

A partir du 1^{er} décembre 2022, tous les bénéficiaires du régime d'assistance médicale (**RAMED**) sont inscrits au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (**AMO**), et l'Etat prend en charge leurs cotisations.

AVANTAGES DU BASCULEMENT DU RAMED VERS L'AMO

- Continuer de bénéficier gratuitement des prestations des établissements publics de santé;
- Se faire rembourser sur les frais des médicaments, des analyses médicales...;
- Se faire rembourser sur les frais des consultations et prestations médicales effectuées dans le secteur privé.

IMMATRICULATION À LA CNSS

La CNSS a procédé à l'immatriculation automatique des personnes concernées, sans qu'elles aient à faire une démarche quelconque. Un numéro d'immatriculation leur a été communiqué par SMS.

En cas de non réception du numéro d'immatriculation par SMS, ces personnes peuvent appeler les numéros suivants: **05 20 44 71 00 / 05 20 19 40 40 *** ou consulter le portail **macnss.ma**.

*Prix d'une communication locale

CRÉATION D'UN COMPTE SUR LE PORTAIL **macnss.ma**

L'assuré principal peut créer son propre compte sur le portail **macnss.ma** pour bénéficier des services suivants :

- Le téléchargement de l'attestation d'immatriculation ;
- Le suivi du traitement des dossiers de remboursement AMO ;
- La déclaration du relevé d'identité bancaire (**RIB**) pour recevoir les montants remboursés.

DÉFINITION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

L'Assurance Maladie Obligatoire est un régime qui garantit aux assurés et leurs ayants droits l'accès aux prestations de soins sans discrimination due à l'âge ou à la nature de l'activité.

a- PRESTATIONS COUVERTES PAR L'AMO

Le panier de soins couverts par ce régime inclut toutes les prestations médicales suivantes :

- 1- Soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat;
- 2- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- 3- Soins relatifs au suivi de la grossesse, l'accouchement et ses suites ;
- 4- Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- 5- Analyses de biologie médicale ;
- 6- Radiologie et imagerie médicale ;
- 7- Explorations fonctionnelles ;
- 8- Médicaments admis au remboursement ;
- 9- Poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- 10- 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 ;
- 11- Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- 12- Lunetterie médicale ;
- 13- Soins bucco-dentaires ;
- 14- Orthodontie pour les enfants ;
- 15- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- 16- Actes paramédicaux ;
- 17- Evacuations sanitaires inter-hospitalières.

b- PRESTATIONS NON COUVERTES PAR L'AMO

Les interventions de chirurgie plastique et esthétique, à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale médicalement requis.

c- TAUX DE REMBOURSEMENT OU DE PRISE EN CHARGE

- 👉 70% du tarif national de référence (**TNR**) ;
- 👉 Entre 70% et 100%, pour certaines Affections de Longue Durée (**ALD**) ou Affections Lourdes et Coûteuses (**ALC**);
- 👉 100% en cas de prestations médicales dispensées à l'étranger ne pouvant être exécutées au Maroc.

d- DÉFINITION DES ALD ET ALC

L'ALD se définit comme étant une maladie ou pathologie chronique nécessitant un traitement à vie.

L'ALC est une maladie qui nécessite des opérations chirurgicales coûteuses, telles que la chirurgie cardiovasculaire ou la transplantation d'organes.

Le traitement des **ALD/ALC**, dont la liste a été fixée par arrêté du ministre de la santé et qui compte 197 maladies, bénéficie d'un taux de prise en charge qui varie entre 90% et 100%. Ainsi, l'assuré est exonéré partiellement ou totalement de la part restant à sa charge.

Il existe aussi 252 maladies rares qui ne figurent pas dans la liste susmentionnée, et qui sont exceptionnellement prises en charge par la CNSS.

L'assuré doit présenter son numéro d'immatriculation ou sa carte nationale d'identité dès qu'il accède aux établissements publics de santé qui le prennent en charge gratuitement. En ce qui concerne le secteur privé, l'assuré, pour déclarer sa maladie, doit déposer **“une demande d'ouverture de droit ALD”** disponible auprès des agences CNSS et de certains professionnels de santé.

La demande doit être dûment remplie et cachetée par le médecin traitant, et accompagnée d'un pli confidentiel et des pièces justificatives, telles que les radiographies et les analyses médicales. Lors du dépôt d'une **“Demande d'ouverture de droit ALD”** auprès de l'une des agences CNSS, le patient est soumis à un contrôle médical physique.

N.B : Sont dispensées de cette mesure, les personnes dont la maladie a été déclarée par les établissements publics de santé.

e-BÉNÉFICIAIRES

En plus de l'assuré principal, l'AMO couvre les personnes citées, ci-après, à condition qu'elles ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'un régime similaire:

- 🔹 Le(s) conjoint(s) ;
- 🔹 Les enfants jusqu'à l'âge de 21 ans ;
- 🔹 Les enfants jusqu'à l'âge de 26 ans poursuivant des études supérieures ;
- 🔹 Les enfants en situation d'handicap sont couverts par le régime AMO sans limite d'âge, à condition que l'assuré principal soit en vie.

MODALITÉS DU BÉNÉFICE DE L'AMO

1- DANS LE SECTEUR PUBLIC

Les établissements publics de santé prennent en charge gratuitement l'assuré et ses ayants droits. La personne concernée peut, si elle a acheté des médicaments, effectué des analyses médicales, des radiographies, ou d'autres prestations médicales, remplir la feuille de soins et lui joindre les pièces nécessaires pour constituer le dossier de remboursement et le déposer auprès des bureaux de proximité agréés ou des agences CNSS, afin de se faire rembourser partiellement sur les frais de soins engagés.

2- DANS LE SECTEUR PRIVÉ

L'AMO offre à l'assuré et à ses ayants droits la possibilité de se faire rembourser ou de bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle des frais de soins. Ainsi, si l'assuré ou l'un de ses ayants droits se rend à un établissement de soins privés, l'assuré doit présenter son numéro d'immatriculation.

2.1. PRISE EN CHARGE DIRECTE D'UNE PARTIE DES FRAIS DE SOINS

La prise en charge directe d'une partie des frais de soins peut être accordée dans deux cas : l'hospitalisation et le traitement par des médicaments coûteux.

a- HOSPITALISATION

La **CNSS** prend en charge une partie des frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, y compris les actes de l'hôpital du jour (exemples : amygdalectomie, cataracte, radiothérapie, chimiothérapie, séance d'hémodialyse, circoncision...).

La demande de prise en charge est adressée par les établissements de soins directement à la CNSS qui répond dans un délai de 48h à compter de la date de réception de la demande.

b- PRISE EN CHARGE DES FRAIS DES MÉDICAMENTS COÛTEUX

La CNSS prend en charge les frais de certains médicaments coûteux utilisés pour le traitement des ALD et ALC, dont le nombre dépasse 86 médicaments relatifs à plus de 100 maladies. Pour bénéficier de cette prestation, l'assuré doit se présenter à l'agence CNSS de son choix, muni des pièces nécessaires :

- 🔵 L'ordonnance médicale;
- 🔵 Le numéro d'immatriculation à la CNSS.

Une fois la prise en charge accordée, l'assuré peut récupérer les médicaments auprès d'une pharmacie de son choix, et ce en présentant l'attestation de prise en charge des médicaments délivrée par la CNSS.

La CNSS versera le montant pris en charge directement à la pharmacie, et l'assuré ne payera que la part restant à sa charge.

2.2. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

L'assuré peut, en cas de paiement préalable de ses frais de soins, déposer un dossier de remboursement auprès des bureaux de proximité agréés ou des agences CNSS.

a- COMMENT CONSTITUER UN DOSSIER DE REMBOURSEMENT ?

Il existe deux types de feuilles de soins, une pour la maladie et la seconde pour les soins dentaires. L'assuré peut les télécharger du site **www.cnss.ma**, ou les récupérer auprès des bureaux de proximité agréés ou agences CNSS.

Pour bénéficier du remboursement des frais de soins, l'assuré doit présenter une feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée par le médecin traitant et les différents professionnels de santé auxquels il a eu recours (pharmacie, laboratoire d'analyses médicales,...).

La feuille de soins doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires (ordonnance, codes à barres des médicaments achetés, factures des analyses et radios réalisées, ...).

N.B: Le médecin traitant et les différents professionnels de santé, auxquels l'assuré a eu recours, doivent renseigner, dans la partie qui leur est réservée sur la feuille de soins, leur identifiant national (INPE)

b-DÉLAI À RESPECTER POUR DÉPOSER UN DOSSIER DE REMBOURSEMENT

Le dossier de remboursement doit être déposé dans un délai de 60 jours à compter de la date de la première consultation.

c-PRESTATIONS MÉDICALES NÉCESSITANT UN ACCORD PRÉALABLE

Il existe quelques actes et dispositifs médicaux nécessitant l'accord préalable de la CNSS, faute de quoi ils ne seront pas remboursés, à savoir :

- 🔹 L'appareillage de prothèse et d'orthèse ;
- 🔹 Les dispositifs médicaux ;
- 🔹 Les implants de remplacement ;
- 🔹 Le 1^{er} semestre de l'Orthopédie Dento-Faciale (**ODF**).

Pour ce faire, l'assuré ou ses ayants droits doivent déposer une demande d'entente préalable à travers une feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée par le médecin traitant et accompagnée des pièces justificatives requises.

La CNSS peut soumettre le bénéficiaire à un contrôle médical lors du dépôt de la demande d'entente préalable.

3- REMBOURSEMENT OU PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER

Les soins dispensés à l'étranger peuvent être admis au remboursement lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger. Le remboursement se fera ainsi sur la base de la tarification nationale de référence appliquée au Maroc.

En revanche, en cas de nécessité d'effectuer des soins médicaux ne pouvant être exécutés au Maroc, la CNSS prend en charge l'intégralité des dépenses y afférentes, sous condition d'obtenir un accord préalable.

4-MOYENS DISPONIBLES POUR RECEVOIR LE MONTANT REMBOURSÉ

La CNSS a mis à la disposition de l'assuré principal deux options pour recevoir le montant remboursé :

- 🔹 Le virement sur un compte bancaire ou un compte auprès des établissements de paiement ;
- 🔹 La mise à disposition.



الضمان الاجتماعي

تأمين اجتماعي

C N S S

Le devoir de vous protéger

Vous étiez bénéficiaire du RAMED, à partir du 1^{er} décembre 2022, vous bénéficierez automatiquement de l'AMO



Continuer de bénéficier gratuitement des prestations des établissements publics de santé ;



Se faire rembourser sur les frais des médicaments, des analyses médicales...;



Se faire rembourser sur les frais des consultations et prestations médicales effectuées dans le secteur privé.



حماية وحدة تجمعنا