



دليل التغطية
الصحية التكميلية

AMC+

مؤسسة فحمّ العتّاليس
للنهوض بالأعمال الإجتماعية للتربية والتكوين



مؤسسة محمد السادس
للنهوض بالأعمال الاجتماعية للتربية والتكوين

تولي مؤسسة محمد السادس للنهوض بالأعمال الاجتماعية للتربية والتكوين أهمية كبيرة لصحتكم وصحة أسرکم، حيث تعمل باستمرار على تعزيز نظام التأمين الصحي الذي تستفيدون منه.

منذ سنة 2004، توفر لكم المؤسسة تغطية صحية تكميلية تهدف إلى التخفيف من التكاليف الطبية التي تتحملونها.



19	ملف طلب الاستفادة من التعويض أو التحمل التكميلي	6	التغطية الصحية التكميلية AMC+
		6	- تعريف
20	ما يجب القيام به في حالة حدوث تغيير في الوضعية الشخصية و/أو الأسرية	6	المستفيدون
21	المراكز الطبية التي يمكن الاستشفاء فيها	7	الحالات التي تغطيها AMC+
		7	- الأمراض الخطيرة (و/أو) المزمنة
21	الاستفادة من شروط تفضيلية لدى المؤسسات الصحية الخاصة	8	- حالات الاستشفاء الجراحي (و/أو) الطبي
		8	- حالات خاصة
21	كيفية تقديم شكوى	9	احتساب مبالغ التعويض/التحمل التكميلي AMC+
22	الحالات المرضية المستثناة من AMC+		- في الحالات الخطيرة و/أو المزمنة وحالات الاستشفاء الجراحي (و/أو) الطبي
		12	- في الحالات الخاصة
23	المعجم	15	الوثائق المطلوبة لتكوين الملف الصحي
		15	- في حالة التعويض
		18	- في حالة التحمل

التغطية الصحية التكميلية AMC+

تعريف :

تتضاف التغطية الصحية التكميلية AMC+ إلى نظام التأمين الأساسي (AMO-CNOPS)؛

التغطية الصحية التكميلية AMC+ خدمة مجانية ولا تتطلب أي اشتراك مسبق؛

تهدف AMC+ إلى توفير تغطية أفضل للتكاليف الطبية المتبقية على عاتق المؤمن؛

تشمل AMC+ جميع حالات الاستشفاء

الطبي (و/أو) الجراحي بالمؤسسات العمومية أو الخاصة، سواء داخل المغرب أو خارجه، وذلك بغض النظر عن طبيعة المرض أو الحادث.

المستفيدون

منخرط المؤسسة: (مزاوول للعمل

أو متقاعد) دون حد للسن؛

زوج المنخرط: دون حد للسن؛

أبناء المنخرط: حتى سن 21 سنة،

وحتى سن 26 سنة إذا كانوا يتابعون دراستهم؛

أبناء المنخرط ذوو الاحتياجات الخاصة

دون حد للسن؛

ذوو حقوق المنخرط المتوفى والذين

جددوا الانخراط بالمؤسسة (أرملة أو أرمل، الأبناء)...

ملحوظة :

للاستمرار في الاستفادة من AMC+، يتوجب على المنخرطين المقبلين على التقاعد أو المتقاعدين حديثاً، تقديم طلب إعادة الانخراط للمؤسسة من خلال ملء استمارة الانخراط المتوفرة على الموقع الإلكتروني:

<https://fm6education.ma>

الحالات التي يغطيها AMC+

الأمراض الخطيرة (و/أو) المزمنة

هي الأمراض طويلة الأمد (Affections de Longue Durée) والأمراض المكلفة (Affections Lourdes et Coûteuses) كما يعرفها النظام الأساسي AMO - CNOPS.

تغطي AMC+ ما تبقى على عاتقكم من تكاليف العلاج بعد اقتطاع المبلغ المعوض من طرف النظام الأساسي. وتشمل هذه التغطية كذلك تكاليف العلاجات ذات الصلة بهذه الفئة من الأمراض، المذكورة أسفله:

الاستشارات الطبية

الحالات التي يغطيها AMC+

الزراعة الطبية (Prothèses)

التحاليل البيولوجية والفحوصات الإشعاعية

الاستشفاء الطبي أو الجراحي

المعدات الطبية

الترويض الطبي

احتساب مبالغ التعويض/التحمل التكميلي AMC+

تبلغ نسبة التعويض أو التحمل التكميلي بالنسبة للحالات الخطيرة و/أو المزمنة وكذا حالات الاستشفاء الطبي والجراحي، 100% بعد اقتطاع المبلغ الذي يتحملة و/أو يعوض عنه النظام الأساسي (التأمينين الإجباري والتعاضدي). يتحدد سقف التعويض التكميلي في مبلغ مليون درهم (1.000.000 درهم) في السنة، للفرد الواحد وعن كل مرض.

أما بالنسبة للحالات الخاصة، فيتم تعويضها في حدود السقف المحدد لكل حالة.

في الحالات الخطيرة و/أو المزمنة وحالات الاستشفاء الجراحي (و/أو) الطبي

إذا كنتم (أو زوجكم أو أحد أبنائكم) تعانون من مرض خطير و/أو مزمن، أو استفدتم من استشفاء طبي أو جراحي، فإن احتساب مبلغ تعويضكم أو تحمل نفقاتكم الطبية يتم كالتالي:



150% من التعريفة الوطنية المرجعية

بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي CNOPS، تُحدد فترة الإقامة من طرف لجنة المراقبة الطبية وذلك حسب المرض وحالة المريض. تغطي AMC+ جميع حالات الاستشفاء التي يتحملها أو يعوض عنها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. تغطي AMC+ كذلك حالات الاستشفاء التي تتم في الخارج.

تمكنكم مؤسسة محمد السادس من الاستفادة المجانية أنتم وزوجكم وأبنائكم، من المساعدة والنقل الصحي سواء بالمغرب أو خارجه، إذ تتكلف بهم شركة التأمين "سهام أسيستانس"، والتي يمكنكم الاتصال بها على الرقم التالي:

0802.010.010

حالات خاصة

- ◀ الولادة؛
- ◀ الترويض الطبي؛
- ◀ البصريات؛
- ◀ السكانير والتصوير
- ◀ تقويم الأسنان؛
- ◀ بالصدى المغناطيسي.
- ◀ الرمامة السمية؛

حالات الاستشفاء الجراحي (و/أو) الطبي

يقصد بمصطلح «الاستشفاء» الإقامة بإحدى المؤسسات الطبية العمومية أو الخاصة بهدف التداوي من خلال تدخل جراحي، (الاستشفاء الجراحي) أو طبي (الاستشفاء الطبي).

يشمل «الاستشفاء»:

- ◀ مصاريف الإقامة في المؤسسة الاستشفائية
- ◀ عمومية كانت أم خاصة (في غرفة عادية أو العناية المركزة أو الإنعاش)؛
- ◀ أتعاب الجراحين و/أو الأطباء المعالجين؛
- ◀ غرفة العمليات، تكاليف التخدير، والمواد واللوازم المرافقة لها؛
- ◀ العلاجات ما بعد العمليات الجراحية بما في ذلك تكلفة إعادة التأهيل الوظيفي؛
- ◀ تكاليف التدخل الطبي للمساعدین الطیبین؛
- ◀ الفحوصات البيولوجية والإشعاعية قبل العملية الجراحية وبعدها.

مدة الإقامة في المستشفى:

ليس هناك حد قانوني لمدة الإقامة في المستشفى طالما هي ضرورية ومبررة.

أمثلة:

عملية إزالة المياه البيضاء من العين أو «الجلالة» بـ 10500 درهم
(التعريف الوطنية المرجعية: 6500 درهم)

تعويض AMC+ (الفرق بين 150% من التعريف الوطنية المرجعية وتعويض CNOPS)	تعويض CNOPS (90% من التعريف الوطنية المرجعية)
3900 درهم	5850 درهم

9750 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 750 درهم



مثال لفحص لدى طبيب اختصاصي بـ 200 درهم
(التعريف الوطنية المرجعية: 150 درهم)

تعويض AMC+ (الفرق بين المبلغ المؤدى وتعويض CNOPS)	تعويض CNOPS (80% من التعريف الوطنية المرجعية)
80 درهم	120 درهم

200 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 0 درهم



فحص لدى اختصاصي القلب والشرابين مع إجراء تخطيط القلب (ECG) بـ 300 درهم
(التعريف الوطنية المرجعية: 250 درهم)

تعويض AMC+ (الفرق بين المبلغ المؤدى وتعويض CNOPS)	تعويض CNOPS (80% من التعريف الوطنية المرجعية)
100 درهم	200 درهم

300 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 0 درهم



ملحوظة: يعوض المنخرط بنسبة 100% مما تبقى على عاتقه بعد الحصول على تعويض أو تحمل CNOPS، فقط إذا كان المبلغ المؤدى من طرفه أقل من نتيجة العملية التالية:

150% من التعريف الوطنية المرجعية

حينها يكون أساس التعويض أو التحمل AMC+ هو الفرق بين المبلغ المؤدى وتعويض/تحمل النظام الأساسي.

حالة تقويم الأسنان

يتم تعويضكم بنسبة 100% من مبلغ المصاريف المتبقية على عاتقكم في حدود 1200 درهم عن كل 6 أشهر في حدود 6 مرات بالنسبة للأطفال الذين لا تتعدى أعمارهم 16 سنة، حيث يتم احتساب فترة التعويض ابتداء من تاريخ بداية العلاج المحدد في الفاتورة. تجدر الإشارة إلى أن الحصول على موافقة النظام الأساسي بالتعويض في هذه الحالة، غير إلزامي للاستفادة من التغطية التكميلية.

مثال: تقويم أسنان طفل بـ 3000 درهم/ 6 أشهر



مدة التقويم 6 أشهر

تعويض النظام الأساسي	1350 درهم
تعويض AMC+	1200 درهم
2550 درهم	
المتبقي على عاتق المنخرط 450 درهم	

لا تستفيد الحالات الخاصة من تحمل التكاليف الطبية، إلا أنه يمكن التعويض عن هذه المصاريف، وذلك حسب كل حالة. تجدون أسفله، سقف التعويضات المحدد بالنسبة لكل حالة:

حالة البصرات

يتم تعويضكم بنسبة 100% من مبلغ المصاريف المتبقية على عاتقكم في حدود 400 درهم لكل 24 شهرا.

مثال: اقتناء نظارات طبية بـ 1500 درهم



تعويض النظام الأساسي	800 درهم
تعويض AMC+	400 درهم
1200 درهم	
المتبقي على عاتق المنخرط 300 درهم	

يحدد مبلغ تعويضكم التكميلي (أو تعويض زوجكم أو أحد أبنائكم) عن الحالات الخاصة، بما في ذلك الاستشفاء من أجل الولادة الطبيعية أو القيصرية، بالطريقة التالية:

حالة الولادة (تعويض جزائي)

- ◀ ولادة طبيعية: 1000 درهم؛
- ◀ ولادة طبيعية لتوأم: 1500 درهم؛
- ◀ ولادة قيصرية: 2000 درهم.

هذه التعويضات الجزافية لا تضم أي مصاريف إضافية مرتبطة بالولادة (مصاريف الإقامة الاستشفائية، أعصاب الطبيب المولد، نفقات العلاج، مصاريف نفقات الأدوية بالمصحات...).

الحالات الخاصة الأخرى

تعويض (AMC+) = [المصاريف المتحملة فعليا من طرف المنخرط] - [الحصة التي سيعوض عنها النظام الأساسي (AMO-CNOPS)]، وذلك في حدود السقف المحدد لكل حالة.

في الحالات الخاصة

الحالات الخاصة التي يغطيها التأمين الصحي التكميلي AMC+ هي:



الولادة



البصرات



تقويم الأسنان



الرامامة السمعية



الترويض الطبي



السكاكير والتصوير بالصدى المغناطيسي

الوثائق المطلوبة لتكوين الملف الصحي

في حالة التعويض

للاستفادة من تعويض التكاليف الطبية، يتوجب عليكم إيداع ملفكم الصحي كاملاً (انظر مكونات الملف أسفله) لدى الوكيل العام لشركة سهام للتأمين الأقرب إليكم في أجل 90 يوماً، ابتداءً من تاريخ الموافقة عليه من طرف التعاقدية، أو، بإيداعه في أجل 2 أشهر ابتداءً من التاريخ المبين على ورقة العلاجات، شريطة الموافقة عليه من طرف الوكيل العام لشركة سهام للتأمين. بعد إيداع ملفكم، سيسلمكم وكيل شركة سهام وصلاً بالإيداع.

يمكنكم أيضاً إيداع طلباتكم المتعلقة بتعويض التكاليف الطبية مباشرة عبر الإنترنت، وذلك بولوج حسابكم في فضاء التغطية الصحية التكميلية الخاص بشركة سهام، ثم تفعيل خدمة "DM Online" (انظر دليل سهام). بعد إتمام عملية إرسال الملف الطبي، ستظهر على شاشتكم رسالة تأكيد تثبت التوصل بطلب إيداع ملفكم، مرفقة بإشعار تتوصلون به عبر بريدكم الإلكتروني.

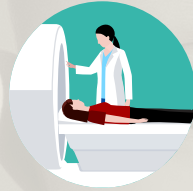
وبالتالي، فإن لديكم الاختيار بين إيداع ملفاتكم الصحية بصفة شخصية لدى

حالة السكانير والتصوير



يتم تعويضكم بنسبة 100% من مبلغ المصاريف المتبقية على عاتقكم في حدود 1000 درهم بالنسبة للسكانير (Scanner) و2000 درهم بالنسبة للتصوير بالصدى المغناطيسي (IRM).

مثال: فحص بالسكانير بـ 2000 درهم



تعويض AMC+	تعويض النظام الأساسي
1000 درهم	800 درهم

1800 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 200 درهم

حالة الترويض الطبي



يتم تعويضكم بنسبة 100% من مبلغ المصاريف المتبقية على عاتقكم في حدود 2000 درهم في السنة لكل حادث وعن كل مستفيد.

مثال: ترويض طبي بـ 150 درهم



تعويض AMC+	تعويض النظام الأساسي (80%)
80 درهم	40 درهم

120 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 30 درهم

حالة الرمامة السمعية



يتم تعويضكم بنسبة 100% من مبلغ المصاريف المتبقية على عاتقكم في حدود 3000 درهم عن كل رمامة لكل 24 شهراً.

مثال: رمامة سمعية بـ 8000 درهم
دون احتساب الرسوم (HT)



تعويض AMC+	تعويض النظام الأساسي (80%)
3000 درهم	5000 درهم

8000 درهم

المتبقي على عاتق المنخرط 0 درهم

الوكالة، أو بعثها إلكترونيا عبر خدمة الإيداع عن بعد DM Online المتوفرة في موقع سهام [/https://amc.sahamassurance.ma](https://amc.sahamassurance.ma)

- إذا كنتم منخرطين تستفيدون من نظام التأمين الأساسي (CNOPS). يتوجب عليكم الإدلاء بالوثائق المبينة أسفله.

◀ الأمراض المزمنة أو المكلفة

نسخ من ورقة العلاجات والوثائق المرفقة، مختومة من طرف التعاقدية؛

ملحوظة: بمجرد تعويض المنخرط عن ملفه الطبي الأول المرتبط بمرض مزمن أو خطير، يجب عليه تقديم نسخة من وثيقة الإعفاء من الحصة المتبقية على المؤمن (Exonération du ticket modérateur) الخاصة بالمرض موضوع التعويض، وذلك عند إيداع باقي الملفات الطبية. يتم تسليم هذه الوثيقة من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

◀ الولادة الطبيعية (طفل واحد أو توأم)

- عقد ازدياد المولود الجديد؛
- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية للزوج(ة).

◀ الولادة القيصرية (طفل واحد أو توأم)

بالإضافة إلى الوثائق اللازم تقديمها في حالة

الولادة الطبيعية، يجب أيضاً تقديم:

- نسخة من موافقة النظام التعاضدي الأساسي على إجراء الولادة القيصرية.

أو

- فاتورة مفصلة وشاملة حول مصاريف الولادة القيصرية.

أو

- طبي سري (pli confidentiel) للطبيب المعالج يفيد بأنها عملية قيصرية.

أو

- ورقة الخروج من المستشفى العمومي مع الإشارة للعملية القيصرية.

◀ البصريات

- نسخة من ورقة العلاجات الخاصة بكل فرد مستوفية المعلومات ومختومة من قبل طبيب العيون؛

- نسخة من فاتورة المبصاري (Opticien).

◀ تقويم الأسنان

بالنسبة للفصل الأول:

- نسخة من بيان تقويم الأسنان أو من تحليلات قياس الرأس؛
- نسخة من الفاتورة.

بالنسبة للمدة المتبقية:

- نسخة من ورقة العلاجات؛
- نسخة من الفاتورة.

◀ الرمامة السمعية

- نسخة من ورقة العلاجات مستوفية

المعلومات؛

- الوصفة الطبية؛

- نسخة من فاتورة العلاج مع إيضاح طريقة الأداء؛

- نسخة من تقرير تخطيط السمع :

(Audiogramme).

◀ الترويض الطبي (كيفما كانت طبيعة المرض)

- نسخة من ورقة العلاجات مستوفية المعلومات؛

- الوصفة الطبية؛

- نسخة من الفاتورة.

◀ السكانير (كيفما كانت طبيعة المرض)

- نسخة من ورقة العلاجات مستوفية المعلومات؛

- الوصفة الطبية؛

- نسخة من الفاتورة.

◀ التصوير بالصدى المغناطيسي (IRM)

(كيفما كانت طبيعة المرض)

- نسخة من ورقة العلاجات مستوفية المعلومات؛

- الوصفة الطبية؛

- نسخة من الفاتورة.

◀ الاستشفاء

- نسخة من فاتورة المؤسسة الاستشفائية مع

تبيان طريقة الأداء؛

- نسخة من تحمل نظام التأمين التعاضدي عند توفره؛

- نسخة من تقرير العملية الجراحية

و/أو نسخة من تقرير الاستشفاء؛

- نسخة من الجدول التفصيلي للمنتجات

الصيدلية المستعملة.

إذا كنتم من المستفيدين المتوفرين على تأمين صحي خاص، يتوجب عليكم الإدلاء بالوثائق المبينة أسفله.

- نسخة من الملف الصحي كما سبق ذكره أعلاه؛

- النسخة الأصلية لبيان التعويضات المسلم من طرف تأمينكم الأساسي.

(Le décompte de remboursement)

إذا كنتم من المستفيدين الذين لا يتوفرون على أي نظام أساسي، يتوجب عليكم الإدلاء بالوثائق المبينة أسفله.

- وثيقة التصريح بالمرض الخاصة بشركة سهام للتأمين معبأة من طرف الطبيب

المعالج؛

- النسخ الأصلية للوثائق التبريرية: الفواتير وملصقات الأدوية (رقمها التسلسلي)

وتمن بيعها العمومي.

ملف طلب الاستفادة من التعويض أو التحمل التكميلي

الأجل الأقصى المسموح به لتقديم طلب التعويض أو التحمل

تستفيدون من أجل أقصاه 90 يوما للاستفادة من التعويض أو التحمل التكميلي. يبدأ هذا الأجل من:

- تاريخ الموافقة على الملف الطبي من طرف التعاضدية.
- أو تاريخ الفحص الطبي في حالة الموافقة على الملف الطبي من طرف شركة سهام للتأمين.
- أو تاريخ الموافقة النهائية على طلب التحمل من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

أجل التعويض

تقوم شركة التأمين بتعويضكم خلال 15 يوما بعد تاريخ التوصل بملفكم الطبي كاملا.

وسائل أداء تعويض أو تحمل التكاليف الطبية

تقوم شركة التأمين بتعويضكم عن طريق التحويل البنكي (مع تقديم رقم حسابكم البنكي مسبقا) أو عن طريق الحوالة.

كيفية الإيداع

لتقديم طلب تعويض أو تحمّل التكاليف الطبية، يمكنكم الاختيار بين:

- إيداع الملف الطبي الأصلي لدى التعاضدية وتقديم نسخة منه مختومة من طرف هذه الأخيرة لوكيل سهام للتأمين.

أو

- إيداع نسخة من الملف الطبي لوكيل سهام للتأمين مع تقديم الملف الأصلي للمعانية والمطابقة في عين المكان.

المسطرة الواجب اتباعها في حالة إيداع ملف غير كامل

للحصول على تعويضكم، وتفاديا لرفض ملفكم الطبي، يجب استكمال الوثائق المطلوبة في غضون ستة (6) أشهر من تاريخ طلب الوثائق التكميلية.

- نسخة من ورقة التحمل التي يسلمها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

إذا كنتم تتوفرون على تأمين صحي خاص، يجب إرفاق طلبكم بالوثائق التالية:

- نسخة من الملف الصحي المتعلق بالتأمين الخاص؛

- المقايسة التقديرية (devis) للمؤسسة الاستشفائية؛

- نسخة من ورقة التحمل التي يسلمها التأمين الخاص.

إذا كنتم لا تتوفرون على أي نظام أساسي، يجب إرفاق طلبكم بالوثائق التالية:

- نسخة من الملف الصحي؛

- المقايسة التقديرية (devis) للمؤسسة الاستشفائية.

في حالة التحمل

للاستفادة من التحمل التكميلي للتكاليف الطبية، يتوجب إيداع طلب التحمل (من طرف المعني بالأمر أو أي شخص ينوب عنه) لدى الوكيل العام لشركة سهام للتأمين في أجل لا يتعدى 90 يوم ابتداء من تاريخ الموافقة النهائية على طلب التحمل من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

في حال القبول داخل إحدى المصحات المتعاقدة، تباشر هذه الأخيرة الإجراءات للحصول على موافقة شركة سهام على طلب التحمل التكميلي للتكاليف الطبية.

إذا كنتم تستفيدون من نظام التأمين الأساسي (CNOPS)، يجب إرفاق طلبكم بالوثائق التالية:

- نسخة من الوصفة الطبية أو الطبي السري للطبيب المعالج تحدد فيه طبيعة المرض والتدخل الطبي المزمع القيام به خلال الاستشفاء؛

- نسخة من المقايسة التقديرية (devis) للمؤسسة الاستشفائية؛

كيفية تقديم شكوى

يمكن تقديم شكوى، عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني أو المراسلة، لـ: وكيل شركة التأمين بجهتكم.

أو

المقر المركزي لشركة التأمين.

أو

الموقع الإلكتروني لشركة التأمين.

أو

الوحدة الإدارية الجهوية للمؤسسة الأقرب لكم.

أو

الموقع الإلكتروني للمؤسسة.

يمكنكم أيضًا إرسال نسخة من الشكوى المرسلة لشركة سهام للتأمين إلى الوحدة الجهوية للمؤسسة الأقرب لكم أو إلى مقرها الرئيسي بالرباط. وإذا اقتضى الأمر، يمكنكم الاتصال مباشرة بالمؤسسة على

الرقم التالي: 080.200.8090

المراكز الطبية التي يمكن الاستشفاء فيها

- المستشفيات العمومية: المراكز الاستشفائية الجامعية، المستشفيات العسكرية، وباقي المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.
- المؤسسات الطبية الخاصة: المصحات، المصحات متعددة الاختصاصات...

الاستفادة من شروط تفضيلية لدى المؤسسات الصحية الخاصة

وقعت المؤسسة اتفاقيات شراكة مع العديد من مؤسسات الرعاية الصحية الخاصة (العيادات، المختبرات التحليلية، إلخ) لصالح منخرطيها. للاطلاع على قائمة المؤسسات المتعاقد معها، زوروا موقعنا: www.fm6education.ma

تتبع ملف التأمين الصحي التكميلي عن بعد

يمكنكم تتبع ملفكم الطبي عبر فضاء الزبناء لشركة سهام للتأمين على موقعها الإلكتروني: www.sahamassurance.ma يمكنكم الولوج لهذا الفضاء وتصفحته من خلال هاتفكم النقال أو جهاز الحاسوب.

كيفية التأكد من أداء مبلغ التعويض

بمجرد تحويل تعويضكم، سيتم إشعاركم عن طريق رسالة نصية قصيرة. لذا، يجب إشعار شركة سهام للتأمين في حالة تغيير رقم هاتفكم وتعيين معلوماتكم، كلما دعت الضرورة لذلك.

ما يجب القيام به في حالة حدوث تغيير في الوضعية الشخصية و/أو الأسرية

حالة تغيير العنوان: الإدلاء بالعنوان الجديد كاملا عن طريق تضمينه في استمارة البيانات المتوفرة لدى الوكيل العام لشركة سهام للتأمين.

- حالة تغيير رقم الهاتف: موافاة الوكيل العام لشركة سهام للتأمين برقم الهاتف الجديد.

حالة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و26 سنة والذين مازالوا يتابعون دراستهم: شهادة مدرسية في بداية كل سنة دراسية.

حالة الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة: إذا لم تصرحوا بطفلكم مسبقًا، فعليكم تقديم شهادة طبية حديثة ومفصلة صادرة عن الطبيب المعالج.

في حالة حدوث أي تغيير في وضعيتكم الشخصية أو العائلية، يجب إشعار شركة سهام للتأمين عن طريق وكلائها أو الاتصال بالمؤسسة من خلال الوحدات الإدارية الجهوية، وتقديم كافة الوثائق التبريرية المتعلقة بكل حالة من الحالات التالية:

الزواج - : نسخة من عقد زواجكم؛
- نسخة من البطاقة الوطنية للزوج (٥).

الولادة : عقد ازدياد مولودكم.

حالة الطلاق : رسم الطلاق.

حالة تغيير رقم الحساب البنكي:

ورقة أصلية من الشيك البنكي أو الشهادة الأصلية لحسابكم البنكي (RIB).

المعجم

المصطلح	التعريف
الأمراض المزمنة (ALD)	«أمراض خطيرة و/أو مكلفة مزمنة يتحملها التأمين الإجباري عن المرض بنسب تتراوح ما بين 90% إلى 100%. وقد حدد القانون 00-65 عدد الأمراض المزمنة في 41 مرض من بينها مرض السكري، ارتفاع الضغط، داء فقدان المناعة، السرطانات...» المصدر: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي
الأمراض المزمنة (ALD)	قائمة الأمراض الخطيرة و/أو المكلفة المزمنة متوفرة على الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي: www.anam.ma
الأمراض المكلفة (ALC)	مثل: - الجراحة القلبية: اعتلالات صمامات القلب الرئوية، اعتلالات القلب الخلقية، مرض الشرايين التاجية، الأمراض التي تتطلب وضع pace maker، اعتلالات مزمنة للشرايين. - زرع الأعضاء: الكلية، الكبد، القلب، عدسة العين، نخاع العظمي. المصدر: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي
العلاجات العادية	يقصد بها علاجات تنجز على سبيل خارجي دون الاضطرار إلى المبيت بالمستشفى.
الإعفاء من الحصة المتبقية على المؤمن	في بعض الحالات، كالأمراض المزمنة و/أو الخطيرة والتدخلات الجراحية، يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتحمل جميع نفقات العلاجات. وبالتالي، فإن الإعفاء من الحصة المتبقية على المؤمن، يقصد به إمكانية هذا الأخير من الاستفادة من تعويض كلي (100%) عن التكاليف المحتملة. المصدر: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي
التعريف الوطنية المرجعية (ت. و. م.)	تحدد تكلفة الخدمات الطبية المقدمة كما تم التوافق حولها في إطار الاتفاقية الوطنية بين مهنيي الصحة والمنظمات المكلفة بتدبير التأمين عن المرض، بمعنى آخر، تشير «ت. و. م.» إلى التسعيرة التعاقدية المعتمدة. قرار وزير الصحة رقم 06-1961 الموافق ل 9 رجب 1427 (4 غشت 2006)

الحالات المرضية المستثناة من AMC+

- لا يمكنكم الاستفادة من تعويض أو من تحمل تكميلى للتكاليف الطبية في الحالتين التاليتين:
- (1) الأمراض الاعتيادية، مثل:
- ◀ الزكام؛
 - ◀ علاجات الأسنان؛
 - ◀ آلام الحنجرة؛
 - ◀ آلام البطن؛
 - ◀ السعال مع البلغم؛
 - ◀ آلام الرأس؛
 - ◀ جروح بسيطة...
- (2) الأمراض التي لا يتحملها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مثل:
- ◀ عمليات الجراحة التجميلية؛
 - ◀ العلاج بالحمامات؛
 - ◀ الوخز بالإبر؛
 - ◀ الميزوثيرابي (Mésothérapie)؛
 - ◀ العلاج بمياه البحر؛
 - ◀ الطب المثلي أو التجانسي (Homéopathie)؛
 - ◀ الخدمات المقدمة في إطار ما يسمى بالطب الهادئ؛
 - ◀ الأمراض المهنية وحوادث الشغل...

ملحوظة: تجدون بالموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي www.anam.ma قائمة الأمراض التي يغطيها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.



مؤسسة فقه الدّاعية
للغرض بالأعمال الإجتماعية للتربية والتكوين



Fondation Mohammed VI

de Promotion des Œuvres Sociales de l'Éducation-Formation

Guide de l'Assurance
Maladie Complémentaire

AMC+



Fondation Mohammed VI

de Promotion des Œuvres Sociales de l'Éducation-Formation

La Fondation Mohammed VI de Promotion des Œuvres Sociales de l'Éducation-Formation place votre santé et celle de votre famille au cœur de ses priorités.

Depuis 2004, la Fondation met à votre disposition une assurance maladie complémentaire au régime de base, dans l'objectif d'alléger le coût des soins à votre charge.

Sommaire

L'Assurance maladie complémentaire (AMC+)	6
- Présentation	6
Bénéficiaires de l'AMC+	6
Cas couverts par l'AMC+	7
- Maladies graves et/ou chroniques	7
- Hospitalisations médicales et/ou chirurgicales	8
- Cas particuliers	8
Remboursement/Prise en charge	9
- Cas des maladies graves et/ou chroniques & Hospitalisations chirurgicales et/ou médicales	9
- Cas particuliers	12
Documents à fournir	15
- Cas de remboursement	15
- Cas de prise en charge	18

Demande de remboursement ou de prise en charge	19
Suivi de votre demande à distance	20
Documents à fournir en cas de changement de situation personnelle ou familiale	20
Structures de soins concernées par le remboursement	21
Cliniques et laboratoires conventionnés	21
Réclamations	21
Cas non couverts par l'AMC+	22
Glossaire	23

L'Assurance maladie complémentaire (AMC+)

Présentation

C'est une assurance maladie complémentaire au régime de base AMO/CNOPS.

Elle couvre les frais de soins restant à la charge des adhérents pour les maladies chroniques et/ou graves ainsi que toutes les hospitalisations médicales et/ou chirurgicales, dans les secteurs publics ou privés, au Maroc ou à l'étranger, quelle que soit la nature de la maladie ou de l'accident.

Important :

Les personnes admises à la retraite doivent obligatoirement réadhérer à la Fondation pour continuer de bénéficier de la complémentaire santé AMC+. Le formulaire d'adhésion est disponible sur le site :

www.fm6education.ma

Bénéficiaires de l'AMC+

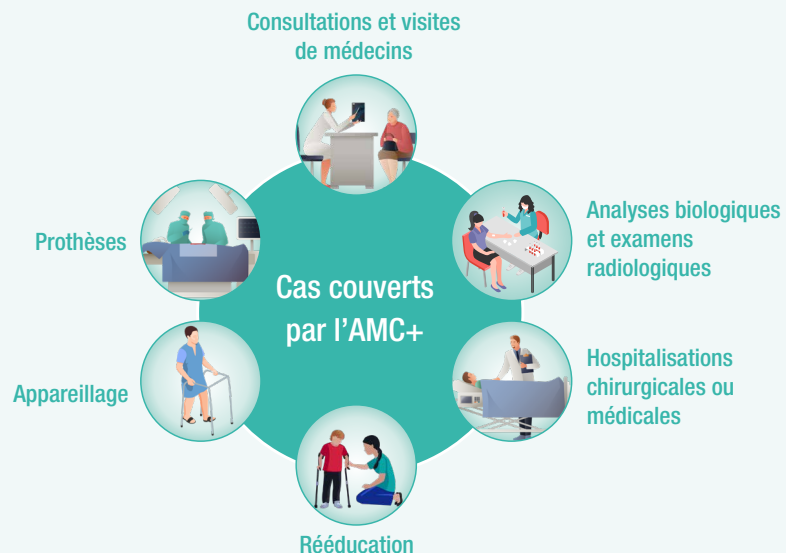
- ▶ **L'adhérent(e) de la Fondation** (actif ou retraité) sans limite d'âge;
- ▶ **Le(s) conjoint(s)** sans limite d'âge;
- ▶ **Les enfants à charge** jusqu'à l'âge de 21 ans, et jusqu'à l'âge de 26 ans s'ils poursuivent leurs études;
- ▶ **Les enfants en situation de handicap**, sans limite d'âge;
- ▶ **Les ayants droit d'un adhérent décédé**, après renouvellement de leur adhésion à la Fondation (veuve ou veuf, enfants).

Cas couverts par l'AMC+

Maladies graves et/ou chroniques :

Il s'agit des affections de longue durée (ALD) ou des affections lourdes et coûteuses (ALC) telles que définies par le régime AMO-CNOPS.

L'assurance complémentaire AMC+ couvre le restant dû à votre charge, après déduction du montant remboursé par le régime de base. Cette couverture concerne également les frais des soins connexes, cités ci-dessous :



Hospitalisations chirurgicales et/ou médicales

Les hospitalisations chirurgicales (et/ou) médicales renvoient à votre admission (ou celle de votre conjoint(e)/enfants) pour une intervention médicale ou chirurgicale, dans un établissement hospitalier public ou une structure privée.

Ces hospitalisations comprennent :

- ▶ Les frais de séjour hospitalier dans un établissement public ou privé (chambre normale, soins intensifs, réanimation);
- ▶ Les honoraires des chirurgiens et/ou médecins traitants;
- ▶ La salle d'opération, les frais d'anesthésie, le matériel et les fournitures correspondants;
- ▶ Les soins post-opératoires y compris les frais de rééducation fonctionnelle;
- ▶ Les soins des auxiliaires médicaux;
- ▶ Les examens biologiques, radiologiques en vue de l'opération et postopératoires.

La durée d'hospitalisation

Il n'y a aucune limite légale à la durée

de votre hospitalisation. Au niveau de la CNOPS, le séjour d'hospitalisation est déterminé par une commission de contrôle médical et varie en fonction de la maladie et de l'état du malade.

La complémentaire santé AMC+ couvre toutes les hospitalisations remboursables ou prises en charge par la CNOPS, y compris celles effectuées à l'étranger.

La Fondation met à votre disposition, des services gratuits d'assistance et de transport sanitaires au Maroc et à l'étranger, via l'assurance «SAHAM Assistance», joignable au numéro :

0802.010.010

Cas particuliers

Les cas particuliers couverts par l'AMC+ sont :

- ▶ La maternité;
- ▶ L'optique;
- ▶ L'orthodontie (ODF);
- ▶ Les prothèses auditives;
- ▶ La rééducation;
- ▶ Le scanner;
- ▶ L'IRM.

Remboursement/Prise en charge

Dans les cas graves et/ou chroniques, ainsi que dans le cas des hospitalisations médicales et/ou chirurgicales, le taux de remboursement et/ou de prise en charge complémentaire est de 100 % après déduction du montant remboursé et/ou pris en charge par les régimes de base (AMO-CNOPS et mutuelle).

Le plafond du remboursement complémentaire s'élève à un million de dirhams (1.000.000 dirhams), par an, par personne.

Les cas particuliers sont remboursés dans la limite du plafond spécifique à chaque cas.

Cas des maladies graves et/ou chroniques & Hospitalisations chirurgicales et/ou médicales

Si vous (ou votre conjoint(e)/enfants) êtes atteint(e) d'une maladie grave (et/ou) chronique, ou si vous êtes admis(e) en hospitalisation médicale ou chirurgicale, votre remboursement (ou prise en charge) sera effectué comme suit :

Remboursement/Prise en charge du régime de base



AMC+



150% x Tarification Nationale de Référence (T.N.R)

Exemples

Exemple : Consultation chez un médecin spécialiste à 200 DH

(TNR : 150 DH)



Remboursement CNOPS (80% du TNR)	+	Remboursement AMC+ (différence entre les frais engagés et le remboursement CNOPS)
120 DH		80 DH

200 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = 0 DH

Exemple : Consultation chez un cardiologue avec réalisation de l'électrocardiogramme (ECG) à 300 DH

(TNR : 250 DH)



Remboursement CNOPS (80% du TNR)	+	Remboursement AMC+ (différence entre les frais engagés et le remboursement CNOPS)
200 DH		100 DH

300 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = 0 DH

Exemple : Chirurgie de la Cataracte à 10500 DH

(TNR : 6500 DH)



Remboursement CNOPS (90% du TNR)	+	Remboursement AMC+ (différence entre 150 % du TNR et le remboursement CNOPS)
5850 DH		3900 DH

9750 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = 750 DH

N.B : Le remboursement ou la prise en charge du restant dû à la charge de l'adhérent atteint **100%** après déduction du remboursement/prise en charge de la CNOPS, lorsque les frais engagés sont inférieurs à 150% du TNR. Dans ce cas, la **base de remboursement AMC+** est égale à la différence entre les frais réellement engagés (ou à engager) et le remboursement ou la prise en charge assurée par le régime de base.

Cas particuliers

Les cas particuliers couverts par l'AMC+ sont :



La maternité



L'optique



L'orthodontie (ODF)



Les prothèses auditives



La rééducation



Le scanner et l'IRM

Dans les cas particuliers, y compris les hospitalisations pour accouchement par voie basse ou par césarienne, votre remboursement complémentaire (ou celui de votre conjoint(e) /enfants) est effectué comme suit :



Cas de maternité (remboursement forfaitaire)

- ▶ **Cas d'accouchement naturel :** 1000 Dhs;
- ▶ **Cas d'accouchement gémellaire:** 1500 Dhs;
- ▶ **Cas d'accouchement par césarienne:** 2000 Dhs.

Le forfait de maternité exclut le remboursement de tous autres frais imputables à l'accouchement (honoraires du médecin accoucheur, frais de séjour, de soins et la pharmacie en clinique...).

▶ Autres cas particuliers

Remboursement AMC+ = [Frais réellement engagés par l'adhérent]-[la part qui sera remboursée par l'AMO-CNOPS] dans la limite des plafonds fixés pour chaque cas.

Ne bénéficiant pas de la prise en charge, les cas particuliers font l'objet d'un remboursement à hauteur du plafond autorisé, comme indiqué ci-dessous :



Cas d'optique

Vous êtes remboursé(e) à hauteur de 100% de la part restante due à votre charge, plafonnée à 400 dirhams par période de 24 mois.

Exemple: Achat d'une paire de lunettes de correction à 1500 DH



Remboursement CNOPS	+	Remboursement AMC+
800 DH		400 DH

1200 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = 300 DH



Cas d'orthodontie (ODF)

Vous êtes remboursé(e) à hauteur de 100% de la part restante due à votre charge, plafonnée à 1200 dirhams par période de 6 mois (semestre), avec un maximum de 6 périodes pour les enfants âgés de moins de 16 ans révolus.

Il est à noter que dans ce cas, l'accord du régime de base n'est pas obligatoire pour bénéficier du remboursement AMC+. Ledit remboursement se base sur la date de survenance, précisée dans la facture.

Exemple: Traitement d'orthodontie pour enfants à 3000 DH/semestre



Le traitement est semestriel (6 mois)

Remboursement CNOPS	+	Remboursement AMC+
1350 DH		1200 DH

2550 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = 450 DH

Prothèses auditives

Vous êtes remboursé(e) à hauteur de 100% de la part restante due à votre charge, plafonnée à 3000 dirhams par unité, par période de 24 mois.

Exemple: Prothèses auditives à 8000 DH (H.T)



Remboursement CNOPS (80% du TNR)	+	Remboursement AMC+
5000 DH		3000 DH

8000 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = **0 DH**

Rééducation

Vous êtes remboursé(e) à hauteur de 100% de la part restante due à votre charge, plafonnée à 2000 dirhams par an et par personne.

Exemple: Rééducation à 150 DH



Remboursement CNOPS (80% du TNR)	+	Remboursement AMC+
40 DH		80 DH

120 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = **30 DH**

Scanner et IRM

Vous êtes remboursé(e) à hauteur de 100% de la part restante due à votre charge, plafonnée à 1000 dirhams pour le scanner et 2000 dirhams pour l'IRM.

Exemple: Exploration Scanner à 2000 DH



Remboursement CNOPS	+	Remboursement AMC+
800 DH		1000 DH

1800 DH

Le restant dû à la charge de l'adhérent = **200 DH**

Documents à fournir

Cas de remboursement

Pour vous faire rembourser, vous devez constituer votre dossier maladie complet (voir les pièces à fournir ci-dessous) et le déposer auprès de l'agent général de la compagnie d'Assurance SAHAM de votre choix soit dans un délai de 90 jours, à compter de la date de validation du dossier par votre mutuelle, soit dans un délai de 2 mois, à compter de la date de survenance indiquée sur la feuille de soins, mais à condition qu'elle soit validée par l'agent gestionnaire. Après dépôt de votre dossier, l'agent de SAHAM vous remettra un volet détachable valant récépissé.

Vous avez également la possibilité de soumettre votre dossier de remboursement en ligne, directement sur le site web AMC de SAHAM Assurance, après avoir accédé à votre compte et activé l'option de DM online (voir guide Saham). Un message s'affichera sur votre écran pour vous confirmer la réception de votre demande, accompagné d'une notification par e-mail.

Vous avez ainsi le choix entre le dépôt physique et le dépôt en ligne de vos dossiers maladie.

- Si vous êtes un(e) adhérent(e) mutualiste (CNOPS), vous devrez présenter les pièces suivantes :

► Cas ALD/ALC

Copies de la feuille individuelle de soins et des pièces justificatives correspondantes, validées par le régime mutualiste de base.

N.B : Une fois le premier dossier ALD ou ALC remboursé, vous devez obligatoirement joindre à chaque dossier qui succède, une copie de l'exonération du ticket modérateur, liée à l'ALD ou à l'ALC en question. Ce document est fourni par la CNOPS.

► Accouchement naturel

(naissance simple ou gémellaire)

- Acte de naissance de votre nouveau-né;
- Copie CIN de votre conjoint(e).

► Accouchement par césarienne

(naissance simple ou gémellaire)

En plus des pièces demandées pour l'accouchement normal, vous devrez aussi présenter :

+

- La copie de l'accord du régime mutualiste de base pour l'accouchement par césarienne;
OU
- La facture globale détaillée de l'accouchement par césarienne;
OU
- Le pli confidentiel du médecin traitant précisant qu'il s'agit d'une césarienne;
OU
- Bon de sortie de l'hôpital public mentionnant qu'il s'agit d'une césarienne.

► Optique

- La copie de la feuille individuelle de soins dûment remplie et cachetée par l'ophtalmologue;
- La copie de la facture acquittée de l'opticien.

► Orthodontie (ODF)

Pour le 1^{er} semestre :

- Copie du bilan ODF ou des analyses céphalométriques;
- Copie de la facture d'exécution.

Pour les autres semestres :

- Copie de la feuille de soins;
- Facture d'exécution.

► Prothèses auditives

- Copie de la feuille individuelle de soins dûment complétée par la prescription médicale;
- Copie de la facture acquittée précisant le mode de paiement;
- Copie de l'audiogramme (examen de l'oreille).

► Rééducation

(quelle que soit la nature de la maladie)

- Copie de la feuille individuelle de soins dûment renseignée;
- Prescription médicale;
- Copie de la facture d'exécution.

► Scanner

(quelle que soit la nature de la maladie)

- Copie de la feuille individuelle de soins dûment renseignée;
- Prescription médicale;
- Copie de la facture d'exécution.

► IRM

(quelle que soit la nature de la maladie)

- Copie de la feuille individuelle de soins dûment renseignée;
- Prescription médicale;
- Copie de la facture d'exécution.

► Hospitalisation

- Copie de la facture de la clinique dûment acquittée;
- Copie de la prise en charge de la mutuelle de base si elle existe;
- Copie du compte rendu opératoire et/ ou d'hospitalisation;
- Copie de la situation détaillée pharmacie consommée.

Si vous êtes un (e) bénéficiaire disposant d'une assurance privée, vous devrez présenter les pièces suivantes :

- Une copie du dossier tel que mentionné précédemment;
- L'original du décompte de remboursement remis par votre assurance de base.

Si vous êtes un (e) bénéficiaire ne disposant d'aucun régime de base, vous devrez présenter les pièces suivantes :

- Une déclaration de maladie SAHAM Assurance remplie par le médecin traitant;
- Les pièces constitutives originales (Factures, Prix Public de vente (P.P.V), Vignettes,..).

Cas de prise en charge

Pour bénéficier des accords de prise en charge complémentaires à ceux délivrés par le régime de base, vous (ou toute personne que vous désignez), devez soit :

- ▶ Soumettre votre demande auprès de l'agent général de la compagnie d'Assurance SAHAM, dans un délai de 90 jours, à compter de la date de l'accord définitif de prise en charge délivré par l'AMO-CNOPS.
- ▶ Vérifier si la structure de soins choisie est conventionnée avec la compagnie d'Assurance SAHAM, auquel cas, il revient à cet établissement de santé de prendre directement contact avec SAHAM, pour que vous puissiez bénéficier de la prise en charge complémentaire AMC+.

Si vous êtes un(e) adhérent(e) ou un (e) bénéficiaire mutualiste (CNOPS), vous devez accompagner votre demande des pièces indiquées ci-contre.

- Une copie de l'ordonnance médicale ou du pli confidentiel du médecin traitant, précisant la nature de la

maladie et l'acte envisagé pendant l'hospitalisation;

- Une copie du devis global de l'établissement hospitalier;
- Une copie de la prise en charge délivrée par le régime de base.

Si vous êtes un (e) bénéficiaire disposant d'une assurance maladie privée, vous devez accompagner votre demande des pièces indiquées ci-contre.

- Une copie du dossier médical;
- Un devis global de l'établissement hospitalier;
- Une copie de la prise en charge délivrée par l'assurance privée.

Si vous êtes un (e) bénéficiaire ne disposant d'aucun régime de base, vous devez accompagner votre demande des pièces indiquées ci-contre.

- Une copie du dossier médical ;
- Le devis de l'établissement hospitalier.

Demande de remboursement ou de prise en charge

Modalités de dépôt

Pour remettre votre demande de remboursement ou de prise en charge, vous avez le choix entre :

- Déposer votre dossier auprès de votre mutuelle et remettre une copie validée à l'agent gestionnaire SAHAM assurance.

OU

- Déposer auprès de l'agent de SAHAM l'original et la copie du dossier pour validation sur place.

Délais de dépôt d'une demande de remboursement ou de prise en charge

Vous avez un délai maximal de 90 jours pour déposer votre demande de remboursement ou de prise en charge, qui commence à partir de :

- La date de validation de votre dossier maladie par la mutuelle.
- Ou la date de la consultation médicale lorsque la validation du dossier maladie est effectuée par l'agent gestionnaire.
- Ou la date de l'accord définitif de prise en charge délivré par l'AMO-CNOPS.

Délai de remboursement

Vous serez remboursé(e), par l'assureur SAHAM, dans un délai de 15 jours, qui commence à courir, à partir de la date de réception de votre dossier complet admis au remboursement.

Dossier incomplet

Si votre dossier est incomplet, vous devrez le compléter dans un délai de six (6) mois, à compter de la date de la demande d'informations complémentaires, faute de quoi, il sera rejeté définitivement.

Notification de paiement

Une fois vos frais médicaux remboursés, vous en serez notifié par SMS. Raison pour laquelle, il vous incombe d'actualiser systématiquement vos données, et d'informer Saham Assurance en cas de changement de votre numéro de téléphone.

Suivi de votre demande à distance

Vous pouvez suivre l'état d'avancement de votre remboursement ou de prise en charge en accédant à votre espace assuré sur le site web de Saham Assurance: www.sahamassurance.ma

Vous pouvez vous rendre sur cet espace, via votre téléphone ou votre ordinateur.

Cas de changement du numéro de téléphone :

- Communiquer le nouveau numéro de téléphone, à l'agent gestionnaire de Saham Assurance et actualiser vos données sur l'espace adhérent.

Cas des enfants, poursuivant leurs études, âgés entre 21 et 26 ans :

- Un certificat de scolarité

au début de chaque année scolaire.

Cas des enfants en situation de handicap :

- Si votre enfant n'a pas été déclaré précédemment, vous présentez un certificat médical; récent et détaillé, établi par le médecin traitant.

Documents à fournir en cas de changement de la situation personnelle ou familiale

En cas de changement de votre situation personnelle ou familiale, vous devez informer SAHAM assurance via ses agents gestionnaires, contacter la Fondation via ses cellules régionales, et fournir les pièces justificatives, se rattachant à chacun des cas suivants :

Cas de mariage :

- Une copie de votre acte de mariage;
- Une copie de la CIN du conjoint.

Cas de naissance :

- Un extrait de l'acte de naissance de votre enfant.

Cas de divorce :

- Votre acte de divorce.

Cas de changement du N° du compte bancaire :

- L'original du Spécimen de chèque ou l'attestation de l'identité bancaire (RIB) originale.

Cas de changement d'adresse :

- Communiquer la nouvelle adresse complète. Elle doit être saisie sur la fiche de renseignements, disponible auprès de l'agent gestionnaire de Saham Assurance.

Structures de soins concernées par le remboursement

- Etablissements hospitaliers publics (CHU, hôpitaux militaires, et autres hôpitaux relevant du Ministère de la santé);
- Structures privées (Cliniques, polycliniques ...).

Cliniques et laboratoires conventionnés

La Fondation a conclu, au profit de ses adhérents, plusieurs conventions de partenariat avec des opérateurs privés (cliniques, laboratoires d'analyses,..).

Consultez la liste des établissements de santé conventionnés sur :

www.fm6education.ma

Réclamations

Il est possible de formuler vos réclamations, par appel téléphonique ou par courrier : à l'agent gestionnaire de SAHAM Assurance dans votre région.

OU

au siège de SAHAM Assurance.

OU

sur le site web de SAHAM Assurance.

OU

à la cellule régionale de la
Fondation.

OU

portail de la Fondation.

Vous pouvez également transmettre
une copie de la réclamation
déposée auprès de SAHAM à la
cellule régionale de la Fondation la
plus proche de vous, ou l'envoyer
directement au siège. Le cas
échéant, vous pouvez contacter
directement la Fondation au

080 200 80 90

Cas non couverts par l'AMC+

Vous ne pourrez pas bénéficier du
remboursement ou de la prise en
charge de l'AMC+ dans deux cas de
figure :

N.B : Vous trouverez sur le site de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie
(ANAM), www.anam.ma, la liste des maladies couvertes par la CNOPS.

1. Les maladies courantes

Exemple :

- ▶ Le rhume;
- ▶ Les soins dentaires;
- ▶ Le mal de gorge;
- ▶ Le mal de ventre;
- ▶ La toux grasse;
- ▶ Les maux de tête;
- ▶ Les blessures mineures...

2. Les maladies non prises en charge par la CNOPS

- ▶ Les interventions de chirurgie
esthétique;
- ▶ Les cures thermales;
- ▶ L'acupuncture;
- ▶ La mésothérapie;
- ▶ La thalassothérapie;
- ▶ L'homéopathie;
- ▶ La médecine douce;
- ▶ Maladies professionnelles et
risques liés aux accidents de
travail...

Glossaire

Terme	Définition
Affections de longue durée (ALD)	«Maladies graves et/ou chroniques pour lesquelles l'Assurance Maladie assure une prise en charge allant de 90 % à 100 % de tous les traitements nécessaires. Une quarantaine d'ALD sont répertoriées parmi lesquelles le diabète, l'hypertension artérielle, l'infection à VIH, les cancers.» CNOPS La liste des ALD est disponible sur le site de l'ANAM : www.anam.ma
Affections lourdes et coûteuses (ALC)	Exemples : - La chirurgie cardiaque (valvulopathie rhumatismale, cardiopathie congénitale, maladie coronaire, pose de pace maker, artériopathie chronique). - Transplantation d'organes : Rein, Foie, Cœur, Cornée, Moelle osseuse. ANAM
Soins ambulatoires	Il s'agit des soins effectués à titre externe, ne nécessitant pas d'hospitalisation.
Exonération du ticket modérateur	Dans certaines situations, telles que les affections graves et/ou chroniques et les interventions chirurgicales, la CNOPS couvre la totalité des frais de soins. Donc, par exonération du ticket modérateur, on entend la possibilité donnée à l'assuré de bénéficier d'un remboursement total (100%) sur les frais engagés. CNOPS
Tarification Nationale de Référence (TNR)	Définit le tarif des honoraires et prestations fixés dans le cadre de la convention nationale liant les professionnels de la santé et les organismes-gestionnaires de l'Assurance-maladie. Autrement dit, la TNR réfère à la tarification conventionnelle retenue. Arrêté du ministre de la santé n° 1961-06 du 9 rejob 1427 (4 août 2006)



Fondation Mohammed VI

de Promotion des Œuvres Sociales de l'Éducation-Formation