



Institut National d'Assurance Maladie

NOTE CIRCULAIRE N° 001 /2024/INAM/DCMQS

Portant abrogation de la réorganisation des procédures d'octroi des prestations
aux assurés de l'INAM

A l'attention des professionnels de santé, prescripteurs des centres conventionnés

La signature le 29 mars 2024, de la nouvelle convention cadre entre les organismes de gestion de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) et les prestataires de soins et de services de santé marque un nouveau départ pour notre collaboration.

Une nouvelle liste de médicaments et une nouvelle nomenclature d'actes de santé ont été adoptées pour la mise en œuvre de l'AMU ainsi que la revalorisation de leurs bases de remboursement.

L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) **informe tous les prescripteurs des centres conventionnés de l'abrogation des dispositions de la Note Circulaire N° 016/INAM/DG/DCMQS du 08 avril 2020 portant réorganisation des procédures d'octroi des prestations aux assurés de l'INAM.**

Dorénavant, la dispensation des actes de santé remboursables doit se faire dans le respect strict de leur statut tel que précisé dans la nouvelle nomenclature des actes remboursables par l'AMU en vigueur à partir du 1^{er} avril 2024 et conformément aux nouvelles règles de délivrance des soins.

Pour toute prestation nécessitant un Accord Préalable, la demande doit se faire soit via le **Portail iStane**, soit via **Whatsapp** par l'envoi d'une fiche de demande d'Entente Préalable (EP) dûment remplie au N° **79 30 01 13**. L'obtention d'un accord préalable de l'INAM interviendra dans un délai maximal d'une heure.

La présente note prend effet à partir du **1^{er} avril 2024** et ce jusqu'à nouvel ordre. Toutes les dispositions contraires existantes sont abrogées.

L'INAM compte sur votre habituelle collaboration pour la mise en œuvre des nouvelles dispositions.

Lomé, le 02 AVR 2024

Le Directeur Général



Myriam DOSSOU-d'ALMEIDA

P.J. : Nouvelles règles de délivrance des soins

ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (AMU)

REGLES DE DELIVRANCE DES SOINS AUX BENEFICIAIRES DE L'AMU

1. Règles générales de délivrance des soins (remplissage des outils, déontologie médicale, droit aux prestations)

RP 24-01

Le remplissage de toute feuille de prestation doit être complet et exact en respect des règles de déontologie et de pratique médicales.

RP 24-02

La signature apposée sur le formulaire d'identification des prescripteurs envoyée à l'AMU doit être conforme à celle que vous apposez sur les feuilles de prestations.

RP 24-03

La fin de toute prescription dans les outils de prestations (feuille de soins, ordonnance, biologie, imagerie médicale, feuille d'hospitalisation, demande d'entente préalable) doit être matérialisée par trois traits obliques allant jusqu'à la dernière prescription.

RP 24-04

Les rajouts de médicaments ou d'actes à une prescription ne sont pas remboursés.

RP 24-05

L'auto prescription est proscrite dans le cadre de la déontologie médicale, donc n'est pas remboursée.

RP 24-06

Il n'est pas autorisé à un prescripteur de faire des prescriptions à ses ayants droit.

RP 24-07

Ne peut bénéficier des prestations de l'AMU que le bénéficiaire éligible après vérification de sa carte AMU.

RP 24-08

Seul le personnel soignant ayant obtenu un code prescripteur AMU est autorisé à prescrire dans les outils AMU.

RP 24-09

Tout prescripteur est rattaché à une ou plusieurs formations sanitaires reconnues par les organismes de gestion et ne peut prescrire que dans celles-ci. Toute prescription, en dehors desdites formations sanitaires, n'est pas remboursée. En cas de changement de formation sanitaire, veuillez signaler.

RP 24-10

La mention du nom de l'affection à la place du code affection sur les feuilles de prestation est proscrite.

RP 24-11

Les visites de suivi ou de contrôle ne sont pas payantes si elles interviennent dans un délai de 30 jours à compter de la date de la consultation initiale dans les formations sanitaires publiques et de 15 jours dans les formations sanitaires privées.

RP 24-12

Une attestation de prise en charge délivrée par l'organisme de gestion est obligatoire pour toute prise en charge d'un enfant de moins de 6 mois.

RP 24-13

Les prescriptions faites dans le cadre des interventions foraines ne sont pas remboursées.

2. Règles de délivrance des actes cliniques (Consultations/hospitalisations/Soins)

RP 24-14

Toute prescription par les techniciens supérieurs de santé spécialisés, hors de leur domaine de spécialité (instrumentation chirurgicale, anesthésie, kinésithérapie, orthophonie, orthopédie, ophtalmologie, ORL, radiologie, odontostomatologie, orthoptie) n'est pas remboursée.

RP 24-15

Toute prescription de médicaments par un paramédical est soumise à la réglementation par niveau de soins conformément à la Liste nationale des médicaments essentiels (LNME) sous Dénomination commune internationale (DCI) en vigueur.

RP 24-16

« L'hôpital de jour » doit être facturé comme une « mise en observation » selon le niveau de soins. Sa durée maximale est de trois (03) jours.

RP 24-17

Un accord préalable est obligatoire pour toutes les ordonnances chirurgicales et anesthésiques. Dans l'urgence, faire l'intervention et régulariser à posteriori dans les 24h ou le 1er jour ouvré au plus tard.

RP 24-18

La formulation d'une demande d'attestation pour Traitement de pathologies chroniques (TPC) est réservée aux médecins, sauf autorisation exceptionnelle de l'organisme de gestion accordée à certains techniciens supérieurs de santé sur demande de leur structure.

RP 24-19

La délivrance d'un médicament TPC, même pour un traitement de courte durée, est soumise à la formulation d'une demande d'attestation pour traitement de pathologies chroniques (TPC), exception faite pour la prise en charge de l'HTA gravidique.

RP 24-20

Les traitements par cures de chimiothérapie seront donnés sur attestation TPC (à chaque cure) après dépôt initial d'une demande TPC dûment remplie.

RP 24-21

Toute demande d'actes de rééducation fonctionnelle et d'appareillages orthopédiques doit être faite par un médecin. Toutefois, une autorisation exceptionnelle de l'organisme de gestion pourrait être accordée à certains paramédicaux sur demande de leur structure.

RP 24-22

Une demande d'attestation pour TPC ne doit pas comporter des médicaments non TPC.

3. Règles de délivrance des actes para cliniques (Biologie et Imagerie)

RP 24-23

Les bilans de santé à priori y compris le bilan d'infertilité ne sont pas pris en charge par l'AMU.

RP 24-24

Trois échographies obstétricales au maximum sont accordées pendant la grossesse. Au-delà, une entente préalable est exigée.

RP 24-25

La prescription de TDM est strictement réservée aux médecins sauf autorisation exceptionnelle de l'organisme de gestion accordée à certains techniciens supérieurs de santé sur demande de leur structure.

RP 24-26

La prescription de l'IRM est strictement réservée aux médecins spécialistes.

RP 24-27

Les radiographies de plus de deux segments osseux dans le même temps ne sont autorisées qu'après entente préalable, sauf chez le polytraumatisé.

RP 24-28

La facturation des actes scanographiques portant sur plusieurs régions anatomiques doit être conforme à la nomenclature en vigueur.

RP 24-29

Pour les actes d'échographie sous entente préalable, les actes de TDM et d'IRM, la copie du résultat de l'examen doit être annexée sous pli fermé à la feuille de prestation facturée.

4. Règles de délivrance des produits de santé (Médicaments et Dispositifs Médicaux)

RP 24-30

Toute délivrance de médicaments parentéraux, en une fois, pour un patient hospitalisé ne doit pas dépasser la quantité nécessaire pour trois (03) jours de traitement.

RP 24-31

Toute prescription de plusieurs boîtes d'un médicament « Remboursable » pour plus de 15 jours de traitement nécessitent une entente préalable.

RP 24-32

Le pharmacien peut substituer un médicament par un bio équivalent dont la base de remboursement est inférieure ou égale à celle du médicament à substituer. Ecrire le médicament substituant en « Rouge » (pour les feuilles de soins physiques) dans la colonne indiquée. Au cas où le prix du médicament substituant dépasse celui du médicament substitué, la substitution ne se fera qu'après échange avec le médecin traitant et accord du médecin conseil.

RP 24-33

Seuls les produits pharmaceutiques dispensés par voie parentérale sont remboursés aux structures privées (cliniques, cabinets, CMS privés, structures privées à but non lucratif telles que les confessionnelles et ONG). Des médicaments par voie orale ne seront remboursés à une structure privée que sur autorisation spéciale des organismes de gestion.

RP 24-34

Lorsqu'un prix public de cession dans une pharmacie est inférieur au prix base de remboursement AMU en vigueur, le médicament doit être vendu sur la base du prix public de cession de la pharmacie.

RP 24-35

Toute prescription de médicament pour un patient hospitalisé doit se faire sur << Feuille Hospitalisation-Produits pharmaceutiques >> et ne peut être délivrée en officine privée que sur présentation concomitante d'une copie de l'accord d'hospitalisation en cours de validité.

RP 24-36

Pour toute prescription de produit de santé jugée suspecte ou irrationnelle, le pharmacien doit saisir un praticien-conseil de l'organisme de gestion.

RP 24-37

Toute ordonnance a une durée de validité de 07 jours à compter de sa date de prescription. Elle ne peut être honorée par le pharmacien au-delà de cette période.