

LA DRC EST À VOTRE DISPOSITION POUR REPONDRE A VOS QUESTIONS

L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

LES QUESTIONS ESSENTIELLES POUR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Q 1- *Qu'est ce que l'Assurance Maladie obligatoire de base ?*

R- L'Assurance Maladie obligatoire de base est un système d'assurance sociale instauré par la loi n°65-00 pour la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Q 2- *Qu'est ce qu'une assurance sociale ?*

R- C'est un système de financement de soins, par les contributions, organisé et régulé par la législation. L'assurance sociale implique généralement des conditions obligatoires et des cotisations indexées sur le revenu devant être versées par les employeurs et les employés.

Q 3- *Quelles sont les personnes concernées par l'AMO ?*

R- Toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées par l'AMO de base dès lors qu'elles exercent une activité lucrative ou qu'elles perçoivent une pension.

Dans une première étape, la loi 65-00 a instauré le régime AMO de base pour les salariés et titulaires de pensions des deux secteurs, public et privé.

Q 4- La famille de l'assuré a-t-elle le droit à l'AMO ?

R- Oui. Au sens de la loi, sont considérés comme membres de la famille bénéficiant du droit à l'AMO :

Le (s) conjoint (s) de l'assuré,

Les enfants à charge jusqu'à 21 ans ou, en cas de poursuite des études, jusqu'à 26,

Les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur,

Les enfants handicapés sans limite d'âge lorsque leur handicap physique ou mental les rend dans l'impossibilité de se livrer à une activité.

Q 5- Les anciens résistants et membres de l'armée de libération et les étudiants continueront-ils à bénéficier de la gratuité ?

R- *Pour les anciens résistants et membres de l'armée de libération :

La gratuité leur est reconnue pour « les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par les infirmités ayant donné droit à pension ». (Article 10 du dahir n° 1-59-075 du 16 mars 1959 relatif au régime des pensions attribuées aux résistants et à leurs veuves, descendants et ascendants). Pour les autres prestations, en attendant le régime spécifique les concernant, ils continueront à en bénéficier selon la catégorie de clientèle à laquelle ils appartiennent en prenant en considération les termes de la convention cadre entre le ministère de la santé et le haut commissariat des anciens résistants et membres de l'armée de libération datant du 6 mars 2004 (circulaire n°22.DRC/10).

*** les étudiants :**

Dans le cadre de l'AMO, les étudiants de l'enseignement supérieur, privé et public, constituent une catégorie qui pourra bénéficier d'un régime spécifique d'assurance maladie obligatoire. En attendant, les étudiants constituent des ayants

droit qui bénéficient à ce titre expressément jusqu'à l'âge de 26 ans de l'assurance maladie lorsque l'un des parents est un assuré social.

Q 6 - *Auprès de quel organisme doit-on s'assurer ?*

R- La loi a canalisé l'AMO de base vers deux organismes nommément désignés : la CNOPS pour les salariés et titulaires de pensions du secteur public et la CNSS pour les salariés immatriculés auprès de cet organisme.

Q 7 - *Le panier de soins est-il identique pour les assurés du secteur privé et du secteur public.*

R- Il s'agit de deux paniers de soins distincts.

Pour les salariés et titulaires de pensions du secteur public, l'AMO garantit toutes les prestations de soins et de services préventifs et curatifs [prévus à l'article 7 de la loi 65-00] délivrés à titre ambulatoire ou dans le cadre de l'hospitalisation (actes médicaux, chirurgicaux, de biologie médicale et de toutes spécialités, actes paramédicaux, médicaments, biens et dispositifs médicaux admis au remboursement).

Pour les salariés et titulaires de pensions relevant de la CNSS, le panier de soins offerts recouvre les rubriques suivantes :

- 1- hospitalisation,
- 2- ALD et ALC,
- 3- enfants jusqu'à l'âge de 12 ans,
- 4- grossesse, accouchements et suites,
- 5- les prestations ambulatoires rendues au titre de ces rubriques.

Q 8- *La vaccination fait-elle partie des soins préventifs et par conséquent est-elle prise en charge par l'AMO ?*

R- Oui. Pour les vaccinations non rendues dans le cadre des campagnes nationales.

Q 9- *Les prestations rendues aux victimes des accidents domestiques et de la voie publique sont-elle prises en charge par l'AMO ?*

R- L'article 7 de la loi ne les exclut pas, à charge pour l'organisme gestionnaire de l'AMO (CNOPS ou CNSS) de poursuivre l'auteur de l'accident pour recouvrer les frais de soins versés indûment.

Q 10- *Qu'en est-il pour les Maladies Professionnelles et Accidents de travail ?*

R- Les accidents de travail et les maladies professionnelles ne sont pas concernés par l'AMO. Ils demeurent régis par la législation. (La loi 18-01 relative à l'assurance accident de travail)

Q 11- *Quelle est la distinction entre remboursement et prise en charge, prévues par la loi 65-00.*

R- * Remboursement : l'assuré fait l'avance des frais (paiement direct du prestataire), puis il se fait rembourser par l'organisme gestionnaire.

*** Prise en charge :** l'organisme gestionnaire règle directement, en qualité de tiers payant, le producteur de soins dans la limite des taux de couverture, l'assuré ne paie que la part des frais qui reste éventuellement à sa charge.

Q 12- *l'hôpital public, devra -t-il faire une double facturation ? Une pour l'organisme assureur et l'autre pour l'assuré ?*

R- tout dépend des clauses de la convention nationale qui sera conclue entre les organismes gestionnaires et le ministère de la santé. Dans tous les cas, les taux de couverture à l'hospitalisation dans le secteur public sont de 100%. Si la convention nationale conserve le tiers payant comme

actuellement, l'hôpital facturera la totalité des frais à l'organisme gestionnaire.

Q 13- Comment définir les maladies chroniques et invalidantes visées à l'article 9 de la loi 65-00 ?

R- Ce sont les maladies qui sont communément appelées ALD (41 pathologies) et ALC (10 pathologies). Leur liste est définie par arrêté du ministre de la santé. Une procédure particulière sera mise en place, en accord avec les organismes gestionnaires, pour le suivi de traitement de ces maladies.

Q 14- Quel est le tarif de responsabilité ?

R- Dans le régime de l'AMO de base, on ne parle plus de tarif de responsabilité mais de taux de couverture. Ces taux se présentent comme suit :

***Pour les assurés du secteur public :**

Affections de longue durée et affections lourdes et coûteuses : 100 % sur la base de la tarification nationale de référence (TNR),

Hospitalisation dans les hôpitaux publics : 100 %,

Hospitalisation dans les cliniques privées : 90 % de la TNR,

Médicaments : 70 % ;

Soins ambulatoires : 80 % de la TNR

Appareillage, lunetterie, prothèses, orthèses, implants et dispositifs médicaux : sous forme de forfaits prévus dans la TNR.

*** Pour les assurés de la CNSS :**

70 % pour les prestations de soins et de services rendues à titre ambulatoire au titre des rubriques du panier de soins couverts par l'AMO. Ce taux est porté à 90% en cas d'hospitalisation et d'ALD/ALC.

Q 15- *Quels sont les taux de cotisation ?*

R- Pour le secteur privé, 4% de l'ensemble des rémunérations réparti à raison de 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié plus 1% à la charge exclusive de l'ensemble des employeurs assujettis au régime de sécurité sociale.

Pour le secteur public, 5% de l'ensemble de la rémunération réparti à raison de 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié. Chacune des parts de la cotisation est perçue dans la limite d'un montant mensuel minimum de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams.

Q 16- *Quel est le régime applicable aux médicaments et dispositifs médicaux (prothèses, orthèses...):*

R- Seuls, sont admis au remboursement, les médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste arrêtée par le Ministre de la santé. Le remboursement des dépenses de médicaments s'effectue sur la base du PPM du médicament générique, lorsqu'il existe.

Q 17- *Comment seront définis les rapports entre les hôpitaux publics et les organismes assureurs :*

R- Ils seront définis dans le cadre de la convention nationale qui sera conclue entre les hôpitaux publics et les organismes gestionnaires. Cette convention comportera deux parties : une partie générale (morale) qui traite des modalités de développement des relations entre les deux parties, l'autre partie porte sur la tarification nationale de référence qui servira de base pour le remboursement des frais de soins et d'hospitalisation.

Q 18- *Quels sont les modes de paiement de l'hôpital possibles ?*

R- L'article 11 de la loi a prévu quelques modes : Le paiement à l'acte ou au forfait, la dotation globale et la capitation. La fixation du mode de paiement s'effectuera dans la convention nationale. Pour les hôpitaux, c'est généralement, le forfait ou exceptionnellement la tarification éclatée c'est-à-dire à l'acte. Toutefois, dans la convention, la combinaison de plusieurs modes est concevable.

Q 19- *En cas de plusieurs actes dans une même consultation. Comment les comptabiliser ?*

R- C'est la convention nationale qui peut prévoir cette situation sur la base de la nouvelle nomenclature générale des actes professionnels qui vient d'être édictée par arrêté du ministre de la santé.

Q 20- *Comment se déroulent les négociations avec les organismes gestionnaires pour l'établissement de la convention nationale ?*

R- Par le truchement du ministère de la santé sous l'égide de l'ANAM.

Q 21- *Et si les négociations n'aboutissent pas :*

R- En cas d'échec des négociations au bout du délai réglementaire imparti, soit 6 mois, c'est la tarification réglementaire qui s'applique.

Q 22- *La tarification nationale de référence prévue par la convention se substitue -t-elle à la tarification réglementaire en vigueur ?*

R- Oui, lorsque la convention devient exécutoire. La loi 65-00 prévoit qu'en tous les cas, les tarifs conventionnels ne doivent être inférieurs aux tarifs réglementaires.

Q 23- *Quelles sont les prestations de l'hôpital de jour ?*

R- les prestations de l'hôpital de jour sont des prestations hospitalières médicales ou chirurgicales susceptibles de justifier l'hospitalisation mais qui sont rendues de jour par l'hôpital. Leur liste est fixée par le ministre de la santé.

Q 24- *Quel est le mode de paiement de l'hôpital pour ces prestations ?*

R- Il sera défini dans la convention nationale. Le forfait est le mode privilégié.

Q 25- *Y a-t-il des règles particulières pour le suivi de l'état de santé des assurés AMO de base.*

R- La loi habilite l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie à proposer les mesures nécessaires à l'encadrement et à la régulation du système ainsi que les supports nécessaires au suivi de l'état de santé des assurés et bénéficiaires de l'AMO. Ces règles sont édictées par le Ministre de la Santé.

Deux instruments juridiques sont déjà arrêtés concernant les épisodes de suivi de la santé de l'enfant et le carnet de santé ainsi que le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites et le carnet de santé de la mère.

Q 26- *Les hôpitaux publics sont-ils soumis au contrôle médical exercé par les organismes gestionnaires de l'AMO ?*

R- La loi soumet tous les producteurs de soins et de services de santé, publics et privés, au contrôle médical qui s'exerce dans le respect des règles d'éthique et de déontologie.

Q 27- *Dans le cadre du contrôle médical, un praticien peut-il cumuler la fonction de médecin traitant et de médecin contrôleur ?*

R- La loi et le code de déontologie l'interdisent.

Q 28- *Comment s'opère le contrôle ?*

R- le contrôle médical peut s'effectuer, selon le cas, sur dossier, au lieu d'hospitalisation, par visite à domicile ou, exceptionnellement, suivant la convocation du bénéficiaire.

Q 29- *Qui recrute et contrôle les médecins, pharmaciens ou médecins dentistes contrôleurs ?*

R- C'est l'organisme gestionnaire qui les emploie, soit à titre de salariés, soit à titre de conventionné pour des cas spécifiques parmi les praticiens exerçant à titre libéral ou dans le secteur public. Dans ce dernier cas, ils ne peuvent être praticiens traitant et contrôleurs pour un même dossier. A l'instar de leurs pairs, ces professionnels relèvent de la juridiction disciplinaire de leur ordre professionnel.

**L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
DE BASE**

**LES QUESTIONS ESSENTIELLES POUR
UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE
DANS LE SECTEUR PUBLIC**