

Prise en Charge

L'AMO vous garantit la prise en charge directe des frais d'hospitalisation à hauteur de 70 % lorsque les soins sont dispensés dans un établissement privé, certains atteignent 90% lorsque les soins sont dispensés dans un établissement public, et que le patient est déclaré porteur d'ALD, pour les ALD exonérantes ce taux peut même atteindre 100 %.

Pièces justificatives à fournir :

- Le formulaire de demande de prise en charge rempli par l'établissement de soin, signé et cacheté par le médecin traitant, mentionnant la nature de la demande ainsi que l'identité du bénéficiaire ;
- Photocopie de la carte d'immatriculation de l'assuré auquel est rattaché le bénéficiaire ainsi que la carte d'identité nationale CIN du bénéficiaire ;
- Les justificatifs médicaux pour les soins demandés.
- Un devis des soins détaillé à effectuer préparé par le professionnel de santé ;

Délai de délivrance de la prise en charge :

Le délai maximal de délivrance de la prise en charge est de 48h à compter de la date de réception de la demande formulée par le prestataire de soins.

Entente Préalable

L'entente préalable concerne certains actes, appareillage de prothèses, d'orthèses, dispositifs médicaux et implants de remplacement.

Pièces justificatives à fournir :

Formulaire mentionnant la nature de la demande, l'identité du bénéficiaire ainsi que l'identité du médecin traitant.

La demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

- Un devis des soins détaillé à effectuer préparé par le professionnel de santé ;
- Justificatifs médicaux ;
- Tout élément relatif aux soins à réaliser, sous pli confidentiel.

Faut-il effectuer un contrôle médical ?

La CNSS peut envisager un contrôle médical à tout moment.

Y a-t-il un plafond pour le remboursement des frais médicaux ?

Les prestations de l'AMO ne sont pas plafonnées, mais sont soumises à la Tarification Nationale de Référence (TNR) et aux taux de couverture en vigueur

Quels sont les différents modes de paiement offerts par la CNSS ?

La CNSS vous offre différents modes de paiement à savoir : le virement bancaire, la mise à disposition ainsi que la carte de paiement électronique.

Un relevé des prestations servies au titre de l'AMO vous est adressé incessamment.

Afin d'éviter tout retard de paiement, veuillez vous assurer de l'exactitude des informations personnelles et bancaires fournies auprès de votre agence CNSS la plus proche ou via le centre d'appel au :

080 203 33 33



Guide pratique de l'assuré



www.cnss.ma
080 203 33 33

C'est en novembre 2002 qu'une loi a été promulguée pour permettre à tous les salariés du secteur privé de bénéficier d'une couverture médicale de base. L'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) a ainsi vu le jour.

L'AMO, pouvez-vous en bénéficier ?

Si vous faites partie de l'une des catégories suivantes, vous pouvez bénéficier de l'ensemble des avantages de l'Assurance Maladie Obligatoire :

- Salariés assujettis au régime de sécurité sociale ne disposant pas d'une assurance facultative ;
- Titulaires de pensions dont le montant est supérieur ou égal à 500 dirhams ;
- Assurés volontaires ;
- Marins pêcheurs à la part.

L'AMO, votre famille aussi y a droit...

A condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance maladie de même nature, tous les membres de votre famille qui sont à votre charge peuvent bénéficier de l'AMO au même titre que vous :

- Votre conjoint ;
- Vos enfants à charge âgés de 21 ans au plus ;
- Vos enfants à charge non mariés âgés de 26 ans au plus et poursuivant des études ;
- Vos enfants handicapés à charge, sans limite d'âge.

L'AMO, à quelles conditions ?

Vous êtes un salarié ?

Pour que vous puissiez bénéficier de tous les avantages de l'AMO, vous devez justifier de 54 jours de cotisations déclarés et payés effectivement par l'employeur.

Vous êtes titulaire d'une pension ?

Vous devez percevoir une pension supérieure ou égale à 500 dirhams.

Qu'en est-il pour vos ayants droits ?

Vous devez procéder à leur identification auprès de votre agence CNSS la plus proche.

Votre situation peut changer, l'AMO vous accompagne ...

Votre situation professionnelle ou personnelle peut changer. La CNSS s'adapte à ces changements et vous permet de continuer à bénéficier de l'AMO pendant quelques temps.

C'est ainsi que :

- Les salariés cessant de remplir les conditions d'assujettissement continuent de bénéficier des prestations de l'AMO pendant une période de six (6) mois à compter de la date d'arrêt du travail.
- En cas de dissolution du mariage, l'ex-conjoint d'un assuré qui ne bénéficie pas d'un autre régime d'assurance maladie, continue à bénéficier des prestations de l'AMO pendant un an à compter de la date de divorce.
- Les ayants droit de l'assuré décédé qui n'ont aucun autre régime d'assurance maladie continuent de

bénéficier des prestations de l'AMO pendant une période de deux années à compter de la date de décès.

Quelles sont les modalités à suivre ?

Remboursement

Pour être remboursé, vous devez payer en premier lieu les prestations fournies (honoraires des médecins, médicaments prescrits, actes biologiques, ...) et selon le mode de paiement choisi, vous recevrez par la suite votre remboursement.

Vous devez cependant déposer votre dossier maladie dûment complété à votre agence CNSS la plus proche.

Pièces justificatives à fournir :

Le dossier maladie est composé de la feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée par le médecin traitant ainsi que les prestataires de soins intervenants, l'ordonnance médicale signée et cachetée, les codes à barre nationaux des médicaments s'ils existent, ou à défaut leurs PPM et prospectus ainsi que les factures des prestations annexes.

Les pièces justificatives doivent être toutes des pièces originales et la feuille de soins doit être établie par personne et par événement.

Délai de dépôt de la demande de remboursement :

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être déposées à l'agence CNSS dans un délai maximal de 2 mois à compter de la date du premier soin.

Si vous suivez un traitement médical continu, la demande de remboursement doit être déposée, au plus tard dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement.