



Assurance Maladie Obligatoire

Questions / Réponses



Ayants droit



Affiliation
Immatriculation



Coordination



Sang
Foie **Maladies**
Neurologiques
Chirurgie

Prestations



Panier de soins



Conception et réalisation CNSS Direction de la Stratégie

Impression maraprint



L'Assurance Maladie Obligatoire

Questions / Réponses



Mars 2005

Sommaire

Présentation.....	5
I) Cadre juridique de la loi 65.00	6
II) Assujettissement au système de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	7
III) Prestations de l'AMO	10
IV) Taux de couverture	13
V) Financement de l'AMO	14
VI) Remboursements	17
VII) Gestion de l'AMO	19
VIII) Contrôle médical	22
IX) Ouverture de droit	23
X) Coordination avec les systèmes facultatifs	25
XI) Régime d'Assistance Médicale (RAMED)	28
XII) Situation future des polycliniques de la CNSS	29
XIII) Interfaçage CNSS/CNOPS et AMO/conventions internationales de sécurité sociale	30
XIV) Sanctions prévues par l'AMO	31
XV) Préparation de la CNSS à la gestion de l'AMO	34



Présentation

A l'occasion de l'entrée en vigueur de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale obligatoire de base, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale publie un recueil des différentes questions posées par les opérateurs économiques et sociaux lors des réunions et séminaires organisés tant au niveau central que régional ainsi que les réponses appropriées y afférentes.

Ce document qui se veut à la fois un outil d'information générale destiné aux affiliés et aux assurés sociaux adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire du secteur privé, est également un document de référence qui va permettre aux agents de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, chargés notamment de l'accueil, d'apporter les mêmes réponses aux demandeurs d'informations.

Même s'il intervient avant la publication des décrets d'application, ce recueil a comme référence le texte de loi 65-00, les projets de décrets validés par les partenaires sociaux ainsi que la charte relative à la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire signée à Agadir, en présence de Sa Majesté le Roi en date du 6 janvier 2005, par l'ensemble des partenaires sociaux.

Mounir CHRAIBI

Directeur Général



I) Cadre juridique

Question 1- : Quel est le cadre général de la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base ?

Réponse : La loi 65.00, portant code de la couverture médicale de base institue, une assurance maladie obligatoire au profit des fonctionnaires et agents de l'État, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public, gérée par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) et une assurance maladie obligatoire au profit des personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé, gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ainsi qu'une instance de régulation de la couverture médicale obligatoire par le biais de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

Ce code constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé.



II) Assujettissement

Question 2- Quel est le champ d'application personnel de l'AMO ?

Réponse : L'Assurance Maladie Obligatoire de base s'applique dans un premier temps aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public, aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé, aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé, aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée et aux anciens résistants et membres de l'armée de libération et aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 3- Quels sont les bénéficiaires de l'AMO ?

Réponse : L'Assurance Maladie obligatoire de base couvre outre le salarié assujetti les membres de sa famille qui sont à sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature.

Il s'agit du (es) conjoint (s) de l'assuré, des enfants à sa charge, âgés de 21 ans au plus, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 2 de la loi 65.00 et des enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur.

La limite d'âge est prorogée jusqu'à 26 ans pour les enfants non mariés poursuivant des études supérieures, à condition d'en apporter la justification.

Sont considérés comme personnes à charge sans limite d'âge, les enfants de l'assuré atteints d'un handicap physique ou mental et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 4- Quels sont les personnes couvertes par l'AMO gérée par la CNSS?

Réponse : Pour la CNSS, les personnes couvertes par l'AMO sont les salariés assujettis au régime de sécurité sociale ne disposant pas d'une assurance facultative à la date de l'entrée en vigueur de la loi 65.00, les titulaires de pensions (dont le montant est supérieur ou égal à 1 298 dirhams en régime général et 910 dirhams en régime agricole), leurs ayants droit à savoir le conjoint de l'assuré ou du pensionné, les enfants à la charge de l'assuré ou du pensionné âgés de 21 ans au plus, 26 ans pour les étudiants non mariés et sans limite d'âge pour les enfants handicapés.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 5- Que prévoit la loi pour les autres catégories de travailleurs ?

Réponse : La loi 65.00 renvoi à des textes particuliers pour la couverture des travailleurs indépendants, les personnes exerçant une profession libérale et les étudiants âgés de plus de 21 ans non couverts en tant qu'ayants droit.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 6- Quelles sont les mesures particulières d'affiliation et d'immatriculation des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé ?



Réponse : Les employeurs des salariés et titulaires de pension sont tenus de procéder à l'affiliation de leurs entreprises à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas, et à l'immatriculation de l'ensemble de leurs salariés à l'organisme concerné.

L'employeur selon le sens de la loi est l'état pour les fonctionnaires et agents du secteur public, les collectivités locales, les établissements publics et les personnes morales de droit public concernés, l'établissement employeur pour les salariés du secteur privé et pour les titulaires de pensions c'est l'organisme ou les organismes gérant le ou les régimes de pensions dont relèvent les intéressés.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 7- Est-ce que l'affiliation à l'AMO est obligatoire ?

Réponse : Oui, l'affiliation est obligatoire. Toutefois, à titre transitoire et pendant une période de 5 ans renouvelable, à compter de la date de publication des décrets réglementaires de la loi 65.00, les organismes publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, peuvent continuer à assurer cette couverture à condition d'en apporter la preuve.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 8- Est-ce que les salariés qui n'ont pas été immatriculés par leurs employeurs peuvent demander directement leur immatriculation ?

Réponse : Lorsqu'un employeur a omis de faire procéder à l'immatriculation d'un ou de plusieurs de ses salariés ou titulaires de pensions, selon le cas, ces derniers ont le droit de demander directement leur immatriculation à l'organisme d'affiliation de leur employeur. Cet organisme enjoint à l'employeur en question de régler sa situation dans un délai de trois mois sous peine de sanctions.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 9- : Pour un couple, lorsque le mari est assujéti au régime de l'AMO du secteur privé et l'épouse dispose d'une assurance facultative , de qui vont dépendre les enfants ?

Réponse : Les enfants dépendent généralement du régime du père, étant bien entendu leur responsable légale. En cas de dissolution du mariage, les enfants dépendent toujours du régime de leur père. En cas d'absence de cette couverture, ils dépendent de l'assurance de leur mère.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 10- : En cas d'assujettissement d'un couple à l'AMO, est ce que le taux de remboursement est différent ?

Réponse : La cotisation est individuelle, la loi ne prend pas en considération ce genre de situation. Le taux de remboursement est le même pour le mari et l'épouse.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 11- : Un mari est assujéti à l'assurance facultative, le conjoint est assuré par



l'AMO du secteur privé géré par la CNSS. Cette épouse dépendra-t-elle de son régime AMO ou de l'assurance de son mari en tant qu'ayant droit, sachant bien qu'elle bénéficie de la couverture médicale de son mari à la date d'entrée en vigueur de la loi 65.00 ?

Réponse : Chaque membre du couple bénéficie des prestations de son régime. Les enfants sont à la charge du régime du père.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 12- : Les employeurs indépendants vont-ils bénéficier de la couverture médicale?

Réponse : Ils sont assujettis en tant qu'employeurs. Une loi particulière est en cours d'élaboration pour mettre en place un régime spécifique aux indépendants et notamment pour les professions libérales (médecins, avocats...), les commerçants, les artisans et les agriculteurs non salariés.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 13- : Comment les employeurs indépendants vont-ils procéder au paiement des cotisations afférentes à l'AMO ?

Réponse : Ils procéderont selon les mêmes modalités fixées pour les affiliés assujettis au régime CNSS. Le bordereau de paiement de cotisations AMO sera indépendant de celui du régime général.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 14- : les marins pêcheurs à la part sont-ils concernés par L'AMO ?

Réponse : Les marins pêcheurs à la part sont couverts par l'AMO moyennant une cotisation fixée à 1.2% du produit brut de la vente de poisson pêché sur les chalutiers et à 1.5 % des ventes du poisson pêché par les sardiniers et les palangriers. Cette cotisation s'ajoute évidemment à la cotisation déjà existante et qui couvre les autres prestations de la CNSS.



III) Prestations

Question 15- : Quel est le panier de soins de l'AMO du secteur privé ?

Réponse : Les études actuarielles menées à la demande de la CNSS ont conclu à la difficulté de couvrir dès l'entrée en vigueur de la loi l'ensemble des soins et prestations. Cette démarche se traduira par un coût très élevé et insupportable par les entreprises affiliées à la CNSS.

Durant les premières années de mise en œuvre, les soins ambulatoires ne seront pas remboursés. La charte signée à Agadir le 06 janvier 2005, prévoit la possibilité d'étudier par l'entremise de l'ANAM, la faisabilité d'une éventuelle prise en charge de cette catégorie de soins.

Ainsi, le Gouvernement de Sa Majesté et les partenaires sociaux se sont convenus à ce que le panier de soins de l'AMO du secteur privé contient lors du démarrage le suivi de la maternité, le suivi de l'enfant de moins de 12 ans, le suivi des Affections Longues et Coûteuses (ALC) et des Affections de Longue Durée (ALD) et les hospitalisations.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 16- Quelles sont les pathologies prises en charge dans le cadre de l'AMO ?

Réponse : Ces pathologies sont regroupées dans les tableaux suivants

Affections de longue durée

Chapitre	Liste des ALD
Maladies cardio-vasculaires	Insuffisance cardiaque
	Troubles permanents du rythme et de la conductivité
	Valvulopathies rhumatismales
	Cardiopathies congénitales
	Artériopathies chroniques
	Hypertension artérielle sévère
	Maladie coronaire
Maladies métaboliques et endocriniennes	Diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant
Maladies néphrologiques	Insuffisance rénale chronique terminale
	Néphropathies graves
	Syndromes néphrotiques
	Insuffisance rénale aiguë
Maladies neurologiques	Formes graves des affections neurologiques et neuromusculaires
	Accident vasculaire cérébral ou médullaire ischémique ou hémorragique
	Épilepsie grave
	Maladie de Parkinson
	Sclérose en plaques
Maladies du sang	Anémies hémolytiques chroniques sévères
	Aplasies médullaires sévères
	Myélodysplasies sévères
	Troubles héréditaires de l'hémostase
Maladies du foie	Maladies chroniques actives du foie (hépatites B et C)
	Cirrhoses du foie
Maladies infectieuses	Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)



Chapitre	Liste des ALD
Maladies respiratoires	Insuffisance respiratoire chronique grave Asthme sévère
Maladies systémiques	Vascularités Lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodermie généralisée évolutive Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave Spondylarthrite ankylosante grave
Maladie mentales	Psychoses Troubles graves de la personnalité État de déficit mental Troubles mentaux et/ou de personnalité dus à une lésion, à un dysfonctionnement cérébral ou à une lésion physique
Maladies du tube digestif	Rectocolite hémorragique évolutive Maladies de Crohn évolutive
Tumeurs malignes et maladies malignes des tissus lymphatiques ou hématopoïétique	Tumeurs malignes et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique
Maladies ophtalmiques	Glaucome chronique Rétinopathie diabétique

Affections longues et coûteuses

Transplantation d'organes	Rein Foie Cœur Cornée Moelle osseuse
Chirurgie cardiaque	Valvulopathies rhumatismales Cardiopathies congénitales Maladies coronaires Pause Pace Maker Artériopathies chroniques

Question 17- : Une femme enceinte diabétique est-elle remboursée pour les frais engagés pour le traitement de son diabète ?

Réponse : La femme enceinte ouvre droit pendant toute sa grossesse à l'ensemble des prestations requises par son état (visites médicales, radio, analyses etc..) avant et après l'accouchement. Elle peut prétendre également, pendant la grossesse aux autres prestations. Ce qui est valable pour le diabète est valable également pour les autres affections prévues dans le panier de soins.

Question 18- : Quel est le panier de soins prévu pour l'enfant ?

Réponse : Jusqu'à l'âge de 12 ans, l'enfant ouvre droit à toutes les prestations. Tous les actes médicaux sont pris en charge ou remboursés selon la tarification et le taux en vigueur (soins ambulatoires, chirurgies, analyses, radio, prothèses etc..). Au-delà de l'âge limite de 12 ans, l'enfant rentre dans le cadre du panier de soins prévu pour les autres bénéficiaires.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 19- : Est-ce que les soins prodigués dans des cliniques privées sont remboursés par la CNSS ?

Réponse : Oui, sur la base de la tarification de référence fixée par voie conventionnelle ou réglementaire. Pour les médicaments, il s'agit de leur prix public et pour les appareillages et dispositifs médicaux, il s'agit des tarifs approuvés par l'administration sur proposition de l'ANAM

Si la clinique applique cette tarification dans le cadre d'une convention nationale, les soins et l'ensemble des prestations seront remboursés ou pris en charge selon cette tarification. Dans le cas où la clinique applique des tarifs libéraux, la CNSS remboursera les soins et les prestations selon la tarification en vigueur. Le bénéficiaire supporte la différence, ou il se fait prendre en charge par son assurance ou sa mutuelle dans le cas de l'existence d'une assurance complémentaire.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 20- : Est-ce que les vaccins sont prévus dans le panier de soins ?

Réponse : La vaccination relève des programmes nationaux de santé. Elle n'est pas comprise dans le panier de soins de l'AMO du secteur privé.

.



IV) Taux de couverture

Question 21- : Quel est le taux de remboursement de l'AMO ?

Réponse :

- 70% de la tarification de référence pour les soins prodigués par le privé ;
- 90% du même tarif pour les soins et les actes prodigués par les hôpitaux publics.

Il y a lieu de préciser que les rapports entre les organismes gestionnaires de l'AMO et les prestataires de soins médicaux public ou privé, notamment en ce qui concerne les tarifs nationaux de référence pour le remboursement ou la prise en charge sont définis dans le cadre de conventions nationales conclues conformément aux dispositions de la loi 65.00 et des textes pris pour son application, à l'initiative et sous la conduite de l'ANAM.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 22- : Pourquoi cette différence entre les taux de remboursement (70% pour le privé et 90 % pour le public) ?

Réponse : Les prix pratiqués par les hôpitaux publics sont en deça de ceux pratiqués par le privé. Cette différence a fait l'objet d'un consensus entre le gouvernement de Sa Majesté et les partenaires sociaux. Elle sera instituée par décret réglementaire.



V) **Financement**

Question 23- : Quelles sont les bases de cotisation au titre de l'AMO ?

Réponse : La cotisation due aux organismes gestionnaires au titre de l'assurance maladie obligatoire, est assise en ce qui concerne les salariés relevant du secteur public soit sur les émoluments de base soit sur l'ensemble des émoluments, et en ce qui concerne les salariés relevant du secteur privé sur l'ensemble des rémunérations visées à l'article 19 du dahir relatif au régime de sécurité sociale. Pour ce qui est des titulaires des pensions relevant des secteurs public et privé, sur le montant global des pensions de retraite servies.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 24- : Quelles sont les ressources du régime AMO ?

Réponse : Les ressources du régime AMO sont constituées par :

- Les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard dues en application des dispositions particulières qui régissent les organismes gestionnaires de l'AMO de base ;
- Les produits financiers ;
- Les dons et legs ;
- Toutes autres ressources attribuées aux régimes d'assurance maladie obligatoire de base en vertu de la législation ou de réglementation particulière.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 25- : Quel sera le régime fiscal des cotisations de l'AMO?

Réponse : Le régime fiscal des cotisations au titre de l'AMO sera identique à celui appliqué aux cotisations normales de la CNSS, tant au niveau du salarié que de l'employeur.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 26- : Dans beaucoup de pays où on a mis en place et développé un système de couverture médicale, les pouvoirs publics se sont trouvés confrontés à la question du déficit chronique de tout ou partie des régimes d'assurance maladie mis en œuvre. Dans certains cas, on a fait appel au principe de la solidarité inter-régimes. A-t-on prévu la même chose au Maroc ? Une telle solution est-elle viable ?

Réponse : Le Maroc a choisi un système mixte, basé à la fois sur le principe de la solidarité globale (entre jeunes et moins jeunes, riches et pauvres, personnes saines et malades) et la contribution de la population des salariés par le financement partiel de la santé.

Pour prévenir les situations de déséquilibre la loi a institué auprès du Premier Ministre, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Cette agence a pour objectif d'évaluer d'une manière continue, les dépenses et les données de consommation médicale des différents régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les taux de cotisation, le de remboursement ainsi que le financement sont les fondements de la régulation des dépenses de soins et relèvent de ce fait de l'attribution de l'ANAM.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 27- : La possibilité de passer d'un système de couverture privée à un autre (AMO) ne risque-t-elle pas de voir passer tous les porteurs de maladies lourdes à ce système déplafonné et ne tenant pas compte de l'antériorité ?

Réponse : Ce risque s'il existe, a été bien étudié et prévu dans les études actuarielles entreprises par les pouvoirs publics à l'aide d'un cabinet international.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 28- : Quel est le taux de cotisation de l'AMO pour les salariés ?

Réponse : Le taux de cotisation à l'assurance maladie obligatoire est fixé à la date d'entrée en vigueur à 1% + 4 % de la masse salariale déplafonnée réparti, comme suit :

- Pour tous les affiliés, et au titre de la solidarité AMO : 1% à la charge de l'employeur ;
- Pour les affiliés versés dans l'assurance maladie obligatoire gérée par la CNSS :
 - 2% à la charge des salariés ;
 - 2% à la charge des employeurs.

Afin d'éviter une charge supplémentaire, et que cette solidarité soit acceptée par l'ensemble des partenaires sociaux, le gouvernement de S.M. le Roi propose de réajuster le taux de cotisation relatif aux allocations familiales. Ce taux passerait de 7,5% à 6,5% de la masse salariale déplafonnée.

Le taux de 1% + 4% reste valable également pour le régime agricole même s'il ne prévoit pas le service des allocations familiales.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 29- : Quel est le taux de cotisation de l'AMO appliqué aux retraités ?

Réponse : Le taux de cotisation des retraités relevant de la CNSS est fixé à 4% de l'ensemble des pensions de base perçues

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 30- : Quel est le sort de la couverture médicale des retraités ayant une pension mensuelle inférieure à 910 dirhams (secteur agricole) et 1.289 dirhams (autres secteurs) ?

Réponse : Les retraités ayant une pension mensuelle inférieure à 910 dirhams ou 1.289 dirhams seront couverts par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 31- : Quelle est la couverture médicale appliquée en cas d'interruption du travail ?

Réponse : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie de base, en qualité d'assuré ou d'ayants droit, bénéficient à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de 6 mois.

Les assurés ayant souscrits une assurance volontaire au titre du régime de sécurité sociale, sont couverts par l'AMO moyennant une cotisation de 4% de leur rémunération mensuelle.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 32- : Comment sont prélevées les cotisations ?



Réponse : Les cotisations sont définies par chaque régime d'AMO selon le statut de rémunération du salarié ou la nature du revenu. Pour le salarié, le prélèvement se fait à la source sous la responsabilité de l'employeur qui le verse à la CNSS par le biais du bordereau de paiement des cotisations dédié.

Pour les titulaires de pension, les cotisations sont assises sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayants cause servies par les régimes de retraite. Le prélèvement les concernant se fait par les organismes gérant les systèmes ou les caisses de pension qui jouent le rôle de l'employeur.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 33- : est-ce que les soins dispensés à l'extérieure du territoire national sont remboursés ou pris en charge ?

Réponse : Les prestations dispensées hors du pays aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent être admises dans les limites fixées par la loi 65-00 et les textes pris pour son application, lorsque l'assuré tombe inopinément malade au cours d'un séjours à l'étranger ou lorsqu'il ne peut recevoir au Maroc les soins appropriés à son état de santé.

Dans ce dernier cas le remboursement ou la prise en charge est subordonnée à l'accord préalable de la CNSS selon les conventions et modalités fixées par voie réglementaire.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 34- : Quel est l'organisme qui est tenu de verser la cotisation si un titulaire de pension relève de deux ou plusieurs régimes de pensions ?

Réponse : Si un titulaire de pension relève de deux ou plusieurs régimes de pensions, l'organisme gérant chaque régime de pension est tenu de verser à la CNSS ou à la CNOPS, selon le cas, la cotisation correspondant à la pension servie à l'intéressé, la CIMR étant bien entendu exclue du fait qu'elle gère un régime facultatif.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 35- : Quels sont les frais de gestion de l'AMO?

Réponse : le prélèvement sur les cotisations et les contributions pour la couverture des frais de gestion de l'AMO par chaque organisme gestionnaire est fixé à 9.4%.



VI) Remboursements

Question 36- : Quelle est la durée de cotisation pour qu'un assuré puisse prétendre aux remboursements et à la prise en charge des frais de soins ?

Réponse : L'ouverture de droit est subordonnée à 54 jours de cotisations dont les cotisations exigibles ont été versées pendant une période maximum de 6 mois.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 37- : Une personne atteinte d'une maladie chronique ou coûteuse, peut elle prétendre à la prise en charge par la CNSS au titre de l'assurance maladie obligatoire sachant que sa maladie ne figure pas sur la liste des pathologies couvertes ?

Réponse : Les maladies rares, chroniques et coûteuses ne figurant pas dans la liste peuvent être prise en charge à titre exceptionnel après avis du contrôle médical.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 38- : A partir de quelle date pourra-t-on déposer des dossiers médicaux pour le remboursement ?

Réponse : A partir du démarrage du système matérialisé par la publication au bulletin officiel des décrets réglementaires concernant le conseil d'administration de la CNSS et le taux de cotisation.

En cas de nouvelle immatriculation, le salarié doit justifier 6 mois de cotisations pour pouvoir prétendre au remboursement des frais médicaux ou à leur prise en charge.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 39- : Quel est le délai de remboursement des prestations , y a-t-il un maximum prévu par la loi ?

Réponse : La loi prévoit un maximum de trois mois pour le remboursement des frais médicaux aux assurés ou pour l'obtention de la prise en charge.

Elle prévoit également un délai maximum de six mois pour le déboursement au profit du prestataire de soins en cas de tiers-paiement.

La CNSS consciente de l'extrême importance de la question s'est fixée pour objectif de rembourser les frais médicaux aux assurés dans un délai de trente (30) jours fin de mois et soixante (60) jours fin de mois aux prestataires de soins.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 40- : Comment sont gérées les prises en charge ?

Réponse : L'AMO de base garantit le remboursement ou la prise en charge directe d'une partie de frais de soins. Les bénéficiaires devront présenter leurs dossiers auprès de l'agence CNSS la plus proche ou par l'entremise de leurs employeurs ou par voie postale. C'est le contrôle médical qui statue sur la demande de prise en charge.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 41- : Quelle est la base retenue pour les remboursements ou les prises en charge ?

Réponse : Les remboursements et les prises en charge s'effectueront sur la base d'une tarification nationale de référence négociée par l'ANAM avec les prestataires de soins. La loi précise que les prestations garanties ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 42- : Comment est fixée la tarification nationale pour le remboursement ou la prise en charge ?

Réponse : Pour les médicaments, le tarif national de référence est leur prix public et pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par l'administration sur proposition de l'agence nationale de l'assurance maladie.



VII) Gestion

Question 43- : A qui est confiée la gestion du régime de l'AMO ?

Réponse : La gestion de l'AMO est confiée à la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour les salariés du secteur public et à la Caisse Nationale de sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 44- : Comment est géré le régime de l'AMO de base par rapport au régime de sécurité sociale ?

Réponse : La CNSS a l'obligation de gérer séparément l'AMO par rapport aux autres prestations prévues par le régime de sécurité sociale.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 45- : Quelle est la mission de l'agence nationale d'assurance maladie?

Réponse : Elle a pour mission d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base, de veiller à la mise en place des outils de régulation du système et à l'équilibre financier du régime AMO dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 46- : Par qui est gérée l'agence nationale d'assurance maladie ?

Réponse : L'agence est gérée par un directeur nommé conformément à la législation en vigueur. Elle est administrée par un conseil présidé par le Premier ministre ou l'autorité gouvernementale déléguée par lui à cet effet. Elle comprend en outre des représentants de l'administration, des représentants des employeurs, des représentants des assurés des secteurs publics et privés désignés par les centrales syndicales les plus représentatives, les représentants des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et enfin et avec voix consultatives les représentants des prestataires de soins ainsi que des personnalités désignées pour leurs compétences dans le domaine de l'assurance maladie.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 47- : Quelles sont les ressources de l'agence nationale d'assurance maladie ?

Réponse :

- Un prélèvement uniforme des cotisations et des contributions dues aux organismes gestionnaires des régimes de l'AMO de base. Ce prélèvement est uniforme pour les deux régimes. Il est de 0.6 % des cotisations reversé par la CNSS et la CNOPS à l'ANAM ;
- Une proposition des ressources du régime d'assistance maladie affectée à la gestion dudit régime ;
- Les subventions ;
- Les dons et legs acceptés par le conseil d'administration ;
- Les avances remboursables du Trésor ou des organismes publics ou privés ;



- Les emprunts autorisés conformément à la réglementation en vigueur ;
- Toutes autres ressources en rapport avec son activité, notamment celles qui peuvent lui être affectées par les textes législatifs et réglementaires.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 48- : Quelles sont les dépenses de l'agence nationale de l'AMO ?

Réponse :

- Les dépenses de fonctionnement et d'équipement ;
- Le remboursement des avances et emprunts ;
- Toutes autres dépenses en rapport avec la couverture médicale.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 49- : Est-ce que l'agence est soumise au contrôle financier de l'État ?

Réponse : Elle est soumise à la tutelle et au contrôle financier de l'État.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 50- : Est-ce que l'AMO désigne les établissements de soins et les praticiens ?

Réponse : Le bénéficiaire de l'AMO de base conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien etc. Ceci dit, les bénéficiaires auront le choix également de se présenter chez des professionnels de santé conventionnés. Ceux là appliqueront s'ils préfèrent travailler avec les organismes gestionnaires les tarifs de référence.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 51- : Quelles sont les modalités de dépôt des documents justifiant les frais engagés par l'assuré ?

Réponse : Ces modalités seront arrêtées par les organismes gestionnaires. Les bénéficiaires auront soit à déposer des demandes de remboursement des frais engagés ou présenter des demandes de prise en charge chez les professionnels ou les établissements de soins agréés.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 52- : Comment sont définis les rapports tarifaires entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins ?

Réponse : Les conventions nationales sont conclues entre l'ensemble des organismes gestionnaires et les conseils nationaux des ordres professionnels concernés, sous l'égide de l'agence nationale de l'assurance maladie, avec le concours d'une ou de plusieurs organisations syndicales des prestataires de soins à vocation nationale.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 53- : Existe-t-il un cadre conventionnel type ?

Réponse : Oui, un cadre conventionnel type pour chaque convention nationale est établi par voie réglementaire sur proposition de l'agence nationale de l'assurance maladie après consultation des représentants des organisations professionnelles prestataires de services médicaux, avant de les soumettre à l'approbation de l'administration.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



VIII) Contrôle médical

Question 54- : Est-ce que les organismes gestionnaires effectuent des contrôles médicaux ?

Réponse : Les organismes gestionnaires sont tenus d'organiser un contrôle médical ayant pour objet de vérifier la conformité des prescriptions médicalement requises, et la validité des prestations au plan technique et médical et de constater aussi des abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 55- : Est-ce qu'un praticien chargé du contrôle peut accéder facilement à un lieu d'hospitalisation ?

Réponse : Les praticiens et les directeurs des cliniques sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 56- : Que prévoit la loi en cas de refus de contrôle ?

Réponse : En cas de refus de contrôle, le remboursement des frais engagés au titre des prestations de soins est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 57- : Est-ce que l'intéressé a droit de contester la décision de l'organisme gestionnaire ?

Réponse : Oui, en s'adressant soit à l'organisme lui-même soit à l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM).



IX) Ouverture de droit

Question 58- : Quelles sont les conditions d'ouverture, de maintien, de suspension et/ou de fermeture du droit aux prestations ?

Réponse : L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base est subordonnée à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables, successifs ou non, dans une période maximum de six mois à compter de la date d'immatriculation de l'intéressé au régime AMO géré par la CNSS assorti du paiement préalable des cotisations. L'organisme gestionnaire est fondé à suspendre le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas été acquitté. Toute fois, les personnes assurées qui, suite au changement de leur travail, deviennent affiliées à un organisme ou un régime d'AMO de base autre que l'organisme ou le régime auquel elles appartenaient auparavant sont dispensées de plein droit de la période de stage de 6 mois. En aucun cas la durée de la période de stage ne doit excéder 6 mois.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 59- : En cas de maladies de longue durée, est ce que la CNSS suspend les prestations pour un bénéficiaire qui n'a pas versé de cotisations ?

Réponse : Non, l'assuré continue à bénéficier des prestations au titre des maladies de longue durée ou coûteuses en cas d'arrêt de versement des cotisations par l'employeur, et lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée invalidante ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, l'organisme gestionnaire est tenu de continuer le service des prestations à ces personnes tout en enjoignant à l'employeur concerné de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 60- : Que prévoit la loi en cas de dissolution de mariage ?

Réponse : L'ex-conjoint de l'assuré continue à bénéficier pendant une période d'un an de l'AMO de base dont il relevait à la date de dissolution du mariage, à condition de ne pas disposer d'une autre couverture médicale.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 61- : Qu'advient il des droits d'un assuré ou d'un ayant droit cessant de remplir les conditions requises pour continuer à bénéficier du régime de l'AMO ?

Réponse : Les personnes qui cessent de remplir des conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit, d'un régime d'AMO de base, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leurs droits aux prestations pendant une période maximum de 6 mois.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayants droit les conditions pour le bénéfice d'un autre régime d'AMO de base ou du régime d'assistance médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

Question 62- : quelle serait la situation future d'un pensionné relevant du régime CNSS disposant actuellement d'une couverture médicale gérée par la CNOPS ?

Réponse : la couverture médicale de ce pensionné sera garantie par la CNOPS. El financement de cette couverture est assurée par un prélèvement de 4% sur toute pension équivalente ou supérieure à 1 298 dirhams ou 910 dirhams, qui sera transféré par la CNSS à la CNOPS dans le



cadre des règles de la coordination entre les deux institutions .



X) Coordination avec les systèmes facultatifs

Question 63- : Une entreprise qui dispose d'une couverture pour les cadres et les agents titulaires, peut-elle s'affilier à la CNSS pour les salariés journaliers ?

Réponse : L'article 114 de la loi 65.00 stipule que la couverture doit s'appliquer à l'ensemble des salariés.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 64- : Une entreprise qui ne dispose pas aujourd'hui d'une couverture, peut-elle conclure une convention avec une compagnie d'assurance avant l'entrée en vigueur de la loi 65.00 ?

Réponse : Selon les dispositions de l'article 114 de la loi 65.00 et tant que les textes réglementaires ne sont pas encore publiés au bulletin officiel, cette entreprise peut conclure une convention avec une compagnie d'assurance avant l'entrée en vigueur de la loi 65.00.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 65- : Un salarié atteint d'une maladie de longue durée avant l'adhésion à une police d'assurance, peut-il adhérer à l'AMO ?

Réponse : L'article 114 donne la possibilité à l'entreprise dont relève ce salarié soit de maintenir la couverture facultative qu'elle assure à ses salariés, soit qu'elle bascule vers le régime AMO du secteur privé.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 66- : Une police d'assurance permet de couvrir l'ensemble des salariés et des pensionnés. Est-ce que l'entreprise est tenue de maintenir les mêmes prestations dans le cadre de la police d'assurance ?

Réponse : En principe ce n'est pas le cas, puisque l'article 114 de la loi sur la couverture médicale de base évoque une couverture médicale à titre facultatif sans toutefois faire référence aux prestations prévues dans le cadre de l'AMO.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 67- : Une entreprise suspend la couverture facultative juste après le décès d'un pensionné. Sa veuve et ses ayants droit peuvent-ils prétendre aux prestations de l'AMO du secteur privé ?

Réponse : D'une manière générale, tous les assurés qui ne disposent pas d'une couverture médicale facultative ont droit aux prestations prévues dans le cadre de l'AMO.

La veuve doit justifier néanmoins d'une pension d'un montant de 1.298 dirhams ou de 910 dirhams.

Toutefois les ayants droit de l'assuré décédé ne bénéficiant d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base à quelque titre que ce soit, continuent de bénéficier pendant une période de deux années des prestations du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont relevait le défunt au moment du décès. A l'expiration des périodes de maintien des droits, les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base à un autre titre, sont si elles remplissent les



conditions requises, admises au bénéfice du régime d'assistance médicale.

Question 68- : Que doit faire l'entreprise qui assure déjà une couverture médicale à ses salariés soit au moyen de contrat groupe auprès des compagnies d'assurance, soit auprès des mutuelles ou des caisses internes ?

Réponse : L'article 114 de la loi 65-00 prévoit une période transitoire de 5 ans, renouvelable durant laquelle les entreprises qui assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrat groupe soit auprès de mutuelle, soit dans le cadre de caisse interne, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de son existence.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 69- : Une entreprise qui ne couvre qu'une partie de ses salariés, doit-elle couvrir le reste par l'AMO ?

Réponse : La loi ne prévoit pas de couverture partielle. Tous les salariés doivent être couverts à la date de l'entrée en vigueur de la loi par un dispositif de couverture de soins de santé.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 70- : Les pensionnés ne disposant d'aucune couverture médicale peuvent-ils adhérer adhérents à l'AMO ?

Réponse : Les pensionnés qui ne disposent pas d'une couverture médicale à la date d'entrée en vigueur de la loi 65-00 sont considérés comme bénéficiaires d'office de l'AMO à condition de justifier d'une pension d'un montant équivalent ou supérieure à 1.289 dirhams ou 910 dirhams.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 71- : Les pensionnés disposant d'une couverture médicale seront-ils concernés par l'AMO ?

Réponse : Tous les pensionnés et leurs ayants droit qui sont couverts par une assurance médicale, vont continuer à en bénéficier.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 72- : Que doivent faire les employeurs ayant déjà une couverture médicale facultative de leurs salariés ?

Réponse : les employeurs qui préfèrent conserver la couverture médicale auprès des mutuelles et assurances privées doivent apporter la preuve d'abord de l'existence de cette couverture ainsi que le bénéfice de l'ensemble des salariés et pensionnés moyennant une attestation et une liste des salariés et pensionnés couverts à mettre à la disposition de la CNSA.

Les employeurs préférant migrer vers l'AMO ont un délai de 30 jours après la publication des décrets d'application pour le faire.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 73- : Est-ce qu'un employeur peut au cours de la période transitoire changer de police d'assurance ou de compagnie ?

Réponse : Oui. Il peut effectivement changer de police ou de compagnie d'assurance à



condition toutefois qu'il n'y ait pas de rupture de couverture, car toute rupture se traduit inévitablement par une affiliation d'office à l'AMO gérée par la CNSS.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 74- : Un salarié déclaré par deux ou plusieurs affiliés, ces derniers peuvent-ils partager sa cotisation?

Réponse : Non. Les employeurs affiliés à la CNSS sont tenus par la loi chacun en ce qui le concerne de prélever la quote-part de leur salarié et de régler la cotisation y afférente à leur organisme d'affiliation, abstraction faite du salarié qui peut effectivement travailler chez plusieurs employeurs.



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



XI) Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Question 75- : Que prévoit la loi pour les économiquement faibles, et qui ne sont assujettis à aucun des régimes?

Réponse : les économiquement faibles sont éligibles pour la prise en charge des frais de leurs soins à un régime d'assistance médicale dans les conditions définies par le livre 3 de la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base. Ce régime sera géré par l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et sera mis en application probablement le mois de janvier 2006.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 76- : Qui finance le régime d'assistance médicale ?

Réponse : Le régime d'assistance médicale est financé principalement par l'État et les collectivités locales , la participation des bénéficiaires visée à l'article 120 de la loi 65.00, les produits financiers, les dons et legs, et toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de la législation et les réglementations particulières.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 77- : Qui prononce la qualité de bénéficiaire du régime d'assistance médicale ?

Réponse : Cette qualité est prononcée à la demande de l'intéressé par l'ANAM eu égard au niveau de revenu de l'assuré ou de ses ayants droit.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



XII) Situation future des polycliniques de la CNSS

Question 78- : A qui sera déléguée la gestion des polycliniques ?

Réponse : La délégation de la gestion sera cédée conformément aux dispositions légales. L'article 22 de la loi 10-94, relative à l'exercice de la médecine qui précise que l'autorisation ne peut être accordée que si la personne chargée de l'exploitation de la clinique est un médecin inscrit à l'ordre national pour exercer à titre privé, constitue une des multiples dispositions qui sera évidemment respectée. Il y aura aussi à la tête de chaque unité un médecin directeur.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 79-: Est-ce que les soins prodigués dans les polycliniques resteront les mêmes après l'instauration de l'AMO ?

Réponse : Dès l'entrée en vigueur de la phase active de l'AMO (après le délai de carence) tous les assurés sociaux seront soumis à l'obligation d'assurance. La prise en charge de 50% des frais de soin ne sera plus valable car le bénéfice de l'assistance médicale était assorti de l'absence d'une couverture médicale de l'assuré social.

Les soins prodigués par les polycliniques de la CNSS seront remboursés ou pris en charge par la CNSS en référence à la tarification en vigueur.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 80- La gestion déléguée des polycliniques peut-elle engendrer une hausse des honoraires des soins ?

Réponse : La gestion déléguée entrera en vigueur après la mise en œuvre de l'AMO. Or le dispositif AMO instaure un ensemble de règles et normes qui organiseront la pratique de la médecine, parmi lesquelles figure notamment le tarif national unifié des actes. C'est ce tarif qui sera appliqué dans les polycliniques.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 81- : Quelle est la situation juridique des polycliniques ?

Réponse : La loi 17.02 modifiant et complétant le dahir du 27 juillet 1972 relatif au régime de sécurité sociale prévoit une gestion déléguée des polycliniques de la CNSS afin de régulariser leur situation juridique, ce qui permettra à la CNSS de se concentrer sur la gestion de l'AMO.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 82- : Comment sera réalisée la gestion déléguée des polycliniques ?

Réponse : Elle sera réalisée avec le concours d'une société de conseil de renommée qui accompagnera le conseil d'administration et la direction générale dans la définition du cahier de charges.



XIII) **Interfaçage AMO/conventions internationales de sécurité sociale**

Question 83- : Quel est l'interfaçage entre l'AMO et les conventions internationales de sécurité sociale ?

Réponse: Il s'agit de deux volets :

- 1^{er} volet : Les Marocains assujettis au régime étranger de sécurité sociale (pays avec lequel le Maroc a conclu une convention de sécurité sociale) et leurs ayants droit sont remboursés par la CNSS pour les soins effectués au Maroc pour le compte de la Caisse étrangère et à sa charge s'ils justifient d'une attestation d'ouverture de droit aux soins délivrée par la Caisse étrangère ;
- 2^{ème} volet : Dans le cadre de la réciprocité, principe général des conventions internationales de sécurité sociale, la CNSS doit délivrer des attestations d'ouverture de droit aux soins de santé pour les ressortissants des pays avec lesquels le Maroc a conclu une convention de sécurité sociale en vue de se faire soigner dans leur pays d'origine pour le compte de la CNSS et à sa charge, contrairement à ce que prévoit l'article 13 de la loi 65.00 puisque la convention internationale prime sur la loi nationale.

Par ailleurs, la mise en application de l'AMO va permettre de connaître le coût moyen de soins au Maroc qui sera utilisé pour calculer la créance marocaine à la charge du pays étranger, au lieu des différentes méthodes de calcul de ce coût utilisées actuellement.



XIV) Sanctions

Question 84- : Quelles sont les sanctions prévues en cas de fausse déclaration ou de fraude en vue de bénéficier de l'assistance médicale ?

Réponse : Toute fraude, fausse déclaration ou contrefaçon expose son auteur aux sanctions prévues en la matière par le code pénal.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 85- Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui n'a pas respecté les délais accordés pour les versements des cotisations ?

Réponse : En plus des mesures appliquées par la CNSS en la matière (astreintes et pénalités de retard) le paiement d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 86- Quelle attitude adopte l'agence nationale d'assurance maladie face à une infraction aux termes d'une convention ?

Réponse : L'agence nationale de maladie peut décider sur demande d'un organisme gestionnaire de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour une durée déterminée pour non-respect ou violation des termes de la convention.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 87- : Comment l'agence nationale d'assurance maladie peut-elle réclamer la restitution des sommes versées à la victime d'un accident imputable à un tiers ?

Réponse : L'organisme gestionnaire du régime de l'AMO de base ou du régime d'assistance médicale est subrogé de plein droit à la victime de l'accident dans son action contre le tiers responsable, pour réclamer la restitution des sommes versées ou des frais des prestations dont la victime a bénéficié en vertu de la loi 65-00.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 88- : Comment la CNSS peut-elle contrôler l'adhésion des entreprises au système de l'AMO?

Réponse : La CNSS est tenue, selon les dispositions de la loi 17.02 modifiant et complétant le dahir du 27 juillet 1972 relatif au régime de sécurité sociale et selon la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base d'affilier d'office les entreprises qui ne le sont pas et d'immatriculer les salariés avec effet la date effective de leur recrutement.

 -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 89- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme gestionnaire dont il relève?

Réponse : Une amende de 5.000 à 50.000 dirhams est appliquée à tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme gestionnaire dont il relève, avec injonction de procéder à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés, dans un délai ne dépassant pas un mois.

Par ailleurs, les dispositions prévues par le dahir du 27 juillet 1972 tel que modifié et complété par la loi 17.02 restent applicables à tout employeur ne procédant pas à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés au régime de sécurité sociale géré par la CNSS.

-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 90- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui ne procède pas à l'immatriculation de ses salariés ?

Réponse : Une amende de 1.000 dirhams pour chaque salarié non immatriculé, à l'encontre de tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de l'organisme gestionnaire dont il relève, avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Les salariés concernés conservent le droit de recours auprès de la juridiction compétente en vue d'obtenir les dommages et intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 91- : Quelle est la sanction prévue aux organismes gestionnaires qui refusent l'affiliation d'un employeur ou l'immatriculation d'un salarié ou d'un titulaire de pension ou qui pratiquent la sélection des risques et des personnes et l'exclusion des assurés et bénéficiaires ?

Réponse : La loi 65.00 interdit aux organismes gestionnaires ces pratiques. l'article 134 de la loi 65.00, dispose que ces organismes sont passibles dans les deux cas d'une amende de 50.000 à 100.000 dirhams.

-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 92- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de la personne qui se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues ?

Réponse : Paiement d'une amende de 1.000 à 5.000 dirhams et remboursement des sommes indûment perçu au titre du régime de l'AMO, sans préjudice de sanctions plus graves prévues par le code pénal.

-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 93- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre d'un prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations ?

Réponse : Paiement d'une amende de 2.000 à 10.000 dirhams, sans préjudice de sanctions disciplinaires.

-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----



Question 94- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'organisme gestionnaire de l'AMO de base en cas de refus par ce dernier de communiquer à l'administration ou à l'ANAM les documents et informations visés à l'article 43 de la loi 65.00 ?

Réponse : Paiement d'une amende de 5.000 à 20.000 dirhams.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 95- : Quelle est la sanction prévue en cas de falsification ou de dissimulation des documents visés à l'article 43 ?

Réponse : Paiement d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 96- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui refuse de communiquer les listes prévues à l'article 96 pour vérifier le respect d'obligation de l'AMO?

Réponse : Paiement d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 97- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui ne procède pas au versement des cotisations dans les délais fixés par voie réglementaire ?

Réponse : Paiement d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams sans préjudice pour l'organisme gestionnaire dont il relève d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la loi 65-00 et ses statuts et règlements intérieurs ou d'intenter une action en justice pour le recouvrement desdites cotisations.

    -----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 98- : Quelle est la sanction prévue à l'encontre de l'employeur qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme gestionnaire de l'AMO ?

Réponse : Paiement d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams.



XV) Préparation de la CNSS à la gestion de l'AMO

Question 99- : Quels sont les atouts de la CNSS pour gérer l'AMO ?

Réponse : Les atouts de la CNSS pour gérer l'AMO se résument comme suit :

- o Le système de déclaration des salaires ;
- o Le système de contrôle et inspection ;
- o Le système de recouvrement ;
- o Le système de contrôle des droits ;
- o L'implantation des agences de la CNSS ;
- o L'équilibre financier des branches de la protection sociale ;
- o La branche des Indemnités journalières de maladie et de maternité ;
- o La liquidation des dossiers de remboursement des travailleurs marocains à l'étranger ;
- o L'observatoire social (le fichier familles).



-----AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? AMO ? -----

Question 100- : La mise en œuvre de l'AMO rencontre-t-elle quelques freins ou blocages ? Si oui, lesquels ?

Réponse : Au contraire, la mise en œuvre rapide de l'AMO est souhaitée par tous les partenaires économiques, sociaux et politiques, la preuve en est la célérité avec laquelle le Parlement avec ses deux chambres a approuvé le projet d'amendement de l'article 147 qui stipuler que la couverture médicale obligatoire entre en vigueur le 1^{er} jour du mois civil suivant la publication au bulletin officiel du Décret relatif au conseil d'administration de la CNSS. Ce Décret a été approuvé par le Conseil des Ministres le jeudi 6 janvier 2005.

D'autre part, et dans le cadre de la préparation de la CNSS à l'entrée en vigueur de l'AMO, plusieurs actions ont été réalisées, notamment, la réorganisation des services de la CNSS afin d'y intégrer une direction dédiée à l'AMO, la refonte du système de paiement des cotisations de manière à permettre une étanchéité entre le régime de sécurité sociale et le régime de l'AMO, et ce, en application des dispositions légales en la matière.

La CNSS, a mis en place un système de télé déclaration et de télépaiement des cotisations, anticipant ainsi sur l'obligation de vérifier à l'occasion de l'ouverture de droit et la déclaration de salaire et le paiement de cotisation. Par ailleurs la CNSS a procédé à la mise à niveau des unités médicales, l'acquisition d'un logiciel (Esquif) dédié à la gestion de l'AMO ainsi que la refonte de son système informatique qui alimentera le régime de l'AMO en données sociales.