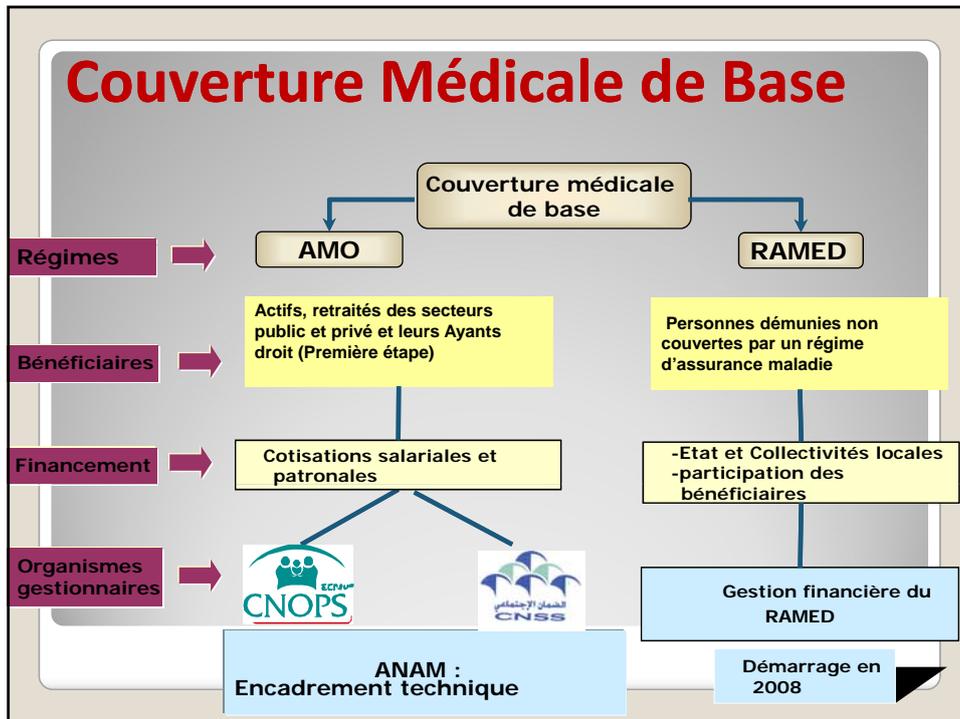
DM et systèmes de remboursement

1^{ère} journée des Dispositifs Médicaux
Département des Sciences du Médicament / FMPR

Dr A. CHEIKH / Service Pharmacie
HCZ

Plan

- Couverture médicale de Base
- Cadre juridique de remboursement des DM
- Liste des DM remboursables au titre de l'AMO
- Cas pratiques
- Conclusion



Cadre juridique de remboursement des DM

Loi 65.00 et textes relatifs aux DM

➤ Loi 65-00 (B.O n° 5058 du 21/11/2002):

➤ Titre II/chapitre 1er, article 7 cite :

➤ « les 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 » parmi les prestations garanties.

➤ Titre III/chapitre 1er, article 10 qui stipule que :

➤ Certains articles, notamment les appareillage 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 fixés par voie réglementaire.

Loi 65.00 et textes relatifs aux DM (suite)

➤ Titre III/chapitre 1er, article 12 :

- La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties est fixée :
- ...
- pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par l'administration sur proposition de l'ANAM.

Loi 65.00 et textes relatifs aux DM (suite)

➤ Décret d'application n°2-05-733 de la loi 65.00 en date du 18 juillet 2005 (B.O n° 5344 du 18/08/2005) qui stipule (1/3):

- Article 4 : Sont inclus dans le remboursement ou la PEC au titre de l'hospitalisation, sur la base de la TNR pour les appareils de prothèse et d'orthèse, les DM ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical,
- Article 5 : Sont remboursés sous forme de forfait :
 - La lunetterie médicale ;
 - Les appareils de prothèse et d'orthèse ;
 - Les dispositifs médicaux et implants;
 - Les forfaits de remboursement sont fixés dans la TNR.
- Article 6 : Le remboursement du forfait de la lunetterie médicale s'effectue tous les deux ans à compter de la dernière prescription. Toutefois, ce délai est ramené à un an lorsqu'il s'agit d'enfants d'un âge inférieur ou égal à 12 ans. Le renouvellement de la monture ou des verres perdus ou détériorés avant l'expiration de cette période ne donne lieu à aucun remboursement.

Loi 65.00 et textes relatifs aux DM (suite)

➤ Décret d'application n°2-05-733 de la loi 65.00 en date du 18 juillet 2005 (B.O n° 5344 du 18/08/2005) qui stipule (2/3):

- Article 7 : La liste des appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ou à la PEC dans le cadre de l'AMO de base ainsi que celle des DM et implants sont définies par arrêté du MS.

Cet arrêté fixe, également, la liste des appareils de prothèse et d'orthèse et les DM et implants dont le remboursement ou la PEC est soumis à l'accord préalable de l'OG.

Les forfaits couvrent les frais d'acquisition, d'installation, de location ou, le cas échéant, de réparation ou de renouvellement des appareils de prothèse, orthèse, DM et implants. Ils comportent également le remboursement des systèmes d'attache et des autres accessoires nécessaires au fonctionnement des appareils.

Le bénéficiaire ne peut prétendre qu'à un seul appareil par handicap. Toutefois, les personnes victimes de mutilation ont droit, avant d'obtenir l'appareillage définitif, à un appareil provisoire, après avis du médecin contrôleur de l'OG.

Loi 65.00 et textes relatifs aux DM (suite)

➤ Décret d'application n°2-05-733 de la loi 65.00 en date du 18 juillet 2005 (B.O n° 5344 du 18/08/2005) qui stipule (3/3)

- Article 7 (suite) : Le renouvellement d'un appareillage ne peut intervenir avant l'écoulement d'une période de deux ans. Il n'est accordé que si celui-ci est hors d'usage et est reconnu irréparable, ou si les modifications survenues dans l'état du bénéficiaire le justifient. Dans ce dernier cas, et lorsqu'il s'agit d'un enfant d'un âge inférieur ou égal à 18 ans, le renouvellement peut intervenir avant le délai de deux ans.

Le bénéficiaire est responsable de la garde et de l'entretien de son appareillage. Les conséquences de détérioration ou de perte, provoquées intentionnellement ou résultant d'une faute lourde, demeurent à sa charge.

CNSS

➤ Décret d'application n°2-05-737 de la loi 65.00 en date du 18 juillet 2005 (B.O n° 5344 du 18/08/2005) qui stipule:

- Article 1er concernant les groupes de prestations couvertes par la Caisse nationale de sécurité sociale au titre de l'AMO de base :
 - **ALD/ALC** : les prestations médicalement requises suivantes :
 - les DM et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux admis au remboursement;
 - les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
 - la lunetterie médicale.
 - Enfant de 0 à 12 ans : puisque les DM sont définis à l'article 7 de la loi n° 65-00 ;
 - Hospitalisations : puisque l'ensemble des prestations et soins rendus dans ce cadre sont couvertes.
 - **70 % du forfait fixé dans la liste de l'ANAM**

CNOPS

➤ **Décret d'application n°2-05-736 de la loi 65.00 en date du 18 juillet 2005 (B.O n° 5344 du 18/08/2005) qui stipule:**

- **Article premier :** Les taux de couverture des prestations prévues par les dispositions de l'article 7 de la loi n° 65-00 susvisée, au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNOPS, sont fixés par groupes de prestations comme suit :
 1. Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, actes paramédicaux, de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie délivrés à titre ambulatoire hors médicaments : 80% de la tarification nationale de référence.
 2. Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice et le sang et ses dérivés labiles : 90% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 100% lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.
 3. Médicaments admis au remboursement : 70% du prix public Maroc.
 4. Lunetterie médicale, dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux : forfaits fixés dans la tarification nationale de référence.
 5. **Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement : forfaits fixés dans la TNR.**

Conclusion

- Liste des DM est fixée par arrêté ministériel
- Les tarifs nationaux de référence (TNR) des DM sont approuvés par l'administration sur proposition de l'ANAM
- Remboursement sous forme de forfait.

Liste des DM remboursables au titre de l'AMO

Arrêtés d'application

- Arrêté MS n°2516-05 en date du 5 septembre 2005 (B.O n° 5384 du 05/01/2006) : 1^{ère} liste des DM remboursables au titre de l'AMO
- Arrêté MS n° 313-07 en date du 16 février 2007 (B.O n° 5508 du 15/03/2007) approuvant les tarifs nationaux de référence sous forme de forfait des DM (liste avec la même présentation que celle du 5 septembre 2005)

Classification

- Ni Marocaine NI Européenne
- Classification pour le remboursement :
 - Classe I : DM pour traitement et matériels d'aide à la vie
 - 1-2 Section 1 : DM pour le traitement de pathologies spécifiques
 - 1-2 Section 2 : DM de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malade handicapés
 - Classe II : Orthèses et prothèses externes
 - 2-1 Section 1 : orthèses
 - 2-2 Section 2 : Optique médical
 - 2-3 Section 3 : appareil électronique de surdité
 - 2-4 Section 4 : prothèses externes non orthopédiques
 - 2-5 Section 5 : prothèses oculaires et faciales
 - 2-6 Section 6 : Podo-orthèse et ortho-prothèses
 - Classe III : Prothèses internes
 - 3-1 Section 1 : Prothèses internes inertes
 - 3-2 Section 2 : Prothèses internes actives

Liste des DM remboursables

- La 1^{ère} liste comprend 172 DM
- Exemple :

Code	Désignation	Forfait en Dhs/AP
DA01	Appareils générateurs d'aérosol...	800 / AP
DA02	Oxygénothérapie à domicile	14 000 / AP
DA03	Autopiqueurs pour diabétiques (lancettes,...)	500 / AP

Problèmes rencontrés

- Caractère restreint de la liste avec notamment des confusions tarifaires:
 - 1. Certains forfaits sont supérieurs aux tarifs du marché et ne sont pas adaptés aux présentations des DM,
 - 2. Ne précisent pas les conditions et limites de remboursement

Résultat: les OG se trouvent obligés de rejeter le remboursement alors que l'indication médicale est justifiée & Rembourse nt sur la base de la facture si forfait non fixé ou non adapté
- la liste n'a pas été accompagnée par des mesures de régulation
 - 1. Les dépenses vont certainement croître,
 - 2. Par conséquent il recommandé de renforcer les critères d'admission au remboursement avec mise en place d'une nouvelle procédure .

Evolution

- 2^{ème} liste (mars 2008) :

➤ 869 DM, détaillé par classe comme suit

- Classe I: 72 ;
- Classe II: 627 ;
- Classe III: 170.

➤ Arrêté du MS du 5 sept 2005: 58 lignes génériques de DM. Liste détaillée par classe comme suit:

- Classe I: 18 ;
- Classe II: 11 ;
- Classe III: 29.

➤ Arrêté du MS du 16 Fév 2007: 58 DM en description générique détaillés par classe comme suit

- Classe I: 17 ;
- Classe II: 31 ;
- Classe III: 124.

Liste
actuelle

1^{ère} Liste

2^{ème} liste des DM remboursables

Classe I : Dispositifs Médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie

Section 1 : Dispositifs Médicaux pour le traitement de pathologies spécifiques

Code DM	Désignation	Forfait proposé
DM pour le traitement des maladies respiratoires et ORL		
AA110106	Mininébulisateur	19,20
AA120204	Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement des pathologies respiratoires	800,00
AA210101	Oxygenothérapie en poste fixe	12 000,00
AA210301	Lunettes à oxygène	13,60
AA210302	Masque à oxygène	8,80
AA310004	Aspirateur trachéal achat	1 600,00
AA320001	Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant avant le 6 ^{ème} anniversaire	175,00
AA350001	Dispositif médical pour laryngectomisés	300,00
AB410001	Perfusion, diffuseur portable stérile	250,00

2^{ème} liste des DM remboursables

Classe I : Dispositifs Médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie

Section 1 : Dispositifs Médicaux pour le traitement de pathologies spécifiques

Code DM	Désignation	Forfait proposé
DM pour autotraitement et autocontrôle		
AC110001	Autocontrôle, appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie	340,00
AC210001	Autocontrôle, autopiqueur avec embase(s)	192,00
AC210003	Autocontrôle, 100 lancettes pour autopiqueur	112,00
AC210004	Autocontrôle, 200 lancettes pour autopiqueur	180,00
AC220104	Autocontrôle du sucre dans les urines, 50 bandelettes	56,00
AC220403	Autocontrôle du sucre dans le sang, 50 bandelettes, capteurs ou électrodes	232,00
AC220407	Autocontrôle du sucre dans le sang, 25 bandelettes, capteurs ou électrodes	120,00
AC230001	Autotraitement, seringue non réutilisable de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, boîte de 30	19,20

Cas pratiques

Section 3 : Appareils électroniques de surdité

Code DM	Désignation	Forfait de remboursement en Dhs	
FA100001	Appareils électroniques correcteurs de surdité	5 000,00	AP
FA200001	Prothèses à ancrage osseux	43 200,00	AP

Forfait de remboursement par oreille	Age	Périodicité de renouvellement
5 000 Dhs	Enfant jusqu'à l'age de 12 ans	2 ans
5 000 Dhs	Plus de 12 ans et moins de 21 ans	4 ans
5 000 Dhs	Plus de 21 ans	5 ans

Il est prévu un forfait annuel de 1000 dhs pour l'entretien

Cas pratiques

➤ Oxyg noth rapies (Nomenclature : AA210101)

1. Si achat, les frais d'entretien et de renouvellement sont forfaitisés   hauteur de 300 Dhs par mois,
2. Si location, le forfait qui est de 800 dhs par mois, comprend les frais d'entretien et de réparation.

➤ Appareil de lecture de glycémie (Nomenclature : AC110001)

1. La PEC est assurée dans les limites d'une attribution tous les deux ans, pour les diabétiques traités   l'insuline et/ou les malades atteints de rétinopathie diabétique;
2. Le remboursement des lancettes et bandelettes est forfaitis    hauteur de 300 dhs par mois.

Cas pratiques

Coussins d'aide à la prévention des escarres :

- Le renouvellement est prévu tous les 2 ans. De même pour les matelas et les surmatelas.

Cas pratiques

Stent nu : Endoprothèse coronaire dite stent métallique nu non résorbable.

- La prise en charge est assurée, dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- Sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre;
- Sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm;
- Sténoses de greffons veineux;
- Occlusions coronaires totales;
- Accidents aigus de l'angioplastie: dissections, occlusions.

Dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum, par artère, peuvent être prises en charge.

Cas pratiques

Neurostimulateur du nerf vague gauche :

- La prise en charge ou le remboursement est assuré pour l'enfant ou l'adulte atteint d'une épilepsie avérée (crise enregistrée en EEG) invalidante et pharmaco-résistante pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue.
- Forfait : 78 400,00 dhs

Cas pratiques

Pour les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique qui répondent aux critères de sélection suivants :

- âge inférieur à 70 ans;
- maladie dopa-dépendante: réponse bonne ou excellente à la L-Dopa (en phase « on », le patient est autonome pour tous les gestes de la vie courante) ;
- stade de Hoehn & Yahr supérieur ou égal à 4 en phase « off », sauf pour les formes où domine le tremblement unilatéral sévère ;
- score de l'échelle de Schwab & England < 70 % ;
- présence de complications provoquées par la L-Dopa: Fluctuations « on-off » et dyskinésies :
 - Durée de la période « off » supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée);
 - Durée des dyskinésies supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée);
 - Incapacité liée aux dyskinésies supérieure ou égale à 2 (2 = incapacité modérée);

Cas pratiques

- Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par l'un au moins des symptômes suivants:
 - Tremblement permanent, de grande amplitude, interférant avec les actes moteurs;
 - Akinésie supérieure ou égale à 3-4 pour au moins un item des mouvements répétitifs de l'UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale);
 - Incapacité à se lever de sa chaise;
 - Incapacité à se retourner dans son lit;
 - Dystonie douloureuse en période «off»
- malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas;
- bon état général.

Cas pratiques

- Dispositif médical facturé en sus du forfait : chirurgie général (Traumatologie, viscérale...)
- Dispositif médical inclus dans le forfait : (Implant cataracte, Pace maker, Stent, défibrillateur...)

Conclusion

- Réglementation ?
- Liste non exhaustive
- Actualisation non périodique
- Commission pour la fixation des tarifs
- SMA (Service médical Attendu)
- Normalisation et régulation