

La Mutuelle des Forces Armées Royales

Prestations de qualité et proximité auprès des adhérents

Le début du règne de Sa Majesté le Roi Mohammed VI a été porteur de l'autonomie de la Mutuelle des Forces Armées Royales de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS). Sur Haute Décision Royale, cette autonomie a été initiée à partir du mois de juillet 1999. Elle est devenue effective le 18 octobre 2000, date de parution de la Décision Royale. La Mutuelle des FAR deviendra, dès lors, une Direction de l'Etat-Major Général.

Cette autonomie s'est traduite par une amélioration notoire, aussi bien dans l'organisation et le fonctionnement de la Mutuelle que de la qualité des prestations qu'elle fournit à ses adhérents.

A commencer par l'amélioration de l'accueil des adhérents avec le choix de la célérité comme mot d'ordre. Le visiteur de la structure d'accueil située au niveau du siège de la Mutuelle, pour remboursement, demande d'allocation décès, ré-adhésion ou pour renouvellement de carte, peut s'en convaincre très aisément.

Un effort identique a été consenti en vue de rapprocher la Mutuelle de ses adhérents. Les outils de cette proximité est le réseau d'antennes appelées Services Socio-administratifs (SSMA) indissociables des Infirmeries de garnison ainsi que des hôpitaux militaires. Ces antennes se sont, en fait, révélées d'une grande efficacité dans l'assouplissement des procédures administratives, en contribuant à une décentralisation de l'octroi des prises en charge.

De la même manière que cette autonomie a permis à la Mutuelle d'opérer une dynamisation de la procédure de traitement des dossiers des adhérents. La Direction de la Mutuelle était, alors, appelée à assouplir et simplifier les procédures qui étaient en cours dans l'objectif de rattraper les retards qu'accusaient les demandes de remboursement. Celles-ci demeuraient en souffrance pendant neuf à douze mois. Pour prendre la mesure des progrès réalisés de nos jours, il importe de savoir que les délais de traitement et de remboursement des dossiers de maladie individuels ont été ramenés à moins de trois mois.

De leur côté, les délais de règlement des factures des prestataires de soins publics ont été réduits de 6 mois, précédemment, à 2 jusqu'à 3 mois au maximum. A l'intérieur de ce délai maximal, le record est constamment battu puisque dans les faits ce délai n'excède pas 2 mois et 10 jours, en ce qui concerne les dossiers de remboursement des frais ambulatoires (achat de médicaments, optique, soins dentaires). Ne sont pas comptabilisés dans ce record, les dossiers des malades dits long cours (affections chroniques) qui jouissent d'une exception étant donné le délai de leur traitement ne devant pas dépasser 6 semaines. Pour mesurer l'importance des avancées réalisées par

les services de la Mutuelle dans la réduction des délais, il suffit de savoir que le volume des dossiers traités est de l'ordre de 20.000 par semaine.

Dans la droite ligne de la Haute Sollicitude Royale, le Conseil d'Administration de la Mutuelle a autorisé la Direction à se substituer aux malades chroniques démunis parmi ses adhérents dans l'achat de médicaments dont les prix sont hors de portée de leurs bourses. Dans le but d'assurer une meilleure prise en charge des attentes de ses adhérents, la Mutuelle, après approbation du Conseil d'Administration à l'issue de sa réunion du 5 juillet 2001, a mis en place une série de nouvelles prestations. C'est ainsi qu'a été décidée la prise en charge totale des frais des greffes d'organes. Avant cette date, le tarif de responsabilité était plafonné à 250.000,00 dh.

Tout aussi importante a été la décision du maintien, au-delà de l'âge normal de couverture médicale, des prestations octroyées aux enfants handicapés ou dialysés. C'est, également, grâce à un accord de partenariat conclu, suite aux recommandations du Conseil d'Administration, entre l'Inspection du Service de Santé et la société Fresenius Medical Care, que le Centre de dialyse installé au Centre Médico-Chirurgical d'Agadir doit son existence.

Plus concrètement, ce partenariat portait sur les modalités de fonctionnement, de gestion et de financement des prestations de dialyse fournies au profit de plus de cinquante patients adhérents de la Mutuelle.

A propos de la ré-affiliation des 45.000 anciens militaires qui ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale, opération rendue possible grâce à un accord intervenu entre la Fondation Hassan II pour les OSAMAC (voir plus haut) et la Mutuelle des FAR, les données chiffrées communiquées par les services de cette dernière indiquent qu'à fin mai 2009, un total de 32.500 cartes a été distribué au profit d'une population de bénéficiaires estimée à environ 100.000 personnes.

Hormis ces réalisations destinées aux adhérents et à leurs ayants droit, la direction de la Mutuelle, suivant les recommandations du Conseil d'Administration, a pris une série de mesures qui ont permis une optimisation de sa gestion administrative et financière. L'une des actions phares dans ce domaine est la rationalisation des dépenses. Deux actions engagées ont permis à la Direction de la Mutuelle de réaliser une compression sensible de certaines dépenses et une maîtrise de certaines autres.

Après avoir été confrontée à une hausse du coût annuel de la dialyse, suite à l'augmentation du nombre des insuffisants rénaux, ladite direction a été amenée à circonscrire la procédure d'octroi des prises en charge comme première mesure. Elle a recouru, aussi, à l'implication du contrôle médical. D'autre part, la baisse du nombre des prises en charge accordées au secteur privé au profit des services spécialisés de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, et l'achat de médicaments de chimiothérapie auprès des laboratoires avec une réduction de 40% du prix du marché, ont abouti à une maîtrise des dépenses en matière d'oncologie.

Maîtrise, aussi, en ce qui touche aux dépenses de soins effectués à l'étranger. Ce résultat a été rendu possible grâce à l'exigence de l'apposition du

visa de l'Inspecteur de Santé sur tout rapport médical prescrivant des soins à l'étranger, mesure décidée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

L'autre face de l'action de la Direction de la Mutuelle pour atteindre cette maîtrise des dépenses, consiste en un travail de prospection des possibilités de soins offertes par des établissements marocains, mené en collaboration avec les membres de la Commission médico-administrative. Ces actions ont été renforcées par la mise en œuvre, sur recommandation du Conseil d'Administration, d'un train de mesures destinées à restreindre la prescription de soins en dehors du Maroc. Pour ce faire, la voie retenue consiste en une sélection très rigoureuse à la fois des pathologies et des prestataires de soins.

Les services de la Mutuelle des FAR sont d'avis que, s'agissant de la France -destination régulièrement prescrite pour des soins à l'étranger-, les établissements de l'assistance Publique des Hôpitaux de Paris, ainsi que les Hôpitaux d'Instruction des Armées présentent le meilleur rapport qualité/ prix. Ces mesures de compression et de maîtrise s'imposaient aux membres du Conseil d'Administration d'autant plus que l'effectif des bénéficiaires de la couverture de la Mutuelle ne cesse de s'accroître. En effet, cet effectif s'est stabilisé à 1.300.000 assurés, à fin 2008, contre seulement 800.000, en 2001. Les nouveaux horizons qui s'étaient ouverts aux bénéficiaires de la couverture de la Mutuelle des FAR, et la dynamique qui s'en est emparée, sont la résultante de la vision éclairée de Sa Majesté le Roi et de l'intérêt tout particulier que le Souverain accorde à cet outil stratégique de l'action sociale au sein des Forces Armées Royales.