

ROYAUME DU MAROC



acaps

هيئة مراقبة التأمينات والاجتياط الاجتماعي
الجمعية المغربية للتأمينات والاجتياط الاجتماعي
Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)



Opération chirurgicale, accouchement, médicaments, analyses... Connaissez-vous les conditions pour bénéficier de l'Assurance Maladie Obligatoire et les prestations de soins couverts par cette assurance ? L'ACAPS vous conseille et vous éclaire !

Comment savoir si vous bénéficiez de l'AMO ?



L'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, quel que soit le régime dont ils relèvent, la couverture des risques et frais de soins de santé liés à une maladie ou à un accident, à la maternité, et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

L'assurance maladie obligatoire de base s'applique :

- aux salariés et pensionnés du secteur public. La gestion de ce régime est confiée à la CNOPS;
- aux salariés et pensionnés du secteur privé. La gestion de ce régime est confiée à la CNSS ;
- aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée. La gestion de ce régime est confiée à la CNSS ;
- aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas dans un autre cadre. La gestion de ce régime est confiée à la CNOPS.

Les enfants adoptés ou dont la garde est confiée à une personne autre que la mère ou le père bénéficient également de la couverture AMO de l'un des parents assurés.

Si vous perdez votre emploi dans des conditions indépendantes de votre volonté et que vous réunissez les conditions vous permettant de bénéficier des indemnités pour perte d'emploi, vous bénéficiez également de l'AMO pendant cette période. A noter que votre conjoint peut demander un transfert de droit à l'AMO pour vos enfants sur son compte.

En cas de dissolution du mariage, l'ex-conjoint d'un assuré peut continuer de bénéficier pendant une année des prestations de l'AMO de base dont il relevait à la date de la dissolution du mariage, en tant qu'ayant droit, à condition qu'il ne bénéficie pas, à un autre titre, d'un régime d'AMO de base.

Dans ce cas, n'oubliez pas de le déclarer à l'organisme assureur de l'ex-conjoint auquel la garde des enfants est confiée. Si un seul des parents est assuré et en cas de dissolution du mariage, la déclaration est faite auprès de l'organisme assureur de l'ex-conjoint assuré.

Que couvre l'AMO ?

L'AMO garantit le remboursement et la prise en charge directe d'une partie des frais des soins par l'organisme gestionnaire de l'AMO tandis que l'autre partie reste à la charge de l'assuré.



L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Il s'agit notamment :

- Des soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat ;
- Des actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Des soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;

- Des soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- Des analyses de biologie médicale ;
- De radiologie et imagerie médicale ;
- Des explorations fonctionnelles ;
- Des médicaments admis au remboursement ;
- Des poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- Des dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositifs ou d'implants ;
- Des appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- De la lunetterie médicale ;
- Des soins bucco-dentaires ;
- De l'orthodontie pour les enfants ;
- Des actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Des actes paramédicaux.

Il existe deux types de remboursements :



Remboursement sans accord préalable



Remboursement nécessitant un accord préalable

Dans les deux cas, vous devrez constituer et déposer un dossier comprenant les pièces exigées par votre organisme gestionnaire dans le délai défini par ce dernier afin d'être partiellement remboursé selon la nature des frais des soins. A noter que la part des frais des soins médicaux qui n'a pas été remboursée par votre organisme gestionnaire de l'AMO et qui reste à la charge de l'assuré s'appelle le ticket modérateur. Il s'agit donc de la différence entre les frais des soins, radio, analyses... et le montant remboursé par l'organisme gestionnaire de l'AMO.

En principe, les prestations garanties au titre de l'AMO de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Toutefois, certaines exceptions limitatives sont admises lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsqu'il ne peut recevoir au Maroc les soins appropriés à son état. Auquel cas, le remboursement ou la prise en charge reste subordonné à l'accord préalable de l'organisme gestionnaire de l'AMO, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.



Attention, la couverture des risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne rentre pas dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Sachez qu'en cas de maladie grave qui nécessite des soins coûteux ou de longue durée, tels que les maladies nécessitant la transplantation d'organes, les accidents vasculaires cérébraux, etc..., vous pouvez être exonérés totalement ou partiellement sur la part qui reste à votre charge (sous certaines conditions).

Où pouvez-vous vérifier les taux de remboursement ?

Les taux de remboursement diffèrent selon l'organisme gestionnaire de l'AMO, la nature de la maladie/pathologie, la prestation etc... Ces taux sont fixés par les textes en vigueur et peuvent être fournis par votre organisme.

Si vous souhaitez être remboursés à 100%, vous pouvez opter pour une couverture complémentaire couvrant, sous certaines conditions, les frais restants à votre charge en souscrivant une assurance complémentaire auprès d'une entreprise d'assurance ou d'une mutuelle de prévoyance sociale.



Veillez à bien vérifier si votre prestation est couverte par l'AMO et si elle nécessite un accord préalable de prise en charge par l'organisme assureur afin de bien renseigner vos demandes de prise en charge, feuilles de soins et y joindre l'ensemble des documents requis.



Existe-t-il un plafond annuel des remboursements ?

Non, la réglementation en vigueur ne prévoit pas de plafonds annuels pour le remboursement des prestations de l'AMO (hospitalisations, médicaments...) mais il est important de savoir que le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'AMO peut être effectué, selon les cas, sous forme de remboursement d'un pourcentage du tarif de l'acte, sous forme de forfait, de dotations globales ou de prépaiements.

Pensez à consulter votre situation auprès de votre organisme d'affiliation.

Cotisation et traitement fiscale : que faut-il savoir ?

La cotisation du salarié se fait sous forme de prélèvement à la source sous la responsabilité de l'employeur qui effectue le versement à l'organisme gestionnaire (CNSS ou CNOPS) par le biais du Bordereau de Paiement des Cotisations.



À noter que les cotisations à l'AMO sont comptabilisées sous forme de charges déductibles d'impôts.



+212 5 38 06 08 18



contact@acaps.ma



Avenue Al Arâr, Hay Riad Rabat