Quatre-vingt-quatorzième année – N° 5344 12 rejeb 1426 (18 août 2005)

ISSN 0851 - 1217

ROYAUME DU MAROC

BULLETIN OFFICIEL

EDITION DE TRADUCTION OFFICIELLE

EDITIONS	TARIFS D'ABONNEMENT		
	AU MAROC		A L'ETRANGER
	6 mois	1 an	
Edition générale	250 DH	400 DH	A destination de l'étranger, par voies ordinaire, aérienne ou de la poste rapide internationale, les tarifs prévus ci-contre sont majorés des frais d'envoi, tels qu'ils sont fixés par la réglementation postale en vigueur.
Edition des débats de la Chambre des Représentants	—	200 DH	
Edition des débats de la Chambre des Conseillers	—	200 DH	
Edition des annonces légales, judiciaires et administratives	250 DH	300 DH	
Edition des annonces relatives à l'immatriculation foncière	250 DH	300 DH	
Edition de traduction officielle	150 DH	200 DH	

ABONNEMENT

IMPRIMERIE OFFICIELLE
RABAT - CHELLAH
Tél. : 037.76.50.24 - 037.76.50.25
037.76.54.13
Compte n° :
310 810 1014029004423101 33
ouvert à la Trésorerie Régionale de Rabat
au nom du régisseur des recettes
de l'Imprimerie officielle

L'édition de traduction officielle contient la traduction officielle des lois et règlements ainsi que le texte en langue étrangère des accords internationaux lorsqu'aux termes de ces accords, ledit texte fait foi, soit seul, soit concurremment avec le texte arabe

SOMMAIRE

TEXTES GENERAUX

Pages

Code de la couverture médicale de base. – Décrets d'application.

Décret n° 2-05-733 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base 607

Décret n° 2-05-734 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base 610

Décret n° 2-05-735 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base ... 611

Décret n° 2-05-736 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de bas 611

Pages

Décret n° 2-05-737 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base 612

Décret n° 2-05-738 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les conditions d'affiliation et d'immatriculation au régime de l'assurance maladie obligatoire de base 613

Décret n° 2-05-739 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les catégories des agents journaliers soumis au régime de l'assurance maladie obligatoire de base 614

Décret n° 2-05-740 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application des dispositions de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base relatif à l'organisation financière de l'assurance maladie obligatoire de base 615

Décret n° 2-05-741 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) modifiant le décret n° 2-01-2723 du 27 hija 1422 (12 mars 2002) fixant le taux des cotisations dues à la Caisse nationale de sécurité sociale 616

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Pages

Haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération. – Institution d'une rémunération des services rendus.

Décret n° 2-05-1239 du 29 joumada II 1426 (5 août 2005) instituant une rémunération des services rendus par le haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération..... 616

Farine subventionnée. – Condition d'achat du blé tendre de fabrication, de conditionnement et de mise en vente.

Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre des finances et de la privatisation et du ministre de l'agriculture, du développement rural et des pêches maritimes n° 1421-05 du 6 joumada I 1426 (14 juin 2005) fixant les conditions d'achat du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée, ainsi que les conditions de fabrication, de conditionnement et de mise en vente de ladite farine..... 617

TEXTES PARTICULIERS

Société « EXCELDIS ». – Certification du système de gestion de la qualité.

Décision du ministre de l'industrie, du commerce et de la mise à niveau de l'économie n° 1358-05 du 22 joumada I 1426 (30 juin 2005) relative à la certification du système de gestion de la qualité de la société « EXCELDIS »..... 619

CONSEIL SUPERIEUR DE LA COMMUNICATION AUDIOVISUELLE

Décision n° 12 du 21 joumada I 1426 (29 juin 2005)..... 619

bomaroc.com

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

TEXTES GENERAUX

Décret n° 2-05-733 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

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

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

Chapitre premier

Conditions et modalités de remboursement et de prise en charge des prestations garanties

ARTICLE PREMIER. – Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base s'effectue, conformément aux dispositions de l'article 12 de la loi n° 65-00 susvisée, sur la base de la tarification nationale de référence et des taux de couverture des prestations médicales tels qu'ils sont fixés par décret pour chacun des organismes gestionnaires.

ART. 2. – En cas d'hospitalisation, les taux de couverture visés à l'article premier ci-dessus sont applicables à l'ensemble des prestations dispensées y compris celles rendues dans le cadre de l'hôpital de jour.

Les prestations pouvant être prises en charge dans le cadre de l'hôpital de jour sont fixées par arrêté du ministre de la santé.

ART. 3. – Le remboursement ou la prise en charge des soins liés à l'hospitalisation inclut le séjour hospitalier, les honoraires des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux, d'analyses de biologie médicale, de radiologie et d'imagerie médicale, des explorations fonctionnelles, d'odontologie, de rééducation fonctionnelle, de kinésithérapie ainsi que les médicaments, sur la base de la tarification nationale de référence.

ART. 4. – Sont inclus dans le remboursement ou la prise en charge au titre de l'hospitalisation, sur la base de la tarification nationale de référence pour les appareils de prothèse et d'orthèse, les dispositifs médicaux ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical, ou de la rémunération réglementaire pour les poches de sang humain et les dérivés sanguins labiles.

ART. 5. – Sont remboursés sous forme de forfait :

– la lunetterie médicale ;

– les appareils de prothèse et d'orthèse ;

– les dispositifs médicaux et implants ;

– l'orthodontie pour les enfants.

Les forfaits de remboursement sont fixés dans la tarification nationale de référence.

ART. 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.

ART. 7. – La liste des appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ou à la prise en charge dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base ainsi que celle des dispositifs médicaux et implants sont définies par arrêté du ministre de la santé.

Cet arrêté fixe, également, la liste des appareils de prothèse et d'orthèse et les dispositifs médicaux et implants dont le remboursement ou la prise en charge est soumis à l'accord préalable de l'organisme gestionnaire.

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, dispositifs médicaux 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'organisme gestionnaire.

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.

ART. 8. – La liste des médicaments admis au remboursement est arrêtée, en fonction du service médical rendu, par le ministre de la santé. Elle est établie par dénomination commune internationale et classe thérapeutique avec la présentation et la forme.

Le remboursement de toute spécialité pharmaceutique s'effectue sur la base du prix public du médicament générique de la spécialité de référence, lorsqu'il existe, portant la même dénomination commune internationale.

Toutefois, lorsque le médicament admis au remboursement sert au traitement d'une maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, le bénéficiaire peut être totalement ou partiellement exonéré par l'organisme gestionnaire de la partie des frais à sa charge.

La liste des médicaments donnant droit à exonération totale ou partielle des frais restant à la charge du bénéficiaire est établie par arrêté du ministre de la santé.

Lorsqu'une molécule ne figurant pas dans la liste des médicaments admis au remboursement, est incluse dans un protocole validé dans le cadre d'un consensus thérapeutique faisant partie de la convention nationale, le remboursement s'effectue sur la base du prix public de ladite molécule.

ART. 9. – La liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération en vertu de l'article 9 de la loi n° 65-00 est fixée par arrêté du ministre de la santé.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Cette liste est arrêtée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

Toutefois, les maladies rares chroniques et/ou coûteuses ne figurant pas dans cette liste peuvent être prises en charge à titre exceptionnel par l'organisme gestionnaire sur proposition du contrôle médical et après avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

ART. 10. – L'exonération de la part restant à la charge de l'assuré est décidée, après étude du cas, par l'organisme gestionnaire concerné sur avis du contrôle médical par période de 6 mois renouvelable dans les mêmes conditions.

Le refus par l'organisme gestionnaire d'accorder ladite exonération doit être motivé et notifié au demandeur par lettre recommandée. Le demandeur peut contester cette décision auprès de l'Agence nationale de l'assurance maladie qui procède à son examen conformément aux dispositions de l'article 38 ci-dessous.

ART. 11. – Le remboursement des frais des prestations de soins est effectué au vu des pièces justificatives requises, dont une feuille de soins signée par le ou les praticiens. Il intervient, au plus tard, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de dépôt ou d'envoi du dossier attestant les frais engagés, sauf dans les cas litigieux.

Dans ces cas et lorsque le contrôle médical valide les prestations contestées, le remboursement doit intervenir au plus tard dans les trente (30) jours qui suivent.

ART. 12. – La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être adressées ou présentées à l'organisme gestionnaire concerné dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Sauf cas de force majeure, le défaut d'accomplissement des formalités prévues à l'alinéa précédent entraîne déchéance du droit au remboursement des prestations objet du dossier.

ART. 13. – L'état de grossesse, médicalement constaté doit être notifié à l'organisme gestionnaire au moins six (6) mois avant la date présumée de l'accouchement.

Le droit aux prestations couvre les complications éventuelles de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites.

ART. 14. – Les conditions et les épisodes de suivi médical de la grossesse et des suites de l'accouchement sont définis par arrêté du ministre de la santé.

ART. 15. – En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, les prestations d'assurance maladie sont servies à compter de la constatation médicale de l'état de santé de la bénéficiaire.

ART. 16. – Les organismes gestionnaires peuvent procéder au remboursement des soins dispensés en dehors du territoire national au bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire qui tombe inopinément malade au cours de son séjour à l'étranger. Ce remboursement s'éffectue selon les mêmes taux et dans les mêmes conditions que si les soins étaient délivrés au Maroc.

Lorsque les soins médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire de base ne peuvent être dispensés au Maroc, celui-ci peut demander à l'organisme gestionnaire dont il est ressortissant l'accord préalable pour une prise en charge dans un établissement de soins étranger.

La liste des examens ou soins justifiant le transfert à l'étranger est fixée par le ministre de la santé.

L'accord préalable est accordé en priorité aux établissements de soins étrangers ayant conclu avec l'organisme gestionnaire une convention de soins qui définit notamment les conditions de prise en charge du bénéficiaire et les modalités de remboursement.

Le projet de convention est, préalablement à sa signature, soumis à l'avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Chapitre II

Les conditions de délivrance des soins aux bénéficiaires

ART. 17. – Les soins dispensés aux bénéficiaires doivent être délivrés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur en la matière dans le respect des clauses des conventions nationales.

ART. 18. – Les consultations médicales et soins ambulatoires sont donnés au cabinet du praticien, sauf en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

ART. 19. – Toute prise en charge doit faire l'objet d'un accord préalable de l'organisme gestionnaire.

ART. 20. – La demande d'accord préalable doit être établie par le médecin traitant sous pli confidentiel et comporter les indications médicales suivantes :

1) l'objet de la prise en charge du patient, la nature de l'affection et le coefficient de l'acte professionnel conformément à la nomenclature en vigueur ;

2) la ou les spécialités concernées et, le cas échéant, la durée prévisible d'hospitalisation dans chaque discipline médicale ou chirurgicale ;

3) les analyses de biologie médicale, les examens de radiologie et d'imagerie médicale et les explorations fonctionnelles demandés et justifiés ;

4) le type de traitement préconisé pour le patient qu'il soit médical ou chirurgical.

ART. 21. – La délivrance des soins faisant l'objet d'une demande d'accord préalable ne peut commencer qu'à la suite de la réponse de l'organisme gestionnaire. Celle-ci doit intervenir au plus tard dans les 48 heures suivant le dépôt de la demande d'accord préalable.

Toutefois, en cas d'urgence, le malade est immédiatement admis par l'établissement et les soins lui sont délivrés ; la demande d'accord préalable devant parvenir sans délai à l'organisme gestionnaire.

ART. 22. – Pour le déboursement des frais des prestations délivrées dans le cadre du tiers payant, le prestataire de soins adresse à l'organisme gestionnaire, dès la sortie du patient et au plus tard dans un délai n'excédant pas trois mois un dossier comprenant notamment les documents suivants :

– l'original du document de la prise en charge auquel doit être jointe une photocopie de la carte d'immatriculation de l'assuré et, le cas échéant, de la carte d'identité nationale du bénéficiaire, s'il est distinct ;

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

– les notes d'honoraires ventilées, cachetées et signées par les praticiens, précisant les cotations des actes et les honoraires correspondants. Ces notes doivent être établies conformément aux dispositions de la convention nationale ;

– la facture de l'établissement de soins précisant le détail des frais notamment les honoraires des praticiens, la part restant à la charge de l'assuré, dûment cachetée par l'établissement de soins et signée par l'assuré ou, en cas d'empêchement, par un ayant droit dûment mandaté.

La signature de l'assuré ou de l'ayant droit, le cas échéant, atteste de la véracité des soins administrés et de la validité de la facture ;

– le cas échéant et sur demande écrite du médecin contrôleur, le compte rendu de l'hospitalisation transmis sous pli confidentiel.

Toute hospitalisation donne lieu à l'établissement d'une seule facture originale. Les copies ou duplicata doivent porter le cachet de l'établissement de soins.

ART. 23. – La non adhésion d'un prestataire de soins médicaux à la convention nationale peut constituer un des motifs de refus de la prise en charge par l'organisme gestionnaire.

ART. 24. – Pour chaque maladie ou accident, la constatation des soins reçus par les bénéficiaires s'effectue au moyen de feuilles de soins établies conformément au modèle défini dans le cadre de la convention nationale.

ART. 25. – La feuille de soins doit comporter les prescriptions du médecin traitant et faire apparaître, notamment :

1) l'identité de l'assuré ;

2) l'identité du malade, s'il est distinct de l'assuré ;

3) l'identification du praticien et, éventuellement, celle du professionnel paramédical, du pharmacien, du laboratoire d'analyses médicales, du cabinet de radiologie ou du fournisseur ;

4) la mention de l'accord préalable, si nécessaire ;

5) la mention de la délivrance de prescriptions particulières écrites s'il y a lieu ainsi que, le cas échéant, les actes effectués à ce titre ;

6) le montant des honoraires médicaux et des soins paramédicaux payés par l'assuré et, s'il y a lieu, le montant de la facture du pharmacien, du laboratoire ou du fournisseur ainsi que l'indication de leur acquit.

En outre, les prestations de soins doivent être mentionnées au jour le jour dans la limite de la prescription du médecin traitant. En aucun cas, le praticien ne peut refuser de remplir la feuille de soins pour le malade.

ART. 26. – Le ministre de la santé édicte, sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie, les mesures nécessaires au suivi médical des assurés notamment celles relatives à la mise en place du carnet de santé ou de tout autre support équivalent.

Chapitre III

Les modalités du conventionnement

ART. 27. – Les négociations visant l'établissement des conventions nationales sont initiées et conduites par l'Agence nationale de l'assurance maladie dans les conditions fixées par les dispositions de la loi n° 65-00 précitée et selon les modalités du présent décret.

ART. 28. – Les négociations relatives à la conclusion des conventions nationales ne peuvent dépasser un délai maximum de 6 mois. A défaut d'accord dans ce délai, le ministre de la santé reconduit la convention nationale antérieure lorsqu'elle existe ou, à défaut, édicte des tarifs réglementaires après avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Les conventions nationales sont conclues pour une durée minimum de 3 ans. Elles sont approuvées par arrêté du ministre de la santé.

Le ministre de la santé fixe par arrêté les règles de facturation des prestations de soins sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

ART. 29. – Le ministre de la santé fixe par arrêté le cadre conventionnel type pour chaque convention nationale sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie et après avis des conseils nationaux des ordres professionnels concernés ou, à défaut, les organisations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives.

ART. 30. – Le non respect ou la violation des termes de la convention nationale est porté par l'organisme gestionnaire à la connaissance de l'Agence nationale de l'assurance maladie qui en informe l'ordre professionnel concerné. L'Agence peut, après avoir invité le praticien à fournir ses explications écrites à la commission spécialisée citée à l'alinéa ci-après, sur les griefs qui lui sont reprochés, le mettre hors convention pour une durée qui ne peut excéder un an. A l'expiration de cette durée, le praticien réintègre d'office la convention nationale.

La mise hors convention et la réintégration sont décidées par la commission spécialisée permanente créée à cet effet par le conseil d'administration de l'Agence et notifiées à l'intéressé par le directeur dudit établissement.

En cas de récidive, la mise hors convention est prononcée d'office dans les mêmes formes.

ART. 31. – Tout désaccord dans l'application d'une ou de plusieurs clauses de la convention est soumis à l'avis de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

L'avis de l'Agence s'impose aux parties.

ART. 32. – Les clauses tarifaires de la convention nationale sont établies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels, à la nomenclature des actes de biologie médicale et à la nomenclature des actes paramédicaux en vigueur et des références médicales opposables établies sur la base des protocoles thérapeutiques, lorsqu'ils existent.

Chapitre IV

Conditions et modalités d'exercice du contrôle médical

ART. 33. – Pour l'exercice du contrôle médical visé au chapitre trois de la loi n° 65-00, les organismes gestionnaires disposent d'un corps propre de médecins, pharmaciens et médecins dentistes contrôleurs. Ils peuvent faire appel par voie de convention à des praticiens et des pharmaciens à titre externe.

ART. 34. – Le contrôle médical peut s'effectuer, selon le cas, sur dossier, au lieu d'hospitalisation, par visite à domicile ou, exceptionnellement, par voie de convocation du bénéficiaire.

La visite de contrôle a lieu, de façon inopinée, à l'initiative du praticien.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Le praticien peut requérir ou procéder, à la charge de l'organisme gestionnaire, à tout examen ou contre expertise qu'il juge nécessaire. Il a libre accès au dossier médical et à tout renseignement ou document administratif d'ordre individuel ou général nécessaire à sa mission.

ART. 35. – L'organisme gestionnaire exerce un contrôle systématique sur dossier dans tous les cas de demande d'exonération de la part restant à la charge de l'assuré, ou de demande d'accord préalable pour la prise en charge dans le cadre du tiers payant.

ART. 36. – Le contrôle médical doit s'effectuer sans préjudice pour le délai de remboursement ou de prise en charge. En cas de litige, ce délai est prorogé de 30 jours francs.

ART. 37. – En cas de maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux supérieurs à six mois, l'organisme gestionnaire est habilité à faire procéder aux contrôles médicaux périodiques nécessaires à la poursuite de la prise en charge.

ART. 38. – Les contestations des décisions prises par l'organisme gestionnaire à la suite d'un contrôle médical sont portées devant l'Agence nationale d'assurance maladie qui fait procéder à sa charge à un nouvel examen par un praticien expert, dans les conditions prévues par l'article 30 de la loi n° 65-00 susvisée. Les conclusions de l'expert doivent être notifiées aux parties dans un délai qui ne peut excéder la durée prévue à l'article 36 ci-dessus.

ART. 39. – Conformément à l'article 43 de la loi n° 65-00 précitée, les organismes gestionnaires sont tenus de communiquer au ministère de la santé et à l'Agence nationale d'assurance maladie, à la fin du premier trimestre de chaque exercice, l'effectif des personnes assurées et leurs ayants droit, le bilan de la consommation médicale des bénéficiaires avec leur effectif pour l'exercice écoulé en terme des prestations délivrées et des flux financiers y afférents.

Ils sont également tenus de fournir au ministère de la santé les informations utiles à l'élaboration des comptes nationaux de la santé.

ART. 40. – Le contrôle technique visant le respect des dispositions de la loi n° 65-00, des textes pris pour son application et des clauses des conventions nationales par les parties auxdites conventions est effectué par des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens inspecteurs dûment mandatés à cet effet par le ministre de la santé parmi les fonctionnaires.

Ce contrôle s'effectue, soit sur pièces, soit sur place, à l'initiative du ministre de la santé ou à la demande de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Les praticiens chargés du contrôle technique sont également habilités à s'assurer de l'organisation d'un service de contrôle médical par les organismes gestionnaires et à vérifier que ledit contrôle s'exerce dans le respect des règles y afférentes.

Les organismes gestionnaires et les producteurs de soins sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de fournir aux praticiens chargés du contrôle, les documents et informations utiles au bon déroulement de leur mission.

ART. 41. – Le ministre de la santé, le ministre chargé de l'emploi et le ministre chargé des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-734 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 46, 47, 48, 106, 107 et 148 ;

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

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Le taux de la cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base est fixé, en ce qui concerne les salariés du secteur privé, à 4 % de l'ensemble des rémunérations visées à l'article 19 du dahir portant loi n° 1-72-184 susvisé, réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Le taux de cotisation fixé à l'alinéa précédent est majoré de 1% de l'ensemble de la rémunération brute mensuelle du salarié. Cette majoration, due par l'ensemble des employeurs assujettis au régime de sécurité sociale, est à leur charge exclusive.

ART. 2. – Le taux de la cotisation due par les marins pêcheurs à la part est fixé à :

- 1,2% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché sur les chalutiers ;
- 1,5% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché sur les sardiniers et les palangriers.

ART. 3. – Le taux de la cotisation due par les titulaires de pensions est fixé à 4% sur le montant global des pensions de base servies à condition que ce montant soit égal ou supérieur à 910,00 DH par mois dans le secteur de l'agriculture et à 1.289,00 DH par mois dans les autres secteurs.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

ART. 4. – La cotisation mensuelle due par les personnes bénéficiant d'une assurance volontaire conformément à l'article 5 du dahir portant loi n° 1-72-184 susvisé est fixée à 4% du montant de la rémunération mensuelle ayant servi de base au calcul de la dernière cotisation obligatoire au titre de ladite assurance.

ART. 5. – Les modalités de versement par l'employeur des cotisations dont il est débiteur sont définies par le règlement intérieur de la Caisse nationale de sécurité sociale.

ART. 6. – Le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-735 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 46, 47, 48, 106, 107 et 148 ;

Vu le dahir portant loi n° 1-77-216 du 20 chaoual 1397 (4 octobre 1977) créant un Régime collectif d'allocation de retraite ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Le taux de la cotisation due à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base est fixé, en ce qui concerne les salariés relevant du secteur public, à 5 % de l'ensemble des rémunérations visées à l'article 106 (1er §) de la loi n° 65-00 susvisée, réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Chacune des parts de la cotisation est perçue dans la limite d'un montant mensuel minimum de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams.

ART. 2. – Le taux de la cotisation due par les titulaires de pensions est fixé à 2,5 % du montant global des pensions de base servies dans la limite d'un montant mensuel de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams.

ART. 3. – Le taux de la cotisation due par les personnes bénéficiant d'une assurance volontaire conformément à l'article 13 du dahir portant loi n° 1-77-216 susvisé, est fixé à 5 % du montant du dernier salaire mensuel ayant servi de base au calcul des dernières cotisations et contributions au titre de l'affiliation obligatoire au régime collectif d'allocation de retraite.

ART. 4. – Le versement des cotisations est effectué mensuellement par l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les personnes morales de droit public et les organismes gérant les régimes de pensions dans un délai n'excédant pas 15 jours suivant l'expiration du mois concerné.

Les modalités de versement par l'employeur des cotisations dont il est débiteur sont définies par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.

ART. 5. – Les organismes gérant les régimes de pensions sont débiteurs vis-à-vis de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale des cotisations de leurs pensionnés dont ils sont tenus d'effectuer le précompte.

Ils sont tenus de communiquer à ladite caisse, au terme de chaque année civile, l'assiette des cotisations des titulaires de pensions.

ART. 6. – Le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-736 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 7, 9 et 10 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

DÉCRÈTE :

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 Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, 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 tarification nationale de référence.

6) Soins bucco-dentaires : 80 % de la tarification nationale de référence.

7) Orthodontie médicalement requise pour les enfants : forfait fixé dans la tarification nationale de référence.

ART. 2. – En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, l'assuré est exonéré totalement ou partiellement de la part restant à sa charge selon le type de maladies telles que prévues dans la liste arrêtée par le ministre de la santé.

La part restant à la charge de l'assuré ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies.

Toutefois, l'exonération de la part restant à la charge de l'assuré est totale pour les soins onéreux.

ART. 3. – Le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-737 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 7, 9 et 10 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Les groupes de prestations couvertes par la Caisse nationale de sécurité sociale au titre de l'assurance maladie obligatoire de base sont définis comme suit :

– En ce qui concerne les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, les prestations médicalement requises suivantes :

- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les analyses de biologie médicale ;
- la radiologie et l'imagerie médicale ;
- les explorations fonctionnelles ;
- l'hospitalisation ;
- les médicaments admis au remboursement ;
- le sang et ses dérivés labiles ;
- les soins bucco-dentaires ;
- les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux admis au remboursement ;
- les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- les actes paramédicaux ;
- les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- la lunetterie médicale.

Les prestations ci-dessus sont couvertes qu'elles soient dispensées à titre ambulatoire ou dans le cadre de l'hospitalisation.

– En ce qui concerne l'enfant dont l'âge est inférieur ou égal à 12 ans, l'ensemble des prestations définies à l'article 7 de la loi n° 65-00 ;

– En ce qui concerne le suivi de la grossesse, l'accouchement et ses suites, les actes médicaux et chirurgicaux tels qu'ils sont définis à la nomenclature générale des actes professionnels et à la nomenclature des actes de biologie médicale ainsi que les médicaments admis au remboursement, le sang et ses dérivés labiles, les actes paramédicaux et, le cas échéant, les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;

– En ce qui concerne l'hospitalisation, l'ensemble des prestations et soins rendus dans ce cadre y compris les actes de chirurgie réparatrice.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

ART. 2. – Le taux de couverture des groupes de prestations citées à l'article premier ci-dessus est fixé à 70% de la tarification nationale de référence, établie conformément à l'article 12 de la loi n° 65-00 susvisée.

Ce taux est porté à 90% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, lorsque les prestations y afférentes sont dispensées dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

ART. 3. – La prise en charge des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux englobe l'ensemble des prestations médicalement requises par l'état de santé du bénéficiaire y compris la transplantation d'organes et de tissus.

ART. 4. – Le ministre chargé de l'emploi, le ministre chargé des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-738 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les conditions d'affiliation et d'immatriculation au régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 39, 96 à 99 et 128 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Sous réserve des dispositions de l'article 114 de la loi n° 65-00, sont considérés comme employeurs affiliés d'office au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base :

– les employeurs affiliés à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre des prestations du régime de sécurité sociale ;

– les administrations de l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics et les personnes morales de droit public dont les fonctionnaires et agents sont, à la date de publication du présent décret, immatriculés à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale ;

– les organismes gérant les régimes de pensions.

ART. 2. – Les employeurs qui désirent continuer à assurer la couverture de leurs salariés auprès de compagnies d'assurance, de mutuelles ou de caisses internes conformément à l'article 114 de la loi n° 65-00 doivent fournir annuellement à l'organisme gestionnaire dont ils relèvent les pièces ci-après :

– une attestation délivrée, selon le cas, par la compagnie d'assurance, la société mutualiste ou la caisse interne concernée dûment constituée, justifiant l'existence de cette couverture ;

– la liste des salariés couverts par lesdits organismes et, le cas échéant, des titulaires de pensions.

ART. 3. – Les employeurs remplissant les conditions d'affiliation, cessant d'assurer une couverture médicale facultative à leurs salariés, devant changer d'organisme gestionnaire du régime de l'assurance maladie obligatoire de base par suite du changement de leur statut juridique, ou nouvellement constitués, doivent demander leur affiliation à l'organisme gestionnaire concerné, dans un délai de 30 jours suivant, selon le cas, la date de la cessation de la couverture médicale facultative, du changement du statut juridique ou de la constitution.

ART. 4. – Sous réserve des dispositions de l'article 114 de la loi n° 65-00, sont considérés comme immatriculés d'office au titre du régime d'assurance maladie obligatoire de base :

– les salariés et les titulaires de pensions immatriculés à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre des prestations du régime de sécurité sociale ;

– les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public qui sont, à la date de publication du présent décret, immatriculés à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale ;

– les titulaires de pensions qui sont, à la date de publication du présent décret, immatriculés à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.

ART. 5. – Les employeurs remplissant les conditions d'affiliation cessant d'assurer une couverture médicale facultative à leurs salariés, devant changer d'organisme gestionnaire du régime de l'assurance maladie obligatoire de base par suite du changement de leur statut juridique, ou nouvellement constitués, doivent demander l'immatriculation de leurs salariés à l'organisme gestionnaire concerné, dans un délai de 30 jours suivant la date de leur affiliation.

ART. 6. – Les caisses gérant les régimes de pensions disposent d'un délai de 30 jours pour demander l'immatriculation de leurs pensionnés non couverts, à la date de publication du présent décret, à l'organisme gestionnaire du secteur dont elles relèvent.

ART. 7. – Pour tout nouveau salarié ou titulaire de pension, l'employeur est tenu d'adresser à l'organisme gestionnaire du secteur dont il relève, dans un délai de 30 jours, une demande d'immatriculation au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

Ce délai prend effet à compter de la date d'emploi ou de recrutement du salarié ou de la date de jouissance de la pension.

ART. 8. – Chaque salarié ou titulaire de pension est tenu d'adresser, aux fins d'immatriculation, à l'organisme gestionnaire dont il relève par le truchement de son employeur, les documents exigés par ledit organisme en vertu de son manuel de procédures et notamment les pièces suivantes :

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

– un formulaire de renseignements dûment rempli est visé par l'employeur ;

– un extrait d'acte de naissance ;

– un extrait de l'acte de mariage ;

– un extrait d'acte de naissance du conjoint et des enfants à charge ;

– un certificat de scolarité pour les enfants à charge, âgés de plus de 21 ans et poursuivant des études dans un établissement d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle, public ou privé ;

– un dossier médical justifiant l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité pour les enfants handicapés à sa charge.

ART. 9. – L'immatriculation de tout salarié ou titulaire de pension par l'organisme gestionnaire doit intervenir dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant la demande de l'employeur.

ART. 10. – L'organisme gestionnaire adresse à chaque employeur un certificat d'affiliation et délivre à chacun des assurés une carte d'immatriculation mentionnant notamment les numéros d'affiliation et d'immatriculation ainsi que toutes les informations permettant l'identification de l'assuré.

La carte d'immatriculation est délivrée dans les 30 jours suivant l'immatriculation et dans tous les cas avant l'expiration de la période de stage prévue à l'article 101 de la loi n° 65-00.

ART. 11. – Tout changement d'adresse ou d'employeur et toute modification intervenue dans la situation des assurés, des titulaires de pensions ou de leurs ayants droit doivent être déclarés à l'organisme gestionnaire par le truchement de l'employeur dans les 30 jours qui suivent avec, à l'appui les pièces justificatives y afférentes.

ART. 12. – L'employeur du secteur privé est tenu de justifier à tout moment aux agents chargés de l'inspection du travail qu'il est affilié au régime de l'assurance maladie obligatoire de base et qu'il est à jour du paiement des cotisations salariales et contributions patronales. Il doit produire à cet effet les pièces et documents attestant le respect de cette obligation.

ART. 13. – Lorsqu'à la suite d'une vérification ou d'une requête des salariés, il est constaté qu'un employeur n'a procédé ni à son affiliation, ni à l'immatriculation de ses salariés à un régime d'assurance maladie obligatoire de base, le ministre chargé de l'emploi lui enjoint de régulariser sa situation dans un délai de trois mois.

Passé ce délai et au cas où l'employeur n'obtempère pas, il est procédé d'office à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés conformément aux dispositions de la loi n° 65-00 sans préjudice des poursuites judiciaires à l'encontre de l'employeur récalcitrant.

ART. 14. – Lorsqu'il est constaté, à la suite d'une vérification ou d'une requête de l'organisme gestionnaire ou du salarié, qu'un employeur n'a pas procédé ou refuse l'immatriculation d'un ou de plusieurs de ses salariés à un régime d'assurance maladie obligatoire de base, le ministre chargé de l'emploi lui enjoint d'y procéder dans les conditions prévues à l'article précédent.

ART. 15. – Le ministre chargé des finances, le ministre chargé de l'emploi et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Le ministre de la santé,

MOHAMED CHEIKH BIADILLAH.

Décret n° 2-05-739 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les catégories des agents journaliers soumis au régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment son article 72 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Les catégories de journaliers soumis au régime de l'assurance maladie obligatoire de base, géré par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, sont celles dont les agents effectuent de façon permanente et continue, des fonctions ou des tâches au profit des administrations de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public moyennant un salaire régulier égal ou supérieur au salaire brut d'un agent temporaire classé à l'échelle 1.

ART. 2. – Les catégories visées à l'article premier ci-dessus sont les suivantes :

– le personnel occasionnel et temporaire régi par la circulaire n° 31 FP du 22 août 1967 formant statut du personnel temporaire des administrations publiques ;

– les agents permanents régis par la circulaire précitée ;

– les agents non permanents de l'entraide nationale ;

– les agents temporaires relevant des établissements publics.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

ART. 3. – Le ministre de l'intérieur, le ministre chargé des finances et le ministre chargé de la modernisation des secteurs publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre de l'intérieur,

EL MOSTAFA SAHEL.

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre chargé de la modernisation des secteurs publics,

MOHAMED BOUSSAID.

Décret n° 2-05-740 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application des dispositions de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base relatif à l'organisation financière de l'assurance maladie obligatoire de base.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu la Constitution, notamment son article 63 ;

Vu la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002), notamment ses articles 47, 50, 54, 55 et 68 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Le prélèvement au profit de l'Agence nationale de l'assurance maladie dont les organismes gestionnaires sont redevables est fixé au taux uniforme de 0,6 % des cotisations et des contributions dues auxdits organismes.

Les organismes gestionnaires sont tenus d'effectuer le versement du produit du prélèvement dans le mois qui suit celui au titre duquel ce prélèvement est dû.

ART. 2. – Le prélèvement sur les cotisations et les contributions pour la couverture des frais de gestion administrative de l'assurance maladie obligatoire de base par chaque organisme gestionnaire ne peut excéder le taux de 9,4 %.

ART. 3. – Les réserves prévues à l'article 50 de la loi n° 65-00 susvisée sont :

– la réserve de sécurité qui est destinée à faire face à des insuffisances temporaires et imprévues de liquidités.

Cette réserve est alimentée et utilisée dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé des finances ;

– la réserve pour prestations restant à payer qui est destinée à couvrir les dépenses pour dossiers non liquidés et les dépenses pour dossiers liquidés mais non payés à la date de l'inventaire.

Les modalités de détermination de cette réserve sont fixées par l'arrêté prévu à l'alinéa précédent.

ART. 4. – La réserve de sécurité et la réserve pour prestations restant à payer sont représentées à l'actif du bilan par des valeurs dont la liste et les conditions d'évaluation sont définies par arrêté du ministre chargé des finances.

ART. 5. – Les fonds représentatifs des réserves visées à l'article 3 ci-dessus ainsi que les excédents éventuels entre les produits et les charges des régimes d'assurance maladie obligatoire de base sont déposés auprès de l'organisme désigné par arrêté du ministre chargé des finances.

Les actifs résultant des placements de ces fonds doivent être déposés ou inscrits en comptes auprès de l'organisme dépositaire au nom de l'organisme gestionnaire concerné.

Les modalités de placement de ces fonds en actifs représentatifs et d'évaluation de ces actifs sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

L'organisme gestionnaire charge l'organisme dépositaire, en vertu d'une convention, de placer ces fonds conformément aux dispositions dudit arrêté.

ART. 6. – Le contrôle technique de l'Etat sur les organismes gestionnaires, qui s'exerce sur pièces et sur place, est assuré par le ministre chargé des finances.

Le contrôle sur pièces s'effectue sur les documents dont la production est exigée par la loi n° 65-00 précitée.

Le contrôle sur place s'exerce par les fonctionnaires délégués à cet effet par le ministre chargé des finances.

ART. 7. – Pour permettre aux fonctionnaires visés à l'article 6 ci-dessus d'exercer la mission de contrôle pour laquelle ils ont été délégués, l'organisme gestionnaire tient à leur disposition tous livres, registres, bordereaux, procès-verbaux, pièces comptables ou documents relatifs à sa situation financière ainsi que le personnel qualifié pour fournir à ces fonctionnaires les renseignements nécessaires à ladite mission. Pour l'exercice de cette mission de contrôle, ledit organisme leur permet, en outre, d'accéder à son système d'informations.

ART. 8. – Les organismes gestionnaires doivent adresser au ministre chargé des finances, avant le premier avril de chaque année, un état des cotisations afférentes à l'exercice écoulé et un état détaillé des cotisations non encore recouvrées par exercice d'affectation.

ART. 9. – Les organismes gestionnaires doivent remettre au ministre chargé des finances, au plus tard le 31 mai de chaque année, les états de synthèse prévus par la réglementation en vigueur en matière des obligations comptables.

Ils doivent produire, en outre, un dossier relatif aux opérations effectuées au cours de l'exercice écoulé. Ce dossier comprend les états financiers et statistiques dont la forme et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances ainsi que le rapport annuel du conseil d'administration.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

ART. 10. – Le ministre chargé des finances et le ministre chargé de l'emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Décret n° 2-05-741 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) modifiant le décret n° 2-01-2723 du 27 hija 1422 (12 mars 2002) fixant le taux des cotisations dues à la Caisse nationale de sécurité sociale.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15 joumada II 1392 (27 juillet 1972) relatif au régime de sécurité sociale, tel qu'il a été modifié et complété, notamment ses articles 18, 19 et 20 ;

Vu le décret n° 2-01-2723 du 27 hija 1422 (12 mars 2002) fixant le taux des cotisations dues à la Caisse nationale de sécurité sociale ;

Sur proposition du ministre de l'emploi et de la formation professionnelle et du ministre des finances et de la privatisation ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 28 joumada I 1426 (6 juillet 2005),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Les dispositions de l'article premier du décret n° 2-01-2723 du 27 hija 1422 (12 mars 2002) fixant le taux des cotisations dues à la Caisse nationale de sécurité sociale sont modifiées ainsi qu'il suit :

« *Article premier.* – La cotisation due par l'employeur à la « Caisse nationale de sécurité sociale pour la couverture des « dépenses relatives aux allocations familiales est fixée à 6,50% « de la rémunération brute mensuelle du salarié. »

ART. 2. – Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle et le ministre des finances et de la privatisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui entre en vigueur à compter du premier jour du mois qui suit celui de sa publication au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'emploi et de la formation professionnelle,

MUSTAPHA MANSOURI.

Décret n° 2-05-1239 du 29 joumada II 1426 (5 août 2005) instituant une rémunération des services rendus par le haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu le dahir n° 1-73-252 du 13 joumada I 1393 (15 juin 1973) portant création du haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération et abrogeant le dahir n° 1-62-266 du 7 rabii I 1381 (19 août 1961) portant création de l'Office national des anciens résistants et anciens combattants ;

Vu la loi organique n° 7-98 relative à la loi de finances promulguée par le dahir n° 1-98-138 du 7 chaabane 1419 (26 novembre 1998) telle qu'elle a été modifiée et complétée, notamment son article 11 ;

Vu le dahir n° 1-02-330 du 2 ramadan 1423 (7 novembre 2002) portant délégation de pouvoir en matière d'administration de la défense nationale ;

Vu le décret n° 2-93-84 du 7 kaada 1413 (29 avril 1993) fixant les attributions et l'organisation du haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération ;

Vu le décret n° 2-98-401 du 9 moharrem 1420 (26 avril 1999) relatif à l'élaboration et à l'exécution des lois de finances, tel qu'il a été modifié et complété, notamment son article 4 ;

Sur proposition du haut commissaire aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération et du ministre des finances et de la privatisation,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Il est institué une rémunération des services rendus par le haut commissariat aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération au titre de la vente de ses publications ou des publications faites à son profit, des documents imprimés, manuscrits, audio-visuels et autres, qu'il produit ou reproduit, ainsi qu'en ce qui concerne la production de films et films documentaires liés aux épisodes de la lutte pour l'indépendance.

ART. 2. – Les tarifs des services visés à l'article premier ci-dessus sont fixés par arrêté conjoint du Premier ministre et du ministre des finances et de la privatisation.

ART. 3. – Les recettes des services prévus à l'article premier ci-dessus sont recouvrées au profit du budget général.

ART. 4. – Le haut commissaire aux anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération et le ministre des finances et de la privatisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui prend effet à compter de la date de sa publication au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 29 joumada II 1426 (5 août 2005).

DRISS JETTOU.

Pour contreseing :

Le ministre des finances et de la privatisation,

FATHALLAH OUALALOU.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre des finances et de la privatisation et du ministre de l'agriculture, du développement rural et des pêches maritimes n° 1421-05 du 6 joumada I 1426 (14 juin 2005) fixant les conditions d'achat du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée, ainsi que les conditions de fabrication, de conditionnement et de mise en vente de ladite farine.

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR,

LE MINISTRE DES FINANCES ET DE LA PRIVATISATION,

LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU DEVELOPPEMENT RURAL ET DES PECHES MARITIMES,

Vu la loi n° 12-94 relative à l'Office national interprofessionnel des céréales et des légumineuses et à l'organisation du marché des céréales et des légumineuses promulguée par le dahir n° 1-95-8 du 22 ramadan 1415 (22 février 1995), notamment ses articles 22 et 23 ;

Vu le décret n° 2-96-305 du 13 safar 1417 (30 juin 1996) pris pour l'application de la loi susvisée n° 12-94 relative à l'Office national interprofessionnel des céréales et des légumineuses et à l'organisation du marché des céréales et des légumineuses, notamment son article 12 ;

Vu le décret n° 2-04-532 du 14 joumada I 1425 (2 juillet 2004) portant délégation d'attributions et de pouvoirs de M. Rachid Talbi El Alami, ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé des affaires économiques et générales ,

ARRÊTENT :

ARTICLE PREMIER. – Les conditions d'achat du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée ainsi que les conditions de fabrication de conditionnement et de sa mise en vente de ladite farine, pendant la campagne 2005-2006 (du 1er juin 2005 au 31 mai 2006) sont fixées aux articles ci-dessous.

ART. 2. – L'achat du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée peut faire l'objet d'appels d'offres lancés par l'Office national interprofessionnel des céréales et des légumineuses auprès des opérateurs céréaliers.

Toutefois, pour ce qui concerne la production nationale de blé tendre, l'Office peut recevoir les offres de ce blé des commerçants céréaliers ainsi que des coopératives agricoles marocaines et de leur union, qui ont acheté ledit blé aux producteurs au prix de 250 DH par quintal, base qualité standard, telle que définie à l'annexe I, ci-joint. Ce prix peut faire l'objet de bonifications ou de réfactions selon les barèmes de l'annexe II ci-joint. Au-delà des tolérances admises, les réfactions sont librement débattues entre les agriculteurs livreurs, d'une part, et les organismes stockeurs, à savoir les commerçants ainsi que les coopératives agricoles marocaines et leur union, d'autre part, à charge pour les organismes stockeurs de procéder au nettoyage et au conditionnement nécessaires du blé tendre pour se conformer aux spécifications de la qualité requise à la livraison aux minoteries.

ART. 3. – Le blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée, mis en stock par les commerçants en céréales, les coopératives agricoles marocaines et leur union, donne lieu à une prime de magasinage de 2 DH par quintal et par quinzaine.

Ces intervenants bénéficient également d'une marge de rétrocession de 8,80 DH par quintal, pour le blé tendre de production nationale, lors de la cession à la minoterie, ou de 5,40 DH par quintal, pour le blé tendre d'importation, mis en stockage.

ART. 4. – Lorsque le blé tendre d'importation fait l'objet, avant sa livraison aux minoteries industrielles, d'un stockage auprès des commerçants en céréales, des coopératives agricoles marocaines et de leur union, le prix de cession auxdits intervenants s'établit à 253,40 DH par quintal.

ART. 5. – Le prix de cession à la minoterie, du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée est fixé à 258,80 DH par quintal, base qualité standard telle que définie à l'annexe I ci-jointe. Ce prix peut faire l'objet de bonifications ou de réfactions selon les barèmes de l'annexe II. La marchandise peut être refusée au-delà des tolérances admises.

ART. 6. – La différence entre le prix résultant de l'appel d'offres visé à l'article 2 ci-dessus et les prix de cession indiqués aux articles 4 et 5 ci-dessus fera l'objet, par l'Office national interprofessionnel des céréales et des légumineuses, d'une restitution ou d'un prélèvement à opérer avec l'adjudicataire.

ART. 7. – Les éléments entrant dans le calcul du prix de revient de la farine subventionnée, sont arrêtés comme suit :

– frais d'approche ..... 2 DH par quintal écrasé ;

– marge de mouture ..... 16,50 DH par quintal écrasé ;

– prix formulaire du son ... 115 DH par quintal, dont 30 DH par quintal de son vendu représentant la taxe parafiscale sur le son ;

– taux d'extraction :

• 80% : pour la farine nationale de blé tendre ;

• 74% : pour la farine destinée aux provinces sahariennes, dénommée farine spéciale.

Les prix de revient des farines subventionnées sont de :

– pour la farine nationale de blé tendre ..... 325,375 DH par quintal ;

– pour la farine destinée aux provinces sahariennes, dénommée farine spéciale ..... 342,837 DH par quintal.

ART. 8. – Les frais de transport du blé tendre destiné à la fabrication de la farine subventionnée, ainsi que ceux de la farine subventionnée sont pris en charge par l'Etat.

ART. 9. – Les prix limites de vente des farines subventionnées sont comme suit :

Pour la farine nationale de blé tendre :

– prix de la marchandise prise nue minoterie ... 182 DH par quintal ;

– prix au niveau grossistes ..... 188 DH par quintal ;

– prix public ..... 200 DH par quintal.

Pour les farines subventionnées destinées aux provinces sahariennes et livrées à travers l'Office de commercialisation et d'exportation (OCE) :

– prix marchandise prise nue minoterie ... 87 DH par quintal ;

– prix au public ..... 100 DH par quintal.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Ainsi, le montant unitaire de la compensation est fixé comme suit :

– farine nationale de blé tendre hors provinces sahariennes ..... 143,375 DH par quintal ;

– farine nationale destinée aux provinces sahariennes ..... 238,375 DH par quintal ;

– farine destinée aux provinces sahariennes, dénommée farine spéciale ..... 255,837 DH par quintal.

ART. 10. – Le conditionnement de la farine subventionnée doit être fait dans des sacs de 50 kg nets comportant une bande verte de 10 centimètres de largeur placée au milieu des deux faces du sac.

Les emballages doivent être scellés au plomb de la minoterie et porter l'indication apparente de la dénomination du produit vendu, ainsi que la raison sociale de la minoterie. Ils doivent être également munis des étiquettes d'identification.

ART. 11. – Les minoteries peuvent utiliser soit des sacs consignés, soit des sacs perdus, à condition que le choix de l'emballage à la livraison de cette farine revienne obligatoirement aux commerçants bénéficiaires de la marchandise. Dans ce dernier cas, le coût du sac perdu est facturé par la minoterie, à charge pour elle de le justifier à tout contrôle. Ce coût peut être répercuté par le commerçant sur le consommateur, si ce dernier opte pour l'achat du sac entier.

Toutefois, lorsque le consommateur achète la farine au détail (inférieur à 50 kg) le prix public visé à l'article 9 ci-dessus ne subit aucune modification.

ART. 12. – Le présent arrêté conjoint, qui prend effet à compter du 1er juin 2005, sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 6 joumada I 1426 (14 juin 2005).

Le ministre des finances et de la privatisation,
FATHALLAH OUALALOU.

Le ministre de l'intérieur,
EL MOSTAFA SAHEL.

Le ministre de l'agriculture, du developpement rural et des pêches maritimes,
MOHAND LAENSER.

Vu :

Le ministre délégué auprès du Premier ministre chargé des affaires économiques et générales,
RACHID TALBI EL ALAMI.

*

* *

ANNEXE I

Qualité du blé tendre standard

CARACTERISTIQUES DU BLE TENDRE STANDARD	
Poids spécifique (PS)	77 kg/hl
Impuretés diverses	1%
Grains germés	1%
Grains cassés	2%
Grains échaudés	2,5%
Grains d'orge	1%

* * *

ANNEXE II

Barèmes des bonifications et des réfactions

TAUX DE BONIFICATION OU DE REFACTION PAR POINT	TAUX EN DH/POINT
Bonification sur le poids spécifique :	
de 77,1 à 79 kg/hl	1,00
de 79,1 à 80 kg/hl	0,75
de 80,1 à 81 kg/hl	0,63
Réfactions :	
Poids spécifique :	
de 76,9 à 75 kg/hl	1,00
Impuretés diverses :	
de 1,1 à 3%	2,50
Grains germés :	
de 1,1 à 3%	1,25
Grains cassés :	
de 2,1 à 6%	1,25
Orge :	
de 1,1 à 3%	0,56
Grains boutés :	
de 1,1 à 3%	1,13
Grains piqués :	
de 1,1 à 3%	1,13
Grains échaudés :	
de 2,6 à 6%	1,13

NB : les critères de qualité sont déterminés conformément au manuel d'agréage du blé tendre diffusé par circulaire du ministère de l'agriculture n° 34 du 29 décembre 1994.

bomaroc.com

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

TEXTES PARTICULIERS

Décision du ministre de l'industrie, du commerce et de la mise à niveau de l'économie n° 1358-05 du 22 joumada I 1426 (30 juin 2005) relative à la certification du système de gestion de la qualité de la société « EXCELDIS ».

LE MINISTRE DE L'INDUSTRIE, DU COMMERCE ET DE LA MISE A NIVEAU DE L'ECONOMIE,

Vu le dahir n° 1-70-157 du 26 joumada I 1390 (30 juillet 1970) relatif à la normalisation industrielle en vue de la recherche de la qualité et de l'amélioration de la productivité, tel qu'il a été modifié par le dahir portant loi n° 1-93-221 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) ;

Vu le décret n° 2-93-530 du 3 rabii II 1414 (20 septembre 1993) pris pour l'application du dahir n° 1-70-157 du 26 joumada I 1390 (30 juillet 1970) précité ;

Vu l'arrêté du ministre de l'industrie, du commerce, de l'énergie et des mines n° 1559-01 du 27 joumada I 1422 (17 août 2001) portant homologation de normes marocaines ;

Après avis de la commission de certification des industries mécaniques, métallurgiques, électriques et électroniques, issue du comité des systèmes de management,

DÉCIDE :

ARTICLE PREMIER. – Le système de gestion de la qualité adopté par la société « EXCELDIS », pour les activités suivantes :

– importation et distribution de matériel électrique ;

– conception, développement, réalisation et commercialisation des équipements électriques,

exercées sur le site : 20, avenue Al Bachir Al Ibrahimi, Casablanca, est certifié conforme aux exigences de la norme marocaine NM ISO 9001. Cette certification est valable jusqu'au 25 mai 2008.

ART. 2. – La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 22 joumada I 1426 (30 juin 2005).

SALAHEDDINE MEZOUAR.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 5342 du 5 rejeb 1426 (11 août 2005).

CONSEIL SUPERIEUR DE LA COMMUNICATION AUDIOVISUELLE

Décision n° 12 du 21 joumada I 1426 (29 juin 2005)

LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA COMMUNICATION AUDIOVISUELLE.

Après avoir pris connaissance de la plainte déposée par l'Association marocaine des droits humains (AMDH), le 11 mars 2005, contre la radiodiffusion télévision marocaine (RTM) ;

Vu le dahir n° 1-02-212 du 22 joumada II 1423 (31 août 2002) portant création de la Haute autorité de la communication audiovisuelle, et notamment ses articles 3 (alinéas 8 et 11), 4 et 12 ;

Vu la loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, promulguée par le dahir n° 1-04-257 du 25 kaada 1425 (7 janvier 2005), et notamment ses articles 3, 4, 9 (premier alinéa), 46 et 47 (premier alinéa) ;

Vu le dahir n° 1-58-376 du 3 joumada I 1378 (15 novembre 1958) réglementant le droit d'association, tel que modifié et complété par la loi n° 75-00, promulguée par le dahir n° 1-02-206 du 12 joumada I 1423 (23 juillet 2002) ;

Après avoir pris connaissance des documents relatifs à l'instruction effectuée par les services de la direction générale de la communication audiovisuelle,

Et après en avoir délibéré :

Les faits :

Attendu que l'AMDH invoque dans sa plainte que la RTM a diffusé durant son journal télévisé du soir du 3 février 2005 un reportage sur les sit-in organisés par les associations des droits humains des provinces du Sahara devant le ministère de la communication, le Parlement et devant le siège de l'AMDH, montrant des banderoles et contenant des déclarations que l'AMDH considère attentatoires à son égard et à l'égard de son président, que, dans ce même journal télévisé, il a été donné lecture à certains passages de « la déclaration de Rabat » précisant que « la dernière étape des sit-in été tenue devant le siège de l'AMDH pour protester contre la position du président de cette dernière qui a sous-estimé la souffrance de nos enfants, de nos familles et de nos frères séquestrés dans les camps de Lahmada. Ce sit-in n'était pas tenu contre l'AMDH que nous estimons pour ses positions à l'égard de notre cause nationale.... » ;

Considérant que la plaignante a évoqué dans sa plainte que le président de l'association avait donné une déclaration à la RTM rappelant les positions de ladite association au sujet de cette cause, mais considère que cette déclaration, qui portait sur la liberté d'opinion et d'expression abstraction faite de son contenu ainsi que sur le droit de ladite association de défendre la liberté d'expression

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

de toute personne dans le respect de la dignité et des droits humain des autres, a été diffusée de manière tronqué ne correspondant pas à sa réelle substance.

Sur la forme :

Attendu que l'article 4 du dahir n° 1-02-212 portant création de la Haute autorité de la communication audiovisuelle dispose, dans son premier alinéa, que « Le Conseil supérieur de la communication audiovisuelle peut recevoir des plaintes émanant des organisations politiques, syndicales ou des associations d'utilité publique, relatives à des violations, par les organes de communication audiovisuelle, des lois... » ;

Attendu qu'en sa qualité d'association reconnue d'utilité publique, comme il appert du décret n° 2-00-405 du 19 moharrem 1421 (24 avril 2000), l'AMDH compte parmi les personnes visées à l'alinéa premier de l'article 4 ci-dessus, et qu'il convient, en conséquence, de déclarer sa plainte recevable en la forme ;

Sur le fond :

Attendu que l'article 47 de la loi n° 77-03 dispose que les sociétés nationales de l'audiovisuel public ont pour objet « d'assurer l'exécution de la politique de l'Etat dans le domaine de la télévision, de la radio, de la télédiffusion, de la production ou de la publicité » ;

Attendu que l'article 9 de la même loi dispose que « Sans préjudice des sanctions prévues par les textes en vigueur, les émissions et les reprises de programmes ou de parties de programmes ne doivent pas être susceptibles de porter préjudice aux dogmes du Royaume du Maroc tels que définis par la Constitution, notamment ceux relatifs à l'Islam, à l'intégrité territoriale du Royaume et à la monarchie » ;

Attendu que l'article 4 de la loi n° 77-03 dispose que « Sous réserve de la préservation du caractère pluraliste des courants d'expression, les sociétés de communication audiovisuelle conçoivent librement leurs programmes. Elles en assument l'entière responsabilité » ;

Attendu que tout opérateur, compte tenu de la responsabilité mise à sa charge, est en droit de s'opposer à la diffusion de programme ou de déclaration qu'il considère de nature à enfreindre les dispositions de l'article 9 ci-dessus.

Par ces motifs :

Sur la forme :

1. déclare la plainte de l'Association marocaine des Droits Humains (AMDH) recebable ;

Sur le fond :

1. décide qu'il n'est pas justifié d'obliger la Radiodiffusion télévision marocaine (RTM) de diffuser la déclaration complète du président de l'AMDH ;

2. ordonne la notification de la présente décision à l'association plaignante, à la Radiodiffusion télévision marocaine (RTM) et sa publication au *Bulletin officiel.*

Délibéré par le Conseil supérieur de la communication audiovisuelle dans sa séance du 21 joumada I 1426 (29 juin 2005), tenue au siège de la Haute autorité de la communication audiovisuelle à Rabat, où siégeaient M. Ahmed Ghazali, président, et M^me^ Naïma El Mcherki et MM. Mohammed Noureddine Affaya, El Hassane Bouquentar, Abdelmounim Kamal, conseillers.

Pour le Conseil supérieur
de la communication audiovisuelle :

Le président
du Conseil supérieur
de la communication audiovisuelle,

AHMED GHAZALI.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 5342 du 5 rejeb 1426 (11 août 2005).

bomaroc.com

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.