

INSURANCE
PARTNERS
BE ASSUR

PRESENTATION DU CONTRAT ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE ET DECES

FHII

MAI 2018

S H I F T I N G E X P E C T A T I O N S

L'objectif de cette séance de formation est de vous présenter:

- Les prestations offertes par votre contrat Assurance Maladie Complémentaire: les garanties et plafonds ;
- Les avantages de votre contrat;
- Les prestations du contrat Décès et Invalidité;
- la procédure de dépôt des dossiers maladie/ décès;
- la procédure de gestion des réclamations.





I. Présentation du contrat AMC

A. Bénéficiaires

B. Prestations garanties

1. ALD et ALC

2. Remboursement des hospitalisations au Maroc et à l'étranger

3. Prise en charges des hospitalisations au Maroc et à l'étranger

4. Cas particuliers

a) Dossiers de soins médicaux rejetés par la CNOPS

b) Dossiers des descendants et personnes à charge

c) Remboursement des bilans médicaux

d) Points forts: Plafonds additionnels

II. Présentation du contrat Décès et Invalidité

III. Procédures de gestion

A. Dépôt des dossiers

B. Réclamations

A-Bénéficiaires

Ce contrat est :

- **Complémentaire** au régime de base « AMO » géré par la CNOPS au profit des adhérents de la Fondation Hassan II;
- **Sur complémentaire** aux contrats AMC souscrits par les entités du Ministère de l'Intérieur et au régime de base (AMO) géré par la CNOPS au profit des adhérents actifs desdites entités.

A. Bénéficiaires

Les bénéficiaires du contrat sont:

- Les retraités ; les veufs (ves) ;
- Les actifs bénéficiant ou pas de contrats AMC des entités du Ministère de l'Intérieur;
- Le (s) conjoint (s) de l'Adhérent-Assuré ;
- Les enfants de l'Adhérent-Assuré tant qu'ils n'ont pas atteint l'âge de 21 ans ou de 25 ans révolus s'ils poursuivent leurs études ;
- Les enfants handicapés de l'Adhérent-Assuré sans limite d'âge tant qu'ils sont à la charge de l'Adhérent-Assuré.

B- Prestations garanties

Le contrat d'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) au profit des adhérents de la Fondation Hassan II a pour but de rembourser ou prendre en charge **la différence** entre les frais réellement **engagés** et la somme du **remboursement de la CNOPS** et éventuellement du contrat AMC souscrit par le **Ministère de l'Intérieur**.

Les prestations garanties :

- Affections de Longue Durée (ALD) et Affections Longues et Coûteuses (ALC) et les soins ambulatoires y afférents ;
- Hospitalisations médicales ou chirurgicales au Maroc ;
- Hospitalisations médicales ou chirurgicales à l'étranger ;
- Cas particuliers définis dans votre contrat.



Plafond général de remboursement:

Le plafond annuel de remboursement par maladie pour chaque personne assurée est fixé à **1 000 000 dirhams** (Un million de dirhams).

La Prime annuelle (TTC) est fixée à : 1 210,42 dirhams par Adhérent-Assuré, quelle que soit sa situation familiale et quel que soit la catégorie

B-1 ALD et ALC :

Les prestations ALD et ALC incluent:

- **Consultations et visites de médecins :** l'Adhérent-Assuré a droit au remboursement des frais réels de consultations et de visites de médecins effectuées le jour et la nuit y compris les jours fériés.
- **Actes médicaux et actes fournis par les auxiliaires médicaux :** les actes médicaux courants et ceux fournis par les auxiliaires médicaux donnent droit à remboursement.
- **Analyses et imagerie médicale :** les analyses prescrites par ordonnance médicale et les examens d'imagerie donnent droit au remboursement complémentaire.
- **Frais pharmaceutiques :** le droit au remboursement complémentaire est acquis pour les médicaments prescrits par ordonnance médicale et/ou pris en charge par le régime de base, sachant que la CNOPS rembourse le médicament sur la base du prix du médicament générique le plus proche quand il existe.



Hospitalisation médicale ou chirurgicale au Maroc et à l'étranger:

L'Assureur rembourse sur la base de la différence entre les frais réellement engagés et le règlement effectué ou à effectuer par le régime de base de l'AMO géré par la CNOPS et le régime complémentaire AMC.

Sont également couverts à l'étranger:

- Les frais d'hébergement du malade à hauteur de **750 dirhams par jour** avec un maximum de **6 jours par an**.
- Les frais de transport du malade sur la base des tarifs de billets 2^{ème} classe.
- Les frais de transport et de séjour de l'accompagnant sans dépasser **500 dirhams** par jour avec un plafond de **7500 dirhams par an**.

Et ce, après dépassement des prestations couvertes par votre contrat d'assistance ou leur rejet.

B-3 Prise en charge pour les hospitalisations au Maroc et à l'étranger :

Prise en charge pour les hospitalisations au Maroc et à l'étranger :

Les prises en charge sont délivrées sur présentation de la décision de la CNOPS. Leur montant est déterminé sur la base des 3 éléments suivants:

- le devis de l'établissement hospitalier;
- la somme prise ou à prendre en charge par la CNOPS ;
- le régime complémentaire AMC souscrit par le Ministère de l'Intérieur.

Pour certains établissements de soins au Maroc conventionnés avec SAHAM Assurance, la prise en charge peut-être délivrée avant la délivrance de la prise en charge de la CNOPS.



B-4 Cas particuliers :

Les prestations ne rentrant pas dans les rubriques définies précédemment et qui sont pris en charge dans votre contrat sont regroupés dans les cas particuliers, à savoir:

- Dossiers de soins médicaux rejetés par la CNOPS
- Dossiers des descendants et personnes à charge
- Remboursement des bilans médicaux
- Plafonds additionnels



B-4 Cas particuliers :

a) Dossiers de soins médicaux rejetés par la CNOPS

L'Assureur procède au remboursement total des frais réels engagés des dossiers de soins couverts par le présent contrat et rejetés par la CNOPS avec une franchise de 1000 dirhams une fois par an et par famille pour les cas traités au Maroc et **3000 dirhams une fois par an et par famille** pour les cas traités à l'étranger,

b) Dossiers des descendants et personnes à charge

Les garanties de votre contrat sont étendues aux descendants et personnes à charge ne bénéficiant pas d'une couverture médicale de base.

Le remboursement de l'Assureur s'effectue sur la base des frais engagés couverts par le contrat avec une franchise de 1 000 dirhams une fois par an et par famille pour les cas traités au Maroc et **3 000 dirhams une fois par an et par famille** pour les cas traités à l'étranger.

B-4 Cas particuliers :

c) Les bilans médicaux suivants sont remboursés:



- Bilans pré et post opératoires et bilans de contrôle;
- Bilans de contrôle suite à des hospitalisations médicales ou chirurgicales survenues avant la date d'effet du contrat;
- Bilans de contrôle liés à une maladie ALD ou ALC déjà prise en charge ou rejetée par la CNOPS ou tous autres organismes

B-4 Cas particuliers : POINTS FORTS

- 1** Appareils auditifs: 20 000 DHS par appareillage.
- 2** Fécondation in vitro: 10 000 DHS par personne et par an
- 3** Traitement hormonale lié à la Fécondation in vitro: 20 000 DHS par personne et par an
- 4** Orthodontie pour enfants âgés de moins de 16 ans: 3 000 DHS par an et par enfant, dans la limite de 6 semestres.
- 5** Orthodontie pour enfants entre 16 ans et 21 ans: 6 000 DHS par an et par enfant, dans la limite de 6 semestres
- 6** Orthodontie au delà de 21 ans: 8 000 DHS par an et par personne, dans la limite de 6 semestres
- 7** Prothèses dentaires: 7 500 DHS par personne et par an
- 8** Implants: 10 000 DHS par personne et par an
- 9** Optique « monture et verre »: **2000 dirhams** par personne et par période de **24 mois** pour les adultes et **12 mois** pour les enfants de moins de 16 ans

II- Assurance Décès Invalidité



L'âge limite d'admission à cette assurance est fixé à 60 ans révolus. La garantie décès est acquise jusqu'à l'âge de 70 ans et la garantie Invalidité absolue et définitive jusqu'à l'âge de 65 ans.

Le montant du capital assuré payable en cas de décès ou d'Invalidité totale, Absolue et Définitive est celui fixé par l'Adhérent sur son bulletin individuel d'adhésion et accepté par l'Assureur et ce, dans la limite des tranches suivantes :

- Régime A : Le capital minimum est de 100 000 DH.
- Régime B : Tranche facultative

L'Adhérent peut souscrire à un capital facultatif dont le montant sera au plus égal à 430 000 DH, par tranche de 10 000 DH. Ce qui rendra le capital souscrit obligatoire et facultatif d'un maximum de 530 000 DH.

Taux de prime annuel: 0,432% des capitaux assurés

III- Procédures de gestion et réclamations

A- Dépôt des dossiers:

Les dossiers relatifs aux prestations garanties fournies au Maroc doivent être déposés dans un délai maximum de 120 jours et celles fournies à l'étranger, dans un délai maximum de 240 jours.

En cas de demande de complément d'information, les pièces doivent être remises à l'assureur dans un délai maximum de 90 jours à compter de la demande de complément d'information.

Un guide est mis à votre disposition incluant les démarches à suivre et pièces nécessaires pour chaque prestation garantie en AMC et pour la déclaration d'un décès ou d'une invalidité, ainsi que la liste du réseau habilité à recevoir vos dossiers.



B- Réclamations:

En cas de réclamation, nous avons mis à votre disposition:

- une adresse mail dédiée: fondationh2@beassur.com



- un call center 24H/24 7J/7 est ouvert au numéro: **0522 64 78 40**



- Bientôt une application sera disponible pour suivi et réclamations de vos dossiers.

