CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

CONVENTIONNEMENT

ENTRE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET DE GARANTIE SOCIALE DE LA REPUBLIQUE GABONAISE ET LES PRESTATAIRES DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC CIVIL

ET DU SECTEUR PRIVE A BUT NON LUCRATIF

TITRE I : DEFINITIONS..... 2 - 5

TITRE II : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION..... 6

Chapitre 1 : bénéficiaires concernés..... 6
Chapitre 2 : prestations couvertes..... 6

TITRE III : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION..... 7

TITRE IV : REGLES relatives à l'exécution de la convention..... 8

Chapitre 1 : règles liées à l'accès aux soins et aux médicaments..... 8 - 11
Chapitre 2 : modes d'échange et de gestion des données..... 11 - 12

TITRE V : REMUNERATION DES ETABLISSEMENTS 12

Chapitre 1 : modalités de paiement..... 12

Chapitre 2 : rédaction des documents de paiement des prestations et frais des médicaments
..... 13 - 15

TITRE VI : CONTROLE MEDICAL..... 15 - 16

TITRE VII : PRESCRIPTION ABUSIVE DE SOINS..... 16

TITRE VIII : EXERCICE ILLEGAL ET FRAUDE..... 16

TITRE IX : SUIVI DE LA CONVENTION ET REGLEMENT DES DIFFERENDS 17

Chapitre 1 : prérogatives de la Caisse..... 17
Chapitre 2 : recours de l'établissement..... 18
Chapitre 3 : commission paritaire..... 18

TITRE X : REVISION DE LA CONVENTION..... 19

MODELES DE FEUILLES DE SOINS ET DE BORDEREAUX DE FACTURATION.. (annexes)

La **Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale**, désignée dans ce qui suit par le terme « **Caisse** », représentée par son Directeur Général

D'une part

Et

La **Direction Générale du Centre Hospitalier de Libreville**, désignée ci-après par le terme « prestataire » ou « établissement sanitaire », représenté par son Directeur Général

D'autre part

Renouvelant leur adhésion sans réserve aux principes de la mise en œuvre de l'assurance maladie tels que définis par la loi n° 0022/PR/2007 du 21 Août 2007 instituant un régime d'assurance maladie obligatoire et de garantie sociale ;

Compte tenu de la place prioritaire et de l'importance de la santé en tant que facteur majeur de bien-être du citoyen ;

Considérant l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit comme étant l'un des principaux objectifs de l'assurance maladie ;

Compte tenu de la convergence de vues sur les objectifs de l'assurance maladie notamment en matière d'accessibilité aux services de santé, d'équité et d'égalité devant la maladie, de transparence des rapports entre les parties prenantes et de respect des équilibres économiques globaux ;

Conscients que l'impératif d'équilibre financier de la CNAMGS et la nécessité de rationaliser les dépenses exigent la mise en œuvre d'un système basé sur l'option de maîtrise médicalisée axée principalement sur la coordination des soins et la rationalisation des prescriptions des médicaments et des soins secondaires dans le cadre du respect des « références médicales consensuelles » ;

S'accordant sur l'importance de la place qu'occupent les praticiens en tant que dispensateurs de soins, dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie, ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses;

Se référant aux différents textes législatifs et textes réglementaires relatifs à l'organisation et la déontologie des professions de santé;

Concrétisant leur volonté de bâtir des relations basées sur un partenariat conscient et responsable;

Les parties signataires s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs à la rationalisation des soins et à leur coût et à servir les bénéficiaires et leur fournir les prestations que leur confère le régime d'assurance maladie dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent des dispositions dont la teneur suit :

TITRE I : DEFINITIONS

Aux fins d'application de la présente convention, il est entendu par les expressions suivantes ce qui suit :

Accès aux soins : Possibilité pour chacun de se faire soigner. L'ordonnance N° 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise, stipule en son article 3, que l'Etat garantit à tous les citoyens la protection de la santé. L'accès aux soins implique le pouvoir pour l'usager d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les acteurs de la santé d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Accord préalable : Procédure qui conditionne la couverture par la Caisse de certains soins, médicaments ou appareillages par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation. La liste est établie par la Caisse.

Affection de longue durée (ALD) : Affection ou pathologie nécessitant des soins continus ou chroniques sur une période relativement longue, voire tout au long de la vie du malade. La liste des ALD est fixée par décision de la CNAMGS en collaboration avec le Ministre chargé de la santé.

Affections prises en charge par des Programmes Spécifique (APS) : Affection ou pathologie dont la prise en charge fait l'objet d'un programme spécifique soutenu par l'Etat Gabonais, sur ses fonds propres ou à l'aide de concours financiers extérieurs. La liste des APP est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Assuré social : Toute personne relevant du champ d'application du régime de l'assurance maladie, couverte par l'un des fonds gérés par la CNAMGS.

Bénéficiaire : Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins au titre du régime de l'assurance maladie; il peut s'agir de l'assuré social lui même ou de l'un de ses ayant-droits.

Bonnes pratiques : Ensemble de règles couvrant le processus analytique, son environnement et sa surveillance en vue de garantir la fiabilité des résultats d'analyses biologiques, de radiologie et d'imagerie médicale tout en assurant la sécurité du personnel et la protection de l'environnement.

Bordereau de paiement : Feuilles de soins relatives aux actes effectués et aux prestations servies, résultant d'une hospitalisation.

Centre de référence : Centre régional ou local de la Caisse désigné par elle pour assurer les relations avec les structures sanitaires publiques.

Code prestataire : Numéro d'identification attribué par la CNAMGS à chaque prestataire enregistré par elle.

Contenu du régime de base, panier de soins : Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés. Le contenu du régime de base est fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés de la santé publique et de l'assurance maladie.

Continuité des soins : Processus qui consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre les fournisseurs des soins ambulatoires et hospitaliers, publics et privés. C'est un facteur essentiel de qualité des soins.

Contrat d'objectif : Convention par laquelle les deux parties se fixent des indicateurs de performance en termes de moyens à mettre en œuvre et de résultats à atteindre.

Convention sectorielle : Contrat passé entre la CNAMGS et les institutions représentatives des prestataires de santé des secteurs public et privé. Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment les honoraires que peut percevoir un soignant (médecin, chirurgien dentiste, etc.). Ces honoraires servent de base au calcul pour le paiement du prestataire de soins conventionné.

La convention fixe les droits et obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maitrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention est soumise à l'approbation du Ministre chargé de l'assurance maladie et publiée dans un journal d'annonces légales.

Dénomination Commune Internationale (DCI) : Dénomination qui permet d'identifier chaque principe actif d'un médicament (c'est à dire celui de la molécule contenue dans le médicament) à l'aide d'un langage commun au niveau mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande son utilisation.

Décision de prise en charge : Accord donné par la Caisse en vue de procéder au règlement du prestataire ou fournisseur au titre de certains soins, dès lors que l'assuré remplit les conditions médicales et administratives requises.

Demande d'accord préalable : Requête exprimée au moyen d'un imprimé destiné au Contrôle Médical que le praticien doit remplir pour certains actes, médicaments ou appareillages.

Dossier santé : Document mis à la disposition du bénéficiaire et destiné à comporter un relevé des notes inscrites par le médecin consulté ainsi que les comptes rendus des bilans et des explorations qui lui ont été pratiqués. Il constitue un outil essentiel de la continuité des soins : il permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.

Feuille d'examen : Formulaire sur lesquels sont prescrits les examens d'analyses biologiques, de radiologie et d'imagerie médicale et toutes autres explorations complémentaires.

Feuille de soins : Document normalisé, réalisé et mis à disposition par la CNAMGS, que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer au patient. Ce document est également celui qui doit accompagner toute demande de paiement du prestataire à la Caisse.

Forfait par pathologie ou groupes homogènes de pathologies : Modalité de paiement des prestations de santé

Honoraires conventionnels : Honoraires facturés par le professionnel de santé en contrepartie des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance maladie ; ces honoraires sont établis par convention entre la Caisse et les institutions représentatives des professions de santé.

Hospitalisation classique : Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclut le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d'urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

Hospitalisation de jour : Prise en charge d'un malade dans un établissement sanitaire, qui, sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. L'hospitalisation de jour couvre aussi bien les investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que les soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Identifiant unique du bénéficiaire : Numéro attribué par la CNAMGS au bénéficiaire en vue de son identification. Son inscription par le professionnel conventionné sur les formulaires de l'assurance maladie est obligatoire.

Lettre clé : Codification permettant d'identifier un acte médical, paramédical ou technique et possédant une valeur exprimée en unité monétaire. Ce signe est porté par le professionnel de santé sur les feuilles de soins, suivi d'un coefficient valorisant l'acte pratiqué.

Médicament : Le médicament peut être défini comme étant toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. Sont notamment considérés comme des médicaments :

1) les produits d'hygiène contenant une substance ayant une action thérapeutique.

2) Les produits d'hygiène contenant des substances vénéneuses à doses égales ou supérieures à celles fixées pour chaque substance et pour chaque type de produit, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Médicament générique : Médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament original et dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité.

Un médicament générique contient donc la même molécule, est administré de la même façon et a les mêmes effets que le médicament original. Il est généralement commercialisé sous un nom particulier ou sous la dénomination scientifique de la molécule.

Nomenclature générale des actes professionnels : Liste réglementaire des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé publique.

Ouverture des droits aux prestations : Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Parcours de soins : Ensemble des différentes étapes parcourues par le patient au sein de l'hôpital ou des structures de soins et allant du diagnostic à l'aboutissement de son traitement.

Parcours de soins coordonné des Gabonais Economiquement faibles (GEF) : Modalité d'accès des GEF aux différents niveaux de soins dans les secteurs public et privé, qui repose sur l'orientation préalable par une structure sanitaire publique. Sauf situations exceptionnelles fixées par la CNAMGS, les soins prodigués en dehors de ce parcours ne sont pas couverts.

Paiement à l'acte : Modalité de paiement des prestations de santé.

Prestataire conventionné : Professionnel de santé ayant conclu ou adhéré à une convention sectorielle et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles. La CNAMGS ne prend en charge que les prestations dispensées par les prestataires conventionnés.

Praticiens contrôleurs : Praticiens (dentistes, médecins et pharmacien) exerçant au service du Contrôle Médical mis en œuvre par la CNAMGS.

Prestations : Soins et services dispensés au profit de l'assuré ou de l'un de ses ayants droits.

Prise en charge : Couverture par l'Assurance Maladie des frais de soins fournis au bénéficiaire sous forme de paiement direct à l'établissement sanitaire ou au professionnel de santé ayant dispensé ces soins.

Professionnel de santé : Tout soignant, exerçant dans le domaine médical (médecin consultant ou hospitalier, médecin spécialiste, dentiste), dans le domaine pharmaceutique (pharmacien, pharmacien biologiste...) ou paramédical (sage-femme, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste...) et tout professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

Professionnel de santé libéral : Professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte en cabinet" de ville", ou en clinique : médecin, chirurgien- dentiste, pharmacien, infirmier (e), kinésithérapeute, orthophoniste...

Professionnel de santé salarié : Professionnel de santé qui, étant salarié, ne perçoit pas directement des honoraires des assurés qui le consultent et exerce pour le propre compte et sous l'autorité d'une structure sanitaire publique ou privée ; cette structure facture à la Caisse les prestations dispensées aux assurés sociaux.

Qualité des soins : La qualité des soins est définie par l'O.M.S comme : " Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins". Il y a donc qualité des soins quand les modalités de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) sont conformes aux règles médicales et adaptées au malade.

Qualité des soins n'est pas synonyme de coût élevé, ni de technique de pointe.

Références médicales : Règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison tout en préservant la sécurité des patients. Elles sont communément désignées par « protocoles thérapeutiques » ou « consensus ».

Soins : Tout acte médical ou paramédical ainsi que tout bien de santé (médicaments, appareillages et dispositifs médicaux), réalisé ou dispensé par un professionnel de santé et concourant à la prévention, au traitement d'une maladie, à la prise en charge d'un handicap ou à des soins palliatifs.

Soins ambulatoires : Toutes les prestations de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites ; les examens de laboratoire et d'imagerie médicale, les médicaments ainsi que les actes professionnels s'y rattachant.

Tarif de référence : Tarif de prise en charge d'une prestation de santé ; il est opposable à la Caisse. Il est payé au prestataire, intégralement, si le taux de prise en charge est égal à 100%.

Taux de prise en charge : taux de couverture par la Caisse des actes médicaux, des prestations et des médicaments. A chaque acte médical, prestation ou médicament correspond un taux de prise en charge spécifique pouvant aller de 100% à 0%.

Transfert d'un patient : Décision prise par le médecin traitant d'orienter le patient vers une structure sanitaire appropriée sur le territoire national, compte tenu de l'état pathologique de ce dernier.

Ticket modérateur : Quote-part des dépenses à la charge du bénéficiaire des prestations de santé.

Tiers payant : Modalité de prise en charge par un tiers des frais de santé d'un assuré ou d'un de ses ayants droits.

Urgence : Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer pour une personne un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et relève du prestataire de santé.

TITRE II : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

CHAPITRE 1 : BENEFICIAIRES CONCERNES

Article 1 : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement au bénéfice des assurés sociaux munis d'un support autorisant l'accès aux soins et médicaments dispensés par les établissements publics de diagnostic et de soins, conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur.

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS COUVERTES

Article 2 : La présente convention couvre, pour la pratique des activités hospitalières et des soins ambulatoires, les actes médicaux, paramédicaux, les examens de laboratoire d'analyses et d'imageries médicales, les médicaments administrés ou délivrés dans les pharmacies des établissements ainsi que les frais d'hôtellerie hospitalière conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime d'assurance maladie. Il en est de même pour les dispositifs médicaux dont les pharmacies sont habilitées à assurer la vente.

Conformément au décret d'application n°00969/PR/MTEPS du 14 novembre 2008 fixant les modalités techniques de fonctionnement du régime d'assurance maladie et de garantie sociale, la liste des médicaments et les conditions de prise en charge des produits et appareillages sont fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge de la sécurité sociale. Les pharmacies des établissements sont tenues au respect de la liste visée ci-dessous.

Conformément au décret d'application n°00969/PR/MTEPS du 14 novembre 2008 susvisé, les pathologies et programmes de prévention faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ou par les partenaires techniques et financiers nationaux et extérieurs ne sont pas pris en charge par la Caisse. La liste desdits pathologies et programmes est fixée par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de la Prévoyance Sociale.

En cas de doute sur la couverture d'une prestation par le régime d'assurance maladie, le prestataire prend contact avec le département du Contrôle Médical de la CNAMGS pour vérification, avant délivrance de la prestation.

Article 3 : La liste des prestations de santé hospitalière ou ambulatoire, des médicaments, des dispositifs médicaux et des appareillages couverts par le régime de base définit pour chacun son « tarif de référence», « son taux de prise en charge » et tout autre élément qui détermine sa modalité de couverture par la Caisse.

Elle précise, en outre, les actes et les médicaments soumis à l'accord préalable de la Caisse.

Article 4 : La Caisse couvre, dans les conditions prévues à l'article 3, les frais des médicaments et des dispositifs médicaux prescrits et dispensés aux bénéficiaires par les professionnels de santé conventionnés, habilités selon la réglementation en vigueur.

TITRE III : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

Article 5 : La Caisse édicte des normes et standards minimum à respecter et qui, dans le cadre de sa contribution à la politique d'amélioration des soins, peuvent être plus élevés que ceux requis par le ministère en charge de la santé. L'établissement sanitaire signataire de la présente convention s'engage à respecter ces normes et standards à tout moment.

Article 6 : La mise en œuvre de la présente convention est subordonnée à la production, par l'établissement signataire d'un dossier comportant notamment les pièces suivantes :

- un état limitatif des unités de production de diagnostics et de soins ouverts au public, selon un modèle communiqué par la Caisse,
- une liste nominative des personnels de santé habilités à effectuer les actes prévus à la nomenclature et à prescrire les médicaments visés par la liste des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par la Caisse, selon un modèle communiqué par la Caisse.

Article 7 : La Caisse confirme par écrit au responsable légal de l'établissement la mise en œuvre opérationnelle de la présente convention en mentionnant les codes individuels des unités et des personnels de santé habilités qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de son conventionnement ainsi que les coordonnées du « centre de référence de la CNAMGS » auquel l'établissement sera rattaché.

Article 8 : Les états et listes visés à l'article 6 devront être mis à jour en tant que de besoin à la diligence du responsable légal de l'établissement; à défaut l'établissement ne pourra prétendre au remboursement des prestations accomplies par une unité ou un producteur de santé non connu de la Caisse.

Les états et listes en cause, fournis par la Caisse, seront acheminés directement à la CNAMGS avec une ampliation pour le ministère en charge de la santé.

Article 9 : La Caisse informe le responsable légal de l'établissement de la prise en compte des informations visées aux articles 6 et 8 dans un délai ne dépassant pas les trente jours suivant sa date de dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10 : L'établissement sanitaire public ayant reçu la notification d'affiliation en informe sans délai le public en affichant à l'entrée de son établissement au moyen d'un autocollant la mention « Etablissement conventionné avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale ».

Article 11 : La Caisse propose à l'établissement, qui s'engage à en négocier le contenu, un « contrat d'objectifs » fixant pour un ensemble d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, des objectifs à atteindre au cours de la durée de validité de la présente convention.

TITRE IV : REGLES RELATIVES A L'EXECUTION DE LA CONVENTION

CHAPITRE 1 : RÈGLES LIÉES A L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX MÉDICAMENTS

Section 1 : Dispositions communes

Article 12 : Les parties contractantes s'engagent à respecter le libre choix du bénéficiaire à l'intérieur du réseau médical public conventionné et à garantir la continuité du service des prestations.

Article 13 : La Caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins (carte d'assuré social).

Conformément à l'article 35 du décret n°00969/PR/MTEPS du 14 novembre 2008 susvisé, la Caisse adresse périodiquement aux prestataires une liste des numéros de cartes d'assurés sociaux non restituées et faisant l'objet d'une opposition.

Article 14 : Les médicaments couverts par la Caisse sont, dans le cadre de l'exercice conventionnel, obligatoirement délivrés sur la présentation préalable d'une ordonnance médicale originale.

Sauf autorisation préalable de la Caisse, ne sont pas pris en charge les renouvellements d'ordonnances sans consultation ou visite.

Article 15 : Lors de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie, le pharmacien est tenu de respecter les prescriptions médicales inscrites sur les ordonnances, sauf dispositions réglementaires contraires relatives notamment à la substitution ou à la disponibilité du médicament sur le marché national,.

Article 16 : La Caisse ne peut couvrir, que les frais des médicaments dispensés dans les 10 jours qui suivent leur prescription en régime ambulatoire, ou pour la durée du séjour ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Caisse pour les hospitalisations. De ce fait, le pharmacien de l'établissement sanitaire public qui dispense des médicaments à un bénéficiaire après l'échéance indiquée doit l'informer du non remboursement des frais de ces médicaments et éviter de remplir les bulletins de soins présentés à cette fin par le bénéficiaire.

Article 17 : Avant toute dispensation de médicaments, le pharmacien est appelé à vérifier que l'ordonnance qui lui est présentée est bien l'originale délivrée par le prescripteur, qu'elle n'a pas été déjà honorée et qu'elle n'est pas dupliquée.

Article 18 : Dans le cadre de l'assurance maladie, le pharmacien ne peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois (28 ou 30 jours selon le conditionnement) et par exception à 45 jours pour les épisodes de maladie reconnus comme tels par les références médicales ou protocoles thérapeutiques.

La durée de validité de l'ordonnance originale citée à l'article 17 est portée à 3 mois pour les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD) reconnue par la Caisse.

Article 19 : Lorsque plusieurs conditionnements existent pour un même médicament, le pharmacien doit observer la plus stricte économie dans le choix du (des) conditionnement (s) adapté (s) à la posologie et à la durée du traitement prescrit.

Article 20 : Devant chaque prescription médicale en DCI et sans préjudice aux dispositions réglementaires et conventionnelles, le pharmacien procède à la dispensation d'un médicament parmi ceux les moins chers disponibles.

Article 21 : A défaut d'indication par le médecin traitant du nombre d'unités thérapeutiques et/ou de la durée du traitement sur l'ordonnance, le pharmacien est tenu de limiter la dispensation au plus petit conditionnement commercialisé.

Article 22 : L'établissement s'engage à faire bénéficier les patients des soins consciencieux, éclairés et prudents, conformément à la déontologie médicale. Il s'engage également à observer dans toutes ses prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Article 23 : Dans le cadre de ses prescriptions médicales, l'établissement fait obligatoirement usage des feuilles de soins fournies par la Caisse. Les feuilles de soins doivent être signées et datées. Les suppléments pour convenance personnelle ne doivent pas y être inscrits.

Les actes doivent être inscrits par le code qui leur est attribué dans la nomenclature. Les feuilles de soins établies par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin mandant.

Article 24 : La liberté thérapeutique et la liberté de prescription sont garanties dans le cadre de la nomenclature générale des actes de la Caisse. Le médecin s'abstient de prescrire des médicaments qui ne sont pas sur la liste de la Caisse. Il s'abstient également de prescrire à la charge de la Caisse des médicaments pas simple mesure de précaution, à l'occasion d'un voyage ou pour l'approvisionnement d'une trousse médicale.

Article 25 : Les examens complémentaires sont prescrits sur des feuilles d'examens. Les actes prescrits doivent figurer sur la feuille d'après le code qu'ils portent dans la nomenclature des actes de biologie médicale. Sauf cas d'urgence, les examens pour imagerie à résonnance magnétique sont soumis à une autorisation du Contrôle Médical.

Article 26 : Le secret professionnel s'impose à tout praticien travaillant au sein de l'établissement. Le praticien veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et s'y conforment.

Les membres du personnel de la Caisse qui entretiennent des rapports professionnels avec le corps médical sont pareillement soumis au secret professionnel. Les médecins sont autorisés à communiquer aux médecins du Contrôle Médical de la Caisse les informations utiles et nécessaires à l'exécution de leur travail.

Article 27 : Le médecin de l'établissement ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses possibilités et ses compétences.

Lorsqu'un médecin d'un établissement sanitaire public réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins de la Caisse et les seconds sur un support personnel.

Le médecin ne signe la feuille de soins que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il demande des honoraires.

Section 2 : Dispositions spécifiques

Article 28 : La Caisse ne couvre que les médicaments et les dispositifs médicaux prévus par le régime de base et dispensés en conformité avec les règles d'accès aussi bien générales que celles spécifiques au tiers payant, au parcours de soins coordonné et aux médicaments soumis à l'accord préalable, sauf cas d'urgence.

1 - L'accès aux médicaments

Article 29 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux médicaments auprès d'un pharmacien de l'établissement public conventionné, ce dernier doit vérifier, selon une procédure édictée par la Caisse, notamment :

- la conformité entre l'identité du malade portée sur l'ordonnance et celle inscrite sur le support d'accès aux soins,
- la date de validité du support,
- le code du médecin ou de la structure sanitaire ayant prescrit les médicaments.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le pharmacien de l'établissement public s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la Caisse.

Article 30 : Le pharmacien ou le responsable de la pharmacie de l'établissement public vérifie en outre, que l'ordonnance a été prescrite par un professionnel de ou établissement de santé conventionné. L'inscription sur l'ordonnance par le prescripteur du code qui lui est attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion.

Article 31 : Toute dispensation de médicaments effectuée en méconnaissance des dispositions conventionnelles et notamment celles prévues aux articles 18, 19, 20 et 21, est inopposable à la Caisse.

2 - Cas particulier des Gabonais Economiquement Faibles

Article 32 : Le pharmacien de l'établissement public s'engage, de par la place qu'il occupe dans le réseau de soins, à observer avec rigueur les règles d'accès et de dispensation des médicaments, spécifiques au parcours de soins coordonné telles que définies par la réglementation en vigueur.

Article 33 : Pour les Gabonais Economiquement Faibles, GEF, si la prescription ne peut être honorée par la pharmacie de l'établissement sanitaire public, le prescripteur ou le pharmacien appose sur l'ordonnance la mention « orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné » ou « OPSPPC », son cachet et sa signature.

3 - L'accès aux examens d'analyses médicales, de radiologie et d'imagerie médicales, de prestations de santé paramédicales

Article 34 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux examens d'analyses médicales, de radiologie et d'imagerie médicales, de prestations de santé paramédicales auprès des unités spécialisées de l'établissement sanitaire public, ces dernières doivent vérifier, selon une procédure édictée par la Caisse, notamment :

- la conformité entre l'identité du malade portée sur l'ordonnance et celle inscrite sur le support d'accès aux soins,
- la date de validité du support,
- le code du médecin ou de la structure sanitaire ayant prescrit les examens.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le responsable du laboratoire s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la Caisse. En cas d'urgence, la procédure de validation des droits préalablement à l'admission est faite a posteriori.

Article 35 : Les responsables des unités spécialisées vérifient en outre que l'ordonnance a été prescrite par un professionnel de santé conventionné. L'inscription sur l'ordonnance par le prescripteur du code qui lui est attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion.

Article 36 : Toute réalisation d'analyses médicales, de radiologie et d'imagerie médicales, de prestations de santé paramédicales effectuée en méconnaissance des dispositions conventionnelles et notamment celles prévues aux articles 18, 19, 20 et 21, est inopposable à la Caisse.

4- Les actes de diagnostic et de soins et les médicaments soumis à l'accord préalable

Article 37 : La Caisse détermine les prestations soumises à l'autorisation préalable du Contrôle Médical. Toutes les prestations effectuées au titre d'une hospitalisation sont soumises à une demande de prise en charge auprès du Contrôle Médical de la Caisse, sauf cas d'urgence.

Les actes autorisés par la Caisse ne sont pris en charge qu'à concurrence des montants autorisés.

En cas d'urgence, l'établissement est autorisé à dispensé des actes médicaux ou à délivrer des médicaments sans accord préalable, mais il doit procéder à la validation de l'accord du Contrôle Médical a posteriori, en décrivant les raisons ayant justifié l'urgence conformément aux définitions de la présence convention. En cas de contestation du Contrôle Médical, le dossier est transmis à la Commission paritaire.

Article 38 : Dans tous les cas, le département du Contrôle Médical de la CNAMGS peut être saisi directement pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par l'assuré ou ses ayants droit, soit par le praticien.

L'autorisation doit toujours être sollicitée par écrit. La demande adressée au Département du Contrôle Médical doit être motivée et accompagnée de toutes les pièces et rapports permettant au dit département de faire une appréciation judicieuse.

La décision ou avis du Contrôle Médical est notifiée à l'assuré ou à ses ayants droit, à charge pour celui-ci d'en informer le praticien.

Lorsque le dossier soumis au Contrôle Médical est incomplet, une demande d'instruction complémentaire est renvoyée à l'assuré ou à l'établissement public qui sollicite l'autorisation.

La décision d'accord préalable doit porter la mention « décision de prise en charge »; celle-ci est gardée par l'établissement public et fera partie intégrante du dossier de paiement que le responsable de la structure sanitaire publique déposera à la Caisse.

Article 39 : La Caisse s'engage, notamment lors de cette procédure d'accord préalable, à respecter le choix de l'assuré social relatif à son praticien et à n'exercer aucune influence susceptible de l'orienter vers un praticien ou un autre. Pour autant, si le bénéficiaire est un GEF, le prestataire devra également respecter les dispositions de l'article 33.

CHAPITRE 2 : MODES D'ÉCHANGE ET DE GESTION DES DONNÉES

Article 40 : Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention la mise en place d'un système d'information permettant, d'une part, la gestion informatisée des opérations conventionnelles, notamment celles liées au tiers payant, et d'autre part, l'échange électronique des données entre la Caisse et les structures sanitaires publiques.

Articles 41 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 40 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixés par une procédure déterminée par la Caisse.

TITRE V : REMUNERATION DES ETABLISSEMENTS

CHAPITRE 1 : MODALITÉS DE PAIEMENT

Article 42 : Le système de couverture des frais de santé au profit de l'assuré social comporte deux modalités : le paiement du ticket modérateur et le tiers payant.

L'application de chaque modalité de paiement selon les bénéficiaires et en fonction des prestations dispensées se fait conformément aux textes en vigueur.

Article 43 : La couverture des frais de santé pour une hospitalisation est toujours subordonnée à l'accord de prise en charge par la Caisse dont la demande est émise par le praticien ordonnant l'hospitalisation.

La demande de prise en charge doit être formulée au plus tard dans les *48 heures, jours ouvrables*, suivant l'admission du bénéficiaire à l'aide du document dénommé Fiche d'hospitalisation fourni par la Caisse.

L'accord de prise en charge doit être signifié par la Caisse dans les 48 heures suivant la réception de la demande. Cet accord est porté par la caisse sur la fiche d'hospitalisation au moyen de la mention « décision de prise en charge ».

Au-delà de ce délai, si la Caisse n'a pas notifié l'accord en retournant la fiche d'hospitalisation, l'accord est réputé acquis ; cependant le responsable de l'établissement hospitalier public prendra contact avec la Caisse pour s'assurer que la Fiche d'hospitalisation est bien en sa possession.

Article 44 : La règle générale de la tarification des frais de santé repose sur le principe des trois modes de rémunération suivants :

- paiement à l'acte ;
- forfait par pathologie ou groupes homogènes de pathologies ;
- dotation globale.

Article 45 : L'établissement sanitaire public calcule les sommes qui lui sont dues par référence aux prix publics des actes et médicaments délivrés tels que fixés par la réglementation en vigueur.

Les prestations dispensées ne sont prises en charge que si celles-ci sont consignées sur des imprimés établis par la Caisse, appelés « feuilles de soins » ou « bordereau de facturation ». Elles peuvent être sur support électronique ou papier.

Article 46 : Les bordereaux de facturation établis par le responsable de l'établissement hospitalier font apparaître pour un assuré social donné les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation, les frais afférents aux prestations servies pendant l'hospitalisation. Ces frais sont :

- les frais de séjour du patient ;
- les frais correspondants aux actes effectués ;
- les frais des médicaments administrés au patient en rapport avec son état.

Sauf cas d'incapacité de l'assuré bénéficiaire des soins, les bordereaux de facturation sont signés par l'assuré et par le responsable de la facturation de l'établissement ; l'établissement hospitalier a

l'obligation de donner à l'assuré ou au bénéficiaire des soins une copie du bordereau de facturation.

Article 47 : La Caisse procède au paiement direct des établissements sanitaires publics conformément aux tarifs de référence et aux taux de prise en charge.

Article 48 : Les établissements sanitaires publics ne peuvent exiger du bénéficiaire dispensé de l'avance des frais (tiers payant) que le montant du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de référence des prestations servies.

Article 49 : La Caisse s'engage à mettre à la disposition des établissements sanitaires publics les listes des médicaments et des dispositifs médicaux couverts par le régime de base, telles que définies à l'article 5, indiquant pour chaque produit son tarif de référence et son taux de prise en charge.

Article 50 : La Caisse procède au paiement intégral des sommes dues aux établissements sanitaires publics dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception du décompte, l'accusé de réception faisant foi. Le paiement est effectué par chèque ou par virement au compte de l'établissement hospitalier.

La Caisse adresse simultanément à l'établissement sanitaire public un relevé d'information précisant notamment le montant, la date et la référence du virement effectué ainsi qu'une note explicative des prestations payées.

Les factures contestées par le Contrôle Médical de la Caisse sont retournées à l'établissement hospitalier avec indication écrite de notification de la contestation, au plus tard dans les 30 jours suivant la date de dépôt. L'établissement engage alors avec le Contrôle Médical un dialogue afin d'examiner les factures contestées. Si, au terme de cet examen, aucun accord n'est trouvé, les factures sont portées devant la Commission Paritaire Mixte.

En cas d'empêchement pour la Caisse de respecter le délai conventionnel de 30 jours, cette dernière engage un dialogue avec l'établissement sanitaire sur les causes de l'empêchement et les perspectives de rétablissement.

Article 51 : La Caisse mettra en place les outils et les procédures de nature à établir le droit des bénéficiaires à disposer des prestations sanitaires.

CHAPITRE 2 : RÉDACTION DES DOCUMENTS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS ET FRAIS DES MÉDICAMENTS

Section 1 : Dispositions communes

Article 52 : Dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le responsable de l'établissement sanitaire public veille à l'exactitude et à l'exhaustivité des informations qu'il communique à la Caisse en vue de faire valoir ses droits ou ceux de ses malades.

Article 53 : Le responsable de l'établissement sanitaire public veille également au respect des règles de lisibilité des informations portées par les praticiens sur les ordonnances médicales et sur tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux des bénéficiaires auprès de la Caisse.

Il s'engage en outre au stricte usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et les règles qui leurs sont prévues

Les praticiens s'abstiennent notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'ils dispensent des actes et des médicaments en dehors du présent cadre conventionnel.

Article 54 : Après chaque dispensation au profit d'un bénéficiaire, le praticien porte sur l'original de l'ordonnance honorée la date de la dispensation ainsi que son visa et son cachet.

Article 55 : Toute inscription sur une ordonnance ou un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel du praticien, doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la Caisse au titre de l'affiliation de l'établissement sanitaire public à la convention.

Section 2 : Procédure spécifique à la facturation non informatisée

Pour les Prestations médicales et paramédicales, les examens d'analyses médicales, de radiologie et d'imagerie médicale et la cession de médicaments

Article 56 : Sur chaque feuille de soins ou fiche d'hospitalisation honorée, le praticien, identifié par son code et sa signature, fait signer le bénéficiaire devant l'indication et le prix de la prestation effectuée ainsi que le montant à la charge de la Caisse au titre du tiers payant.

Article 57 : En ambulatoire, pour chaque ordonnance honorée, le pharmacien fait signer le bénéficiaire devant chaque médicament, indique le nombre de conditionnements délivrés, le prix public et le montant à la charge de la Caisse au titre du tiers payant;

Le pharmacien indique en outre sur l'ordonnance le montant global arrêté en toutes lettres.

Article 58 : En ambulatoire, les vignettes des médicaments délivrés sont jointes aux demandes de paiement adressées à la Caisse comme suit :

- en cas de remboursement, les vignettes sont collées sur la feuille de soins dans la partie qui leur est réservée,
- en cas de tiers payant, les vignettes sont collées sur le verso de l'ordonnance adressée à la Caisse.

Article 59 : En l'absence de vignettes, le pharmacien porte devant le médicament concerné la mention « sans vignettes» tout en indiquant le numéro du lot auquel il appartient.

Les feuilles de soins et les fiches d'hospitalisation accompagnées des ordonnances honorées sont jointes au bordereau de remboursement adresse à la CNAMGS par l'établissement sanitaire, selon des modalités précisées par la CNAMGS.

Section 3 : Procédures spécifiques à la facturation informatisée

Article 60 : Outre les feuilles de soins ou les fiches d'hospitalisation accompagnées des ordonnances honorées, l'établissement sanitaire fait parvenir les données du bordereau de facturation selon des formats et des modalités précisées par la CNAMGS.

Section 4 : Procédure commune de facturation

Article 61 : En vue de se faire payer par la Caisse, l'établissement sanitaire public doit adresser, selon une procédure édictée par la Caisse, au centre de référence de la Caisse, un décompte selon modèle fourni par cette dernière, relatif aux ordonnances dispensées au profit des bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacune d'elles :

- la date de dispensation des prestations ;
- le code du prescripteur ;
- le code de l'affection ;

- l'identifiant unique de l'assuré ;
- le montant total facturé ;
- le montant perçu du bénéficiaire ;
- le montant à la charge de la Caisse.

L'établissement sanitaire public indique également dans le décompte le montant global facturé à la Caisse écrit en toutes lettres.

Article 62 : L'établissement sanitaire public joint obligatoirement au décompte la décision de prise en charge éventuelle en cas d'actes et de médicaments soumis à l'accord préalable de la Caisse.

Article 63 : En hospitalisation, le décompte pour un assuré est accompagné des fiches d'hospitalisation, des ordonnances honorées qui sont jointes au bordereau de facturation.

Le décompte est adressé à la Caisse par le responsable de l'établissement hospitalier, selon des modalités précisées par la Caisse.

Le responsable de l'établissement hospitalier public joint obligatoirement au décompte la décision de prise en charge éventuelle en cas d'actes et de médicaments soumis à l'accord préalable de la Caisse.

TITRE VI : CONTROLE MEDICAL

Article 64 : Les parties signataires conviennent que le Contrôle Médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et de celles de la présente convention. Conformément à l'Ordonnance 022/PR du 21 août 2007 susvisée et au décret d'application n°00969 susvisé du 14 novembre 2008, des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens assurent le Contrôle Médical pour le compte de la Caisse. A ce titre, ils sont chargés :

- d'effectuer les contrôles relatifs aux bénéficiaires ;
- d'autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires, ainsi que celles de fournitures médicales ;
- de vérifier la conformité de la tarification de l'acte prescrit ;
- de constater le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire.

Article 65 : L'établissement sanitaire est tenu de permettre à la Caisse d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de prestations de santé ou de maternité.

Pour effectuer son contrôle, le médecin contrôleur a librement accès audit établissement.

Tout renseignement et tout document administratif ou médical d'ordre individuel ou général utile à sa mission est tenu à sa disposition par le responsable de l'établissement sanitaire ou le médecin concerné, dans le respect des règles du secret professionnel.

A tout moment, et en tant que de besoin, le médecin contrôleur peut procéder à l'examen d'un patient. Le praticien traitant peut y prendre part.

Article 66 : Lorsque le praticien contrôleur estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que la prise en charge par la Caisse des frais exposés par un assuré ou l'un de ses ayants droit dans un établissement sanitaire n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, la Caisse refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Lorsque le praticien contrôleur estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que le service ou l'établissement dans lequel se trouve l'assuré ou son ayant droit n'est pas approprié à

son état pathologique, le praticien contrôleur informe le Directeur du Contrôle Médical qui, à son tour, saisit le Médecin conseil de la Caisse, habilité à demander le transfert du malade dans un établissement où l'intéressé est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Article 67 : Les praticiens contrôleurs n'ont pas à s'immiscer de manière inappropriée dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Article 68 : Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du Contrôle Médical toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement du malade.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les praticiens contrôleurs doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, dans le respect du secret médical.

TITRE VII : PRESCRIPTION ABUSIVE DE SOINS

Article 69 : Est considéré comme abus de prescription tout acte médical jugé complaisant par la Caisse.

Article 70 : Lorsqu'il est établi par la Caisse que des prestations sont complaisantes, celles-ci sont exclues de la prise en charge.

Sont également exclues les prescriptions de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de l'assuré ou pour l'approvisionnement des trousses d'urgence.

Article 71 : Les abus de délivrance de soins par les professionnels de santé sont portés devant la Commission médicale de la Caisse. Au terme des délibérations de ladite Commission, les mesures suivantes peuvent être prises à l'encontre du prestataire, en fonction de la gravité des cas. Il s'agit de :

- avertissement écrit ;
- mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- suspension de la convention ;
- dénonciation de la convention.

Article 72 : Les prestations dont la prise en charge est rejetée par la Caisse font l'objet d'une communication motivée du département du Contrôle Médical à l'assuré et aux prestataires intéressés.

Article 73 : En cas d'abus avéré sur des prestations consommées, la Caisse règle aux prestataires les frais y relatifs, sous réserve que sa responsabilité dans la délivrance des prestations ne soit pas établie.

TITRE VIII : EXERCICE ILLEGAL ET FRAUDE

Article 74 : Toute complicité avérée entre le praticien ou le personnel de l'établissement ou le patient en vue d'obtenir le paiement de prestations complaisantes est considérée comme cas de fraude et est sanctionnée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 75 : Dans le but de sauvegarder l'assuré social contre les pratiques nuisant à sa santé, découlant de l'exercice illégal des professions médicales, les parties signataires de la présente

convention s'informent mutuellement et informent les instances conventionnelles des faits dont elles ont eu connaissance et des actions engagées conformément à la réglementation en vigueur.

Le prestataire doit également avertir sans délai la Caisse de toute pratique irrégulière de la part des assurés. En cas de non-observation constatée de cette disposition, la Caisse se réserve le droit de rejeter toute demande en paiement et de résilier la présente convention sans préavis.

En cas de fraude du prestataire ou de complicité de fraude, la Caisse pourra engager des poursuites judiciaires, la présente convention devenant caduque dès la constatation des faits frauduleux. Les sommes indûment versées au bénéfice du prestataire et / ou des tiers devront être remboursées par le prestataire, augmentées des dommages et intérêts qui pourront être réclamés.

TITRE IX : SUIVI DE LA CONVENTION ET REGLEMENT DES DIFFERENDS

Article 76 : Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention, la Caisse élabore et met à jour les modalités et procédures d'échange et de collaboration avec les prestataires conventionnés ainsi que ses annexes. Tous ajouts, retraits ou mises à jour des modalités et procédures deviennent automatiquement opposables aux prestataires conventionnés dès information par la Caisse.

La Caisse indique aux prestataires le délai qui leur est fixé pour se mettre en conformité avec les points modifiés ou ajoutés.

Article 77 : Relativement aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de soins et la Caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre de l'établissement qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, toutes les mesures de nature à conserver ses droits. Ces mesures varient selon la nature et la gravité de l'infraction commise comme indiqué dans l'article 70 de cette convention.

Article 78 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration d'une commission paritaire chargée du suivi des différents aspects de la convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes.

Article 79 : L'établissement qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la Caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire compétente conformément aux conditions énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

Article 80 : En sus du recours à la commission paritaire, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

CHAPITRE 1 : PRÉROGATIVES DE LA CAISSE

Article 81 : La Caisse peut prendre à l'encontre de l'établissement sanitaire faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement de l'établissement ou du praticien et l'invitant à le corriger ;
- la suspension du paiement de l'établissement ou du praticien dans la limite du coût de la (des) prestation(s) ou du (des) produit(s) objet(s) du litige ;

- la mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- la suspension de la convention ;
- la dénonciation de la convention.

Article 82 : Les décisions prises par la Caisse et mentionnées à l'article 79 sont immédiatement exécutables.

Article 83 : La Caisse est tenue de notifier sa décision à l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

CHAPITRE 2 : RECOURS DE L'ÉTABLISSEMENT

Article 84 : En vue de favoriser la résolution amiable des éventuels litiges survenant entre les parties contractantes, l'établissement peut demander à la Caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre; dans le cas où la requête porte sur le non paiement total ou partiel de son décompte, l'établissement peut saisir la Caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du décompte par cette dernière.

Article 85 : L'établissement qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la Caisse peut saisir la commission paritaire en vue de réexaminer la dite décision et ce, par demande écrite au nom du président de la commission.

CHAPITRE 3 : COMMISSION PARITAIRE

Article 86 : Il est institué une commission paritaire, chargée de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les établissements sanitaires publics.

Section 1 : Mission et composition

Article 87 : La commission paritaire constitue un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Sa mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

Article 88 : La composition de ladite commission est fixée comme suit :

- Trois représentants de l'établissement sanitaire ;
- Trois représentants de la Caisse désignés par son directeur général.

La commission élit un président et un vice-président qui ne peuvent appartenir à la même partie. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.

Section 2 : Modalités de fonctionnement

Article 89 : La commission paritaire se réunit en tant que de besoin, à l'initiative de l'une ou l'autre partie. Les réunions sont convoquées par le président.

La commission siège par défaut au siège de la Caisse qui assure son secrétariat.

Article 90 : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

Article 91 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

TITRE X : REVISION DE LA CONVENTION

Article 92 : La présente convention est conclue pour une durée de trois ans à compter de la date de la publication de l'Arrêté de son approbation par le Ministre chargé de l'assurance maladie.

Article 93 : Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

Article 94 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 92, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

Libreville, le 17/12/18

Pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
et de Garantie Sociale

M. **Jean-Robert GOULONGANA**
Directeur Général

Pour le Centre Hospitalier de
de Libreville

Dr. EPIGAT APINDA
Directeur Général

LISTE DES 30 AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD) DONNANT LIEU A UNE REDUCTION DU TICKET MODERATEUR

1- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
2- Insuffisance médullaire et autres cytopénies chroniques ;
3- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
4- Bilharzioses compliquées ;
5- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme grave, cardiopathies congénitales graves, cardiopathies congénitales graves ;
6- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
7- Drépanocytose ;
8- Diabète de type 1 et Diabète de type 2 ;
9- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
10- Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
11- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
12- Hypertension artérielle sévère ;
13- Maladie coronaire ;
14- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
15- Lèpre ;
16- Maladie de Parkinson ;
17- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement spécialisé prolongé ;
18- Mucoviscidose ;
19- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
20- Paraplégie ;
21- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
22- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
23- Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
24- Rectocolite hémorragique et maladie du Crhon évolutives ;
25- Sclérose en plaques ;
26- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degré) jusqu'à maturation rachidienne ;
27- Spondylarthrite ankylosante grave ;
28- Suites de transplantation d'organe ;
29- Tuberculose active ;
30- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille de soins

volet n°1 (CNAMGS)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient

Ayant droit

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'immatriculation du patient

Signature du patient

Nom et prénom de l'assuré

Numéro d'immatriculation de l'assuré

Praticien

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste

Spécialiste

Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur

Pleine

Pleine (ALD)

Exonéré

Accident causé par un tiers

Oui

Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse

Oui

Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile

Oui

Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement	Montant à payer CNAMGS
Total				

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille de soins

volet n°2 (PRATICIEN)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient

Ayant droit

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'immatriculation du patient

Signature du patient

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Praticien

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste

Spécialiste

Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur

Pleine

Pleine (ALD)

Exonéré

Accident causé par un tiers

Oui

Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse

Oui

Non

Date présumée du début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

Date d'arrêt de la prestation

Visite à domicile

Oui

Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement	Montant à payer CNAMGS
Total				

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille de soins

volet n°3 (CNAMGS)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient

Assuré | Ayant droit

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) / /

Numéro d'immatriculation du patient

Signature du patient

Nom et prénom de l'assuré

Numéro d'immatriculation de l'assuré

Praticien

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste | Spécialiste | Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur: Plein | Plein (ALD) | Exonéré

Accident causé par un tiers: Oui | Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse: Oui | Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile: Oui | Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement	Montant à payer CNAMGS
Total				

Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total pharmacie

Total ticket modérateur pharmacie

Total pharmacie à la charge de la CNAMGS

Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

Nom de l'établissement

Code pharmacie

DPSPPC*: Oui | Non

Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet du praticien

Cachet de la pharmacie publique

Signature et cachet pharmacie officine

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille de soins

volet n°4 (ASSURÉ)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient

Assuré Ayant droit

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'immatriculation du patient

Signature du patient

Nom et prénom de l'assuré

Numéro d'immatriculation de l'assuré

Praticien

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste
Spécialiste
Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur Pleine Pleine (ALD) Exonéré

Accident causé par un tiers Oui Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui Non

Date présumée du début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

Code et libellé de la prestation

Visite à domicile Oui Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement	Montant à payer CNAMGS
Total				

Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total pharmacie

Total ticket modérateur pharmacie

Total pharmacie à la charge de la CNAMGS

Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

Nom de l'établissement

Code pharmacie

DP/DPC* Oui Non

Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet du praticien

Cachet de la pharmacie publique

Signature et cachet pharmacie officine

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille de soins

volet n°5 (PHARMACIEN)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient

Assuré | Ayant droit

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

/ /

Numéro d'immatriculation du patient

Signature du patient

Nom et prénom de l'assuré

Numéro d'immatriculation de l'assuré

Praticien

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste | Spécialiste | Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur: Plein | Plein (ALD) | Exonéré

Accident causé par un tiers: Oui | Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse: Oui | Non

Date présumée du début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

Date et heure de la prestation

Visite à domicile: Oui | Non

Code affection

Code acte	Montant	Ticket modérateur	Forfait déplacement	Montant à payer CNAMGS
Total				

Prescriptions médicales

	Médicaments / appareillages	Posologie	Quantités	Prix
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Total pharmacie

Total ticket modérateur pharmacie

Total pharmacie à la charge de la CNAMGS

Délivrance des médicaments par pharmacie ou dépôt d'un établissement public

Nom de l'établissement | Code pharmacie

Oui | Non

Signature et cachet du praticien

Cachet de la pharmacie publique

Si intervention d'une pharmacie officine

Code pharmacie officine

Signature et cachet pharmacie officine

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille d'examen

volet n°1 (CNAMGS)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient (cocher la case)

Assuré ☐ Ayant droit ☐

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

/ /

Numéro d'immatriculation du patient

Signature obligatoire du patient (obligatoire)

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Praticien prescripteur

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Autre ☐

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur: Plein ☐ Plein (ALD) ☐ Exonéré ☐

Accident causé par un tiers: Oui ☐ Non ☐

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse: Oui ☐ Non ☐

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations et praticien réalisant l'examen

Date et heure de la prestation

Nature de la prestation: Radiologie ☐ Biologie ☐ Autre ☐

Situation du patient: Hospitalisé ☐ Soins extrêmes ☐

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Code du praticien

Examens

	Désignation de l'examen	Cotation	Ticket modérateur	Montant CNAMGS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Total établissement réalisant l'examen

Total ticket modérateur assuré

Total à la charge de la CNAMGS

Examen réalisé par un établissement public

A remplir obligatoirement pour les CGS réalisés en cas d'intervention sous un établissement privé

Code de l'établissement (si différent de celui qui réalise l'examen)

OPSPPC* Oui ☐ Non ☐

Signature et cachet du praticien (obligatoire)

Cachet de l'établissement public (obligatoire)

Signature et cachet du radiologue ou du biologiste ou de tout autre spécialiste privé réalisant l'examen

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille d'examen

volet n°2 (PRATICIEN)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénoms du patient

Situation du patient

Assuré | Ayant droit

Date de naissance (J / MM / AAAA)

Numéro d'immatriculation du patient

Signature obligatoire du patient

Nom et prénoms de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Praticien prescripteur

Nom et prénoms du praticien

Code du praticien

Généraliste | Spécialiste | Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Exonération | Plein | Plein (ALD) | Exonéré

Accident causé par un tiers | Oui | Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse | Oui | Non

Date présumée du début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations et praticien réalisant l'examen

Date et heure de la prestation

Nature de la prestation | Radiologie | Biologie | Autre

Situation du patient | Hospitalisé | Soins externes

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Code du praticien

Examens

	Désignation de l'examen	Cotation	Ticket modérateur	Montant CNAMGS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Total établissement réalisant l'examen

Total ticket modérateur assuré

Total à la charge de la CNAMGS

Examen réalisé par un établissement public

Code de l'établissement

Signature et cachet du radiologue ou du biologiste ou de tout autre spécialiste privé réalisant l'examen

Signature et cachet du praticien

Cachet de l'établissement public

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Feuille d'examen

volet n°3 (ASSURÉ)

Date de réception CNAMGS

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient : Assuré / Ayant droit

Date de naissance : JJ / MM / AAAA

Numéro d'immatriculation du patient

Signature obligatoire du patient

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Praticien prescripteur

Nom et prénom du praticien

Code du praticien

Généraliste / Spécialiste / Autre

Signature et cachet du praticien

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur : Plein / Plein (ALD) / Exonéré

Accident causé par un tiers : Oui / Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse : Oui / Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations et praticien réalisant l'examen

Date et heure de la prestation

Nature de la prestation : Radiologie / Biologie / Autre

Situation du patient : Hospitalisé / Soins à domicile

Nom de l'établissement

Code de l'établissement

Code du praticien

Examens

	Désignation de l'examen	Cotation	Ticket modérateur	Montant CNAMGS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Total établissement réalisant l'examen

Total ticket modérateur assuré

Total à la charge de la CNAMGS

Examen réalisé par un établissement public

Code de l'établissement

SIP/SPIC* : Oui / Non

Signature et cachet du praticien

Cachet de l'établissement public

Signature et cachet du radiologue ou du biologiste ou de tout autre spécialiste privé réalisant l'examen

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Bordereau d'hospitalisation

volet n°1 (CNAMGS)

Date de réception CNAMGS

Établissement

Nom de l'établissement (ou du patient s'il y a lieu)

Code de l'établissement

Service

Date et heure d'hospitalisation

Date et heure de sortie

Nombre de journée(s)

Hospitalisation à domicile Oui Non

Code affection ayant donné lieu à hospitalisation

Code affection additionnel (s'il y a lieu)

Date de PC* ou AP**

Nom du correcteur

Date visite contrôle

Patient

Nom et prénom du patient

Situation du patient (cocher la case)

Assuré Ayant droit

Date de naissance (jj / MM / AAAA)

/ /

Numéro d'immatriculation du patient

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Issue du patient

Domicile

Transfert

Décédé

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant

Code du praticien

Statut du praticien

Généraliste

Spécialiste

Autre

Nom du spécialiste (s'il y a lieu)

Code du spécialiste (s'il y a lieu)

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur

Payée

Payée (ALD)

Exonéré

Accident causé par un tiers Oui Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					

Total

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Bordereau d'hospitalisation

volet n°2 (ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER)

Date de réception CNAMGS

Établissement

Nom de l'établissement (ou de praticien s'il y a lieu) | Code de l'établissement | Service

Date et heure d'hospitalisation | Date et heure de sortie | Nombre de jours(s)

Hospitalisation à domicile Oui Non

Code affection ayant donné lieu à hospitalisation | Date de PC* ou AP** | Date visite contrôle

Code affection additionnel (s'il y a lieu) | Nom du contrôleur

Patient

Nom et prénom du patient | Situation du patient (cachet ou case)

Assuré | Ayant droit

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) | Numéro d'immatriculation du patient

/ /

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré) | Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

Issue du patient: Domicile / Transfert / Décédé

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant | Code du praticien | Statut du praticien: Généraliste / Spécialiste / Autre

Nom du spécialiste (s'il y a lieu) | Code du spécialiste (s'il y a lieu)

Conditions de prise en charge

Taux modérateur: Plein / Plein (ALD) / Exonéré

Accident causé par un tiers Oui Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					

Total

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)

CNAMGS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Bordereau d'hospitalisation

volet n°3 (ASSURÉ)

Date de réception CNAMGS

Établissement

Nom de l'établissement (ou du pavillon s'il y a lieu) | Code de l'établissement | Service

Date et heure d'hospitalisation | Date et heure de sortie | Nombre de jours(s)

Hospitalisation à domicile Oui Non

Code affection ayant donné lieu à hospitalisation | Date de PC* ou AP** | Date visite contrôle

Code affection additionnel (s'il y a lieu) | Nom du contrôleur

Patient

Nom et prénom du patient | Situation du patient (cochez la case) Assuré Ayant droit

Date de naissance (J / MM / AAAA) / / | Numéro d'immatriculation du patient

Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré) | Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré) | Issue du patient Domicile Transfert Décédé

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant | Code du praticien | Statut du praticien Généraliste Spécialiste Autre

Nom du spécialiste (s'il y a lieu) | Code du spécialiste (s'il y a lieu)

Conditions de prise en charge

Ticket modérateur Plein Plein (ALD) Exonéré

Accident causé par un tiers Oui Non

Si oui, date de l'accident

Soins liés à la grossesse Oui Non

Date présumée de début de grossesse

Date présumée de l'accouchement

Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					

Tous les rangées vides (Cadres ou de prestations, les lignes détaillées ainsi que les copies des prises en charge et ai moins prestatées) doivent être jointes au présent bordereau avant de la déclaration de paiement

Total

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)