

POURQUOI CE GUIDE ?

La convention de couverture médicale OFPPT/ATLANTA vous permet, ainsi qu'à votre famille en charge de bénéficier de remboursements totaux ou partiels des dépenses médicales, dentaires et d'hospitalisation.

Cette convention couvre donc les aspects suivants :

- Maladie-Maternité
- Incapacité-invalidité
- Décès

Ce guide a été conçu pour vous aider à bien connaître vos droits dans le cadre de cette convention et à savoir ce qu'il y a lieu de faire en toute situation. Grâce à cet outil, vous saurez maîtriser les formalités à remplir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Il doit vous simplifier la vie et vous éclairer pour que vos dossiers soient traités dans les meilleures conditions et dans les plus brefs délais.

Il est donc vivement conseillé de lire attentivement ce guide et d'y recourir à chaque fois que vous voudrez bénéficier des prestations garanties par notre partenaire assureur.

I- LES PERSONNES PRISES EN CHARGE :

- Vous-même,
- Votre conjoint,
- Vos enfants.

- **Concernant votre conjoint :**

La couverture le concerne lorsqu'il n'exerce pas d'activité professionnelle ou s'il exerce une activité et qu'il ne peut bénéficier d'aucun régime d'assurance maladie public ou privé,

Il doit fournir, au mois de Janvier de chaque année, une **attestation de non couverture médicale** délivrée par les services de la CNSS ou la CNOPS.

Si votre conjoint est déjà couvert, cette assurance intervient alors **en complément**, à chaque remboursement d'un dossier, vous devez envoyer la copie du dossier remboursé, le décompte original et une déclaration médicale dûment remplie par les renseignements nécessaires.

- **Concernant vos enfants à charge scolarisés :**

Ils sont pris en charge jusqu'à leur 25ème anniversaire :

– Au-delà de **21 ans** un certificat de scolarité est exigé, à fournir au mois d'**Octobre** de chaque année.

– Au-delà de **25 ans** ou s'ils ne sont plus à charge ou scolarisés ils ne peuvent plus bénéficier de cette assurance.

– Les enfants handicapés sont pris en charge sans limite d'âge, une attestation justifiant le handicap à fournir chaque année.

II - LE BULLETIN D'ADHESION

Un bulletin d'adhésion est un questionnaire qui contient des renseignements personnels concernant l'identité de l'assuré ainsi que les membres de sa famille à charge, et sur lequel des réponses exactes, claires et détaillées doivent être apportées, afin d'assurer une meilleure prise en charge des adhérents assurés et par conséquent de leurs dossiers maladies.

1. Information à renseigner sur bulletin d'adhésion :

Le bulletin d'adhésion contient tout d'abord des renseignements indispensables sur l'identité de l'assuré à savoir :

- o le nom et prénom
- o la date de naissance complète (jour/mois/année)
- o La fonction occupée au sein de l'organisme assuré
- o Le salaire annuel ou pension
- o La situation familiale : marié, divorcé, veuf ou célibataire

Dans le cas où la personne concernée est mariée et a des enfants, elle doit compléter la partie réservée à cet effet avec Le nom et prénom du conjoint ceux des enfants, ainsi que les dates de naissance les concernant

2. Bénéficiaires en cas de décès :

Il existe sur le bulletin d'adhésion une partie réservée à l'indication des bénéficiaires en cas de décès de l'assuré, qu'il faut remplir par les noms et les prénoms des bénéficiaires choisis ainsi que leur lien de Parenté, pour les faire bénéficier de son capital en cas de décès.

En cas de non désignation des bénéficiaires par l'adhérent le capital décès sera versé par défaut aux ayants droit.

3. Questionnaire médical :

En sus de la partie contenant des renseignements sur l'identité de l'assuré, le bulletin d'adhésion contient également un questionnaire médical concernant tous les membres déclarés, et sur lequel, il faut répondre avec exactitude à toutes les questions.

4. Signature et cachet :

Enfin, après avoir rempli tous les renseignements demandés, le cachet de l'employeur, la signature personnelle de l'assuré principal ainsi que la date de l'établissement du bulletin doivent obligatoirement être apposés sur le bulletin d'adhésion sur les parties réservées à cet effet.

5. Mise à jour de la situation de l'adhérent :

○ Pour les Enfants de plus de 21 ans en scolarité : Présentation de Certificats de scolarité au début de chaque année scolaire.

○ Mariage/ Divorce : Acte de mariage ou de divorce et bulletin d'adhésion rectificatif avec, si besoin, mise à jour des bénéficiaires en cas de décès

○ Prise en charge du conjoint sans emploi : Présentation au début de chaque année d'une attestation de non couverture médicale du conjoint, délivrée par la CNSS;

○ Prise en charge des enfants par la maman en cas d'un conjoint sans emploi : Présentation au début de chaque année d'une Attestation de chômage ou d'inactivité du conjoint;

○ Prise en charge des enfants par la maman en cas de divorce : Présentation d'une Attestation d'allocation familiale délivrée par la CNSS.

○ Nouveau-né : bulletin rectificatif accompagné de l'extrait d'acte de naissance, avec mise à jour si besoin des bénéficiaires en cas de décès

III – LES DOCUMENTS CLES

Ayez toujours sur vous :

- Votre **certificat d'adhésion récent (délai de validité trois mois)** et une **pièce d'identité** (CNI, Passeport ...) : ces deux documents vous donneront accès aux diverses prestations de santé.
- N'oubliez pas de vous munir des formulaires nécessaires avant de vous rendre à une consultation. Vous éviterez ainsi des allers et retours inutiles...

Attention :

- Après remise du bulletin d'adhésion, un certificat sera mis à la disposition de l'adhérent (téléchargeable sur site Atlanta), précisant la situation des membres de votre famille. Vérifiez-le et écrivez, sous couvert de la voie hiérarchique, s'il ne vous semble pas conforme à la réalité.

- N'oubliez pas de nous signaler tout changement de votre situation (naissance, divorce, décès etc..) survenant dans votre famille. L'imprimé « Bulletin d'Adhésion Rectificatif » joint en annexe est prévu à cet effet, à défaut leurs dossiers maladies ne seront pas traités.

IV - LE DOSSIER MEDICAL

ASPECT GENERAL :

- Une déclaration de maladie de soins par médecin et par malade, à envoyer dès que le dossier est complet. N'attendez pas de « regrouper » plusieurs dossiers. Cela ne peut que compliquer la gestion et engendrer des erreurs et/ou des retards.
- Remplissez soigneusement la partie de la déclaration de maladie concernant l'assuré en n'oubliant pas votre numéro de matricule (N° d'adhésion) et le numéro de Police (2018/11).
- Si votre conjoint est un agent OFPPT, indiquer son N° de matricule séparé par une slache (exemple : 2658/2563 100%).
- Si le malade est une personne à charge, indiquez le lien de parenté.

Très important : n'oubliez pas de garder une copie de la première page de votre dossier qui pourra vous être utile en cas de réclamation.

- Joignez toujours à la déclaration de maladie remplie :
 - La prescription originale du médecin (ordonnance) qui doit indiquer le nom et le prénom de la personne malade ; date des soins
 - Les prospectus et P.P.V. (Prix Public De vente) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ notez que les P.P.V. se présentent sous forme de vignettes autocollantes indiquant le prix public, le nom du médicament et la date de péremption. A défaut, la partie en carton de la boîte comportant ces informations sera découpée et jointe au dossier.

- Les factures doivent toujours être détaillées, signées et **acquittées**. N'envoyez que des originaux.
- Tout ce qui est rempli par les professionnels de santé doit obligatoirement être daté signé et cacheté.
- Les factures ordonnances, déclaration de maladie etc. comportant des ratures ou des surcharges ne sont pas remboursées. Aussi pour éviter tout rejet de dossier, demandez au professionnel de santé (médecin, pharmacien, etc..) de confirmer la rectification avec paraphe et cachet.

- En Cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, heure et lieu de l'accident sur la déclaration de maladie.

A noter que les accidents de circulation et de travail ne sont pas concernés par cette couverture.

- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'originale du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Certaines prestations nécessitent un accord préalable de l'organisme assureur. Cet accord conditionne la prise en charge de tout ou partie des frais engagés. Les cas nécessitant un accord préalable sont indiqués plus loin. L'accord est à demander en remplissant une déclaration maladie qui sert dans ce cas de demande d'entente préalable et cette déclaration doit être accompagnée d'un devis chiffré, d'un pli détaillé ainsi que toute autres pièces de diagnostic déjà effectué (résultats des analyses, compte rendu et résultat des Radios...)
- Il est indispensable d'établir une déclaration par personne par maladie.
- La déclaration maladie doit être entièrement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés
- Les mentions à porter obligatoirement sur la déclaration Maladie sont :
 - Cachet de la société
 - Numéro du contrat d'assurances
 - Nom, prénom et numéro d'adhésion de l'assuré (Matricule)
 - Nom, prénom de la personne malade
 - Lien de parenté entre la personne malade et l'adhérent
 - Signature de l'assuré
 - Nature de la maladie (par le médecin traitant) qui doit correspondre aux ordonnances prescrites
 - Age du patient (par le médecin traitant)
 - Date et nature des actes ou prestations
 - Cause et circonstances s'il s'agit d'un accident ou traumatise
 - Cachet et signature du médecin traitant
 - Honoraires du praticien
 - Prix des médicaments porté par le pharmacien sur l'ordonnance et la Déclaration maladie
 - Date d'achat des médicaments
 - Cachet de la pharmacie.
- **Pièces à fournir en cas d'une Consultation :**
 - Original de l'ordonnance complété par le médecin traitant (nom et prénom du malade, prescription médicale, date de la consultation, signature et Cachet du Médecin)
 - Prospectus, PPV (Prix Public de Vente) ou vignettes avec le numéro du lot, la date de péremption et le nom du Laboratoire.

➤ **Pièces à fournir en cas d'analyses médicales :**

- Ordonnance prescrivant les analyses
- Résultats des analyses
- Facture acquittée correspondant aux analyses.

➤ **Pièces à fournir en cas de radios :**

- Ordonnance prescrivant les radios
- Compte rendu des radios
- Clichés des radios (pour la récupération des clichés il faut porter le Nom, Prénom et Numéro de police sur l'enveloppe)

➤ **Pièces à fournir en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale :**

- Facture détaillée et acquittée des soins
- Certificat médical précisant le motif de l'hospitalisation
- Cotation des actes conformément à la nomenclature (N.G.A.P.)
- Ventilation des frais annexés
- Nombre de jours d'hospitalisation
- Détail des fournitures pharmaceutiques
- Notes d'honoraires.

➤ **Pour les soins Dentaires, le chirurgien-dentiste doit mentionner :**

- Numérotation des dents traitées
- Date effective de chaque soin
- Coefficients correspondant aux interventions réalisées
- Position des dents traitées sur le schéma dentaires
- Montant des frais.

➤ **En cas de présentation d'un dossier optique :**

- Ordonnance prescrivant les verres
- Facture acquittée de l'opticien précisant les références des verres achetés

➤ **Pièces à fournir pour bénéficiaire du forfait de naissance :**

- Feuille de soins accompagnée d'un extrait d'acte de naissance original

➤ **Pièce à fournir en cas de demande de remboursement complémentaire :**

- Photocopies du dossier
- Original du décompte de règlement de l'organisme payeur du dossier de base.

➤ **Le délai de dépôt d'une déclaration maladie :**

- Toute demande de remboursement (déclaration maladie, remboursement complémentaire, forfait de naissance,...) doit être parvenue à la compagnie dans un délai maximum de **3 mois** à compter de la date de la première consultation, de règlement de l'assureur de base ou de naissance...
- Si les soins durent plus que 3 mois l'adhérent est invité à présenter des factures partielles.

➤ **Le délai de traitement d'un complément d'information :**

- Tout complément d'information doit être parvenue à la compagnie dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de notre courrier.

➤ **Le délai de la contre visite :**

L'assuré doit se présenter à la contre visite dans un délai maximum de **40 jours** à compter de la date de la lettre de la contre visite.

➤ **Accord Préalable:**

Les demandes d'accord préalable sont obligatoires pour les soins ci-après :

- Prothèses dentaires
- Extractions dentaires de plus de 8 dents
- Soins Spéciaux (Laser etc.)
- Soins en série au-delà de 15 séances (rééducation, kinésithérapie, désensibilisation, infiltration, etc.)
- Ordonnance prescrivant les soins ou séances ;
- Devis détaillé ;
- Pli confidentiel ou certificat médical précisant la nature exacte et le détail des soins ainsi que le traitement à envisager ;
- Tout examen préliminaire de diagnostic.

➤ **Pièces à fournir en cas d'une demande de prise en charge chez un prestataire conventionné :**

Pour bénéficier d'une prise en charge chez un prestataire conventionné, il faut se présenter muni des documents suivants :

- Pièce d'identité ;
- Certificat d'adhésion (récent) ;
- Pli confidentiel ou certificat médical précisant la nature exacte et le détail des soins ainsi que traitement à envisager ;
- Le prestataire conventionné s'occupe de la transmission du devis détaillé ainsi que les documents précités;

➤ **Pièces à fournir en cas d'une demande de prise en charge pour une hospitalisation :**

- Dans le cas des hospitalisations programmées, la demande de prise en charge doit être remise à la compagnie au moins **deux jours** avant la date prévue pour l'hospitalisation et au plus tard dans les **24 heures en cas d'admission en urgence**.
- A l'exception des cas d'urgence, les soins pour lesquels une prise en charge est demandée ne doivent jamais être entamés avant la délivrance de celle-ci.
- En cas des jours fériés et pendant le week-end et en cas d'hospitalisation urgente l'assureur doit être avisé le premier jour ouvrable.

V - OÙ DEPOSER VOTRE DOSSIER ?

Personnel exerçant dans les établissements de formation

- Votre dossier doit obligatoirement être déposé au niveau du secrétariat de votre établissement. A partir de là, votre dossier sera envoyé à la Direction Régionale qui l'acheminera vers la compagnie d'assurance.

Personnel exerçant dans les sièges des Directions Régionales

- Votre dossier suivra la même procédure que précédemment, sauf qu'il devra être déposé au niveau du responsable régional du dossier médical des ressources humaines (SRH).

Personnel exerçant aux Directions Centrales

- Votre dossier doit obligatoirement être déposé à la DAS par bordereau d'envoi.

Pour ces 3 cas de figure, ATLANTA établit un avis de remboursement individuel (décompte de remboursement) qui est transmis, sous couvert des structures régionales ou centrales

Observation importante :

En aucun cas, vous ne devez adresser vos dossiers directement à la compagnie d'assurance.

VI - SOINS AMBULATOIRES ET HOSPITALISATION

➤ **Honoraires du médecin, ordonnances**

Le médecin que vous consultez doit :

- Inscrire le montant de ses honoraires correspondant à l'acte effectué et remplir la partie qui le concerne sur la déclaration de maladie.
- Indiquer clairement la nature de la maladie.
- Etablir une prescription médicale pour la pharmacie, les injections, les analyses etc...

➤ **Pharmacie**

- Faites remplir sur la déclaration de maladie, la partie qui est réservée au pharmacien.
- Incluez, le cas échéant, la facture du pharmacien, détaillée (prix des produits, nombre de boîtes délivrées) et acquittée, correspondant à la prescription médicale. A défaut, veillez à ce que les renseignements indiqués ci-dessus soient portés sur l'ordonnance elle-même.

• **Pour les maladies chroniques :**

1/ Envoyer le dossier par voie normal en joignant copie de l'attestation de maladie de longue durée, seuls les médicaments concernant la maladie chronique seront remboursés à **100%**. Veuillez préciser la mention « **Maladie de longue durée** » en haut du dossier

2/ Si la pharmacie fait partie des prestataires conventionnés avec ATLANTA:

- Déposer directement chez la pharmacie la demande de prise en charge en joignant une copie du certificat d'adhésion et une copie de la pièce d'identité.
- Revenir **48** heures après chez la pharmacie conventionnée pour bénéficier des prestations demandées

➤ **Soins infirmiers et para médicaux**

- Faites remplir par l'infirmier, la partie qui lui est réservée sur la feuille de soins.
- Joignez les prescriptions médicales correspondantes et les originaux des factures détaillées et acquittés.

➤ **Actes en série : Kinésithérapie, rééducation fonctionnelle etc.**

- Sur l'imprimé déclaration de maladie servant de demande d'accord préalable, le médecin doit indiquer le nombre de séances (si ce nombre est **supérieur à 15 séances**), la nature et la localisation des soins et ce, pour permettre à l'organisme assureur de notifier sa décision.
- Une nouvelle demande d'accord préalable doit être envoyée si le traitement a besoin d'être prolongé.
- Pour les séances ne dépassant pas le nombre de 15, l'accord préalable n'est pas obligatoire

➤ **Soins dentaires**

- Demandez à votre dentiste de remplir le volet soins dentaires en indiquant le maximum de détails.
- S'il y'a ordonnance avec prescription de médicaments, demandez au pharmacien de remplir la partie réservée à cet effet

➤ **Analyses et Radiologies**

Si le laboratoire d'analyses médicales ou autres ne fait pas partie des prestataires conventionnés avec Atlanta, vous devez régler à l'avance vos frais et procéder de la même manière habituelle pour demander le remboursement.

Si le laboratoire d'analyses médicales ou autres fait partie des prestataires médicaux :

- Déposer directement chez le prestataire conventionné la demande de prise en charge en joignant une copie du certificat d'adhésion récent et une copie de la pièce d'identité.
- Revenir après chez le prestataire pour bénéficier des prestations demandées

➤ **Hospitalisations**

Les cas ci-après peuvent se présenter :

1. L'établissement est une polyclinique de la CNSS :

○ **S'il s'agit d'une hospitalisation urgente :**

L'admission de l'assuré est automatique sur présentation d'une copie du certificat récent d'adhésion et une copie de la pièce d'identité du malade.

○ **S'il s'agit d'une hospitalisation programmée :**

La polyclinique de la CNSS remet à l'assuré la demande de prise en charge qui sera :

- 1/ acheminée via le responsable régionale ou centrale du dossier médical, à la compagnie d'assurance
- 2/ déposée directement à la compagnie pour les assurés résidents à Casablanca.

2. L'établissement fait partie des prestataires médicaux :

○ **S'il s'agit d'une hospitalisation urgente :**

L'admission de l'assuré est automatique sur présentation d'une copie du certificat récent d'adhésion et une copie de la pièce d'identité du malade.

○ **S'il s'agit d'une hospitalisation programmée :**

La clinique conventionnée remet à l'assuré la demande de prise en charge qui sera acheminée via la Cellule Médicale de la Direction Régionale à la compagnie d'assurance ou déposée directement à la compagnie pour les assurés résidents à Casablanca.

3. Pour les autres établissements conventionnés à 80%:

La clinique remet à l'assuré le devis d'hospitalisation pour une prise en charge à 80% qui sera acheminé via la Cellule Médicale de la Direction Régionale à la compagnie d'assurance ou déposé directement à la compagnie pour les assurés résidents à Casablanca.

VII- PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE

Soins spéciaux :

Un accord préalable de ATLANTA est nécessaire dans les cas suivants :

- Les extractions multiples supérieures à huit dents (8),
- Les prothèses (couronnes, bridges, dentiers),
- Les traitements d'orthodontie dento-faciale.

Après les contrôles d'usage, la compagnie d'assurance vous notifie sa décision dans les délais contractuels au moyen d'une correspondance adressée à votre entité (EFP, DR, service).

Attention :

- Le plafond fixé pour les traitements d'orthodontie s'entend pour toute la durée du traitement (**2000 DH / Semestre**)
- Les traitements d'orthodontie ne sont pris en charge que s'ils concernent des enfants ayant moins de **14 ans** au début du traitement jusqu'à **17 ans** maximum.

Pour les soins et prothèses dentaires, deux possibilités sont offertes à l'assuré :

- **Organismes conventionnés :**

Polycliniques CNSS et Dentistes conventionnés : Prise en charge à **100 %**
(avec valeur D à 10 dhs)

- **Autres prestataires :** Dentistes non conventionnés :

Remboursement à **80%** avec valeur de **D : 18 DH** avec un plafond de **5000 DH / an.**

VIII- OPTIQUE ET LUNETTERIE

Les remboursements sont effectués tous les 2 ans sans changement de dioptrie :

- **1500** DH pour les verres ;
- et **500** pour la monture.

Les dépassements de tarif correspondants à des dépenses de confort ne sont pas pris en charge (anti-reflet ...)

NB Les taxes demeurent à la charge de l'assuré

IX - L'ACCORD PREALABLE

Vous devez faire une demande de prise en charge préalable pour obtenir le remboursement des actes et traitements suivants :

- Prothèse dentaire,
- Extractions dentaires multiples supérieures à huit,
- ODF
- Frais engagés à l'étranger,
- Kinésithérapie, rééducation fonctionnelle pour un nombre de Séances supérieure à 15,
- Affection de longue durée,
- Hospitalisation dans le cas de la prise en charge,
- Séances de laser pour ophtalmologie.

La demande d'accord préalable peut être valablement faite par vous-même ou envoyée par la Cellule Médicale Régionale ou par votre médecin traitant ou par l'établissement hospitalier.

X POLYCLINIQUES DE LA CNSS : ACCES AUX PRESTATIONS

1 - Périmètre des soins

Les soins concernés par la présente convention sont :

- Les soins externes sans accord préalable ;
- Les soins externes avec accord préalable ;
- Les hospitalisations programmées ;
- Les hospitalisations d'urgence.

2 - Les exclusions au bénéfice du tiers payant sont les suivantes :

- En cas de soins externes, les AMI ne sont pas facturés;
- La circoncision;
- La pose du stérilet;
- Les vaccins des enfants âgés de plus de **15** ans;
- Les urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation hors consultation ;
- Les check-up non justifiés par une pathologie (analyses, radios,...etc)

3 - Les soins externes sans accord préalable ;

Les soins externes prodigués aux agents de l'OFPPT admis sans accord préalable sont les suivants :

- Pour les consultations : toutes les consultations en urgence ou en soins externes ;
- Toutes les analyses médicales prescrites par les médecins traitants des polycliniques de la CNSS
- Les analyses médicales suivantes prescrites par des médecins autres que ceux des polycliniques.
 - Numération formule;
 - Vitesse de sédimentation;
 - Plaquettes ;
 - Glycémie ;
 - Urée;
 - Créatinine ;
 - Acide urique;
 - GOP ;
 - GPT ;
 - TPHA ;
 - TP/TCK.
 - Rubéole;
 - VDRL ;
 - Toxoplasmose ;

NB : Toutes les autres analyses médicales prescrites par ces médecins nécessitent un accord préalable.

- Pour les radiologies; tous les actes d'imagerie conventionnelle prescrits par les médecins traitants des polycliniques de la CNSS :
 - Echographie
 - Mammographie ;
 - Hystérogographie ;
 - Angioscanner ;
 - TDM (Scanner) y compris produits de contraste

Ces mêmes actes quand ils sont prescrits par des médecins autres que ceux des polycliniques doivent faire l'objet d'un accord préalable ;

- Tous les actes de spécialité et d'exploration doivent faire l'objet d'un accord préalable, et notamment :
 - Angiographie ;
 - Fibroscopie œsogastroduodénale (avec ou sans biopsie) y compris anesthésie si nécessaire);
 - Bronchoscopie ;
 - Colonoscopie (avec ou sans biopsie);
 - Angiographie rétinienne ;
 - Photothérapie (chez le nouveau-né) ;
 - Laser.

4 - Les soins externes avec accord préalable ;

Les soins externes prodigués aux agents de l'OFPT admis avec un accord préalable sont tous les soins externes proposés par la Polyclinique concernée et qui ne figurent :

- Ni dans les soins externes sans accord préalable (3);
- Ni dans les exclusions prévues (2).

5 - Les hospitalisations programmées :

On parle d'hospitalisation programmée lorsqu'à l'issue d'une consultation auprès du médecin traitant une hospitalisation non urgente est envisagée.

La Polyclinique C.N.S.S. établi et remet à l'assuré une demande de prise en charge (Formulaire de prise en charge) dûment complétée, préalablement cachetée par l'employeur et destinée à l'assureur. Cette prise en charge doit parvenir chez ATLANTA, dûment complétée, préalablement cachetée par l'employeur, au moins **trois jours** ouvrables avant la date d'hospitalisation programmée.

Cette demande doit être accompagnée d'un pli confidentiel du médecin traitant indiquant :

- La nature précise de la maladie nécessitant l'hospitalisation ;
- Le diagnostic justifiant l'intervention ordonnée avec ses antécédents et circonstances d'apparition ;
- La date programmée et la durée prévue de l'hospitalisation ;
- La nature exacte des actes et examens nécessaires avec leurs cotations.

La compagnie d'assurance se prononce sur la prise en charge dans les **deux jours** ouvrables suivant la réception de la demande, et en tout état de cause, avant l'admission du patient.

Les bénéficiaires doivent, au moment de leur admission dans une des polycliniques de la C.N.S.S., être munis :

- D'une pièce d'identité ;
- Du certificat d'adhésion récent ;
- De la demande de prise en charge dûment acceptée par son assureur.

6 - Les hospitalisations urgentes :

On parle d'hospitalisation en urgence lorsqu'à l'issue d'une consultation ou d'un accident, le médecin traitant estime que l'état de santé de l'assuré ou de la personne à sa charge, nécessite une hospitalisation de toute urgence.

Les bénéficiaires doivent, au moment de leur admission dans une des polycliniques de la C.N.S.S., présenter le certificat d'adhésion récent et une pièce d'identité, aucune autre garantie supplémentaire n'est exigée

La Polyclinique C.N.S.S transmet par quelque moyen que ce soit une demande de prise en charge à ATLANTA dans un délai maximum de 24 heures (jours ouvrables).

ATLANTA doit communiquer directement sa décision à la Polyclinique dans les 24 heures (jours ouvrables) qui suivent la date de demande de prise en charge.

Pour des raisons médicales et en cours d'hospitalisation, la Polyclinique peut être amenée à modifier les termes de la prise en charge initiale telle qu'elle a été accordée par la compagnie d'assurance.

Si la modification apportée concerne la hausse de la cotation de l'acte chirurgicale ou le nombre de jours en réanimation, en médecine ou en soins intensifs, la Polyclinique est tenue d'adresser une nouvelle demande de prise en charge avant la sortie du patient . La prise en charge originale doit être retournée en même temps que la nouvelle demande.

XI - AFFECTION DE LONGUE DUREE

1. Maladies chroniques :

Affection grave ou plusieurs affections entraînant un état pathologique permanent.

Les frais de pharmacie liés à ces pathologies sont pris en charge à **100 %** dans la limite des tarifs pratiqués au Maroc et sous réserve d'obtention de l'accord préalable de la compagnie d'assurance.

Les dossiers médicaux relatifs aux pathologies chroniques sans obtention de l'accord préalable de la Compagnie sont pris en charge au taux contractuel.

2. Maladies de longues durées :

Le plafond annuel pour ces pathologies est de à **200 000,00 DH** par assuré et par maladie.

3. Hémodialyse :

Pour cette pathologie le plafond est illimité par assuré.

4. Cardiologie :

Le plafond annuel pour cette pathologie est de à **200 000,00 DH** par assuré

Important : en cas de plafonnement de la couverture de base, le remboursement est à hauteur de 85% des frais d'hospitalisation avec un maximum de 1 000 000 DH par maladie par personne et par an.

XII - DELAI DE REMISE DES PIECES :

Un délai de quatre-vingt-dix jours est fixé pour la remise de toutes les pièces relatives au sinistre par l'assuré à la Compagnie.

XIII – SOINS ET HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

1- Hospitalisation et/ou soins effectués en urgence à l'étranger :

Présenter le dossier complet des soins effectués et/ou hospitalisation à l'étranger : Facture, feuille de soins bien remplie par le médecin traitant, pharmacie et autres auxiliaires (analyses, radio ...) à la compagnie pour remboursement.

2- Hospitalisation programmée à l'étranger :

- a. Préparer le dossier médical complet pour avoir un accord de principe préalable de la compagnie, notamment :
 - Devis d'hospitalisation
 - Rapport médical précisant la nature de la maladie
- b. Après l'hospitalisation : présenter le dossier complet à la compagnie pour le remboursement

XIV – TABLEAU DE PRESTATIONS ASSUREES

NATURE DES PRESTATIONS	TARIFS DE REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE
CONSULTATION ET VISITE DE MEDECINS : <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste • Spécialiste • Professeur. 	80 % des frais engagés
Actes de pratique médicale courante, de spécialistes et petites chirurgies.	80% des frais engagés
Médicaments	80 % des frais engagés 100% des frais engagés pour les maladies chroniques
Tous les vaccins préventifs obligatoires pour les nouveaux nés (<= 1an jusqu'à 15 ans maximum)	80% des frais engagés
Biologie et Radiologie	Prise en charge à 100% dans les laboratoires et cabinets conventionnés
	80 % des frais engagés, pour les autres prestataires
Les actes de biologie et de radiologie hors nomenclature, consécutifs à une pathologie et prescrits par le médecin traitant.	Prise en charge à 100% dans les laboratoires et cabinets conventionnés
	80 % des frais engagés, pour les autres prestataires
Hospitalisations & Réanimations	Prise en charge à 100% dans les polycliniques CNSS
	Prise en charge à 100% des frais engagés dans les cliniques privées conventionnées.
	80 % des frais engagés dans les autres cliniques.
<ul style="list-style-type: none"> • Matériel interne et externe • Appareillages et prothèses médicaux consécutifs à une maladie de longue durée. 	80% des frais engagés avec un plafond de 7 000 dhs par personne par an et par maladie
Rééducations & kinésithérapies	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % des frais engagés • 100% pour enfants handicapés • Au-delà de 15 séances accord préalable
OPHTALMOLOGIE & OPTIQUE <ul style="list-style-type: none"> • Verres • Monture 	80% des frais engagés avec : <ul style="list-style-type: none"> • Plafond annuel de 1500 DH Remboursement des verres sans changement de dioptrie au bout de 2 ans ;
	Plafond annuel de 500 DH/ 2ans
MALADIES CONGENITALES	<ul style="list-style-type: none"> • 80% des frais engagés

NATURE DES PRESTATIONS	TARIFS DE REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE
MATERNITE <ul style="list-style-type: none"> • Forfait accouchement simple • Forfait accouchement gémellaire 	1 500 DH 2 250 DH Forfait à régler, dans un délai maximum de 15 jours, suite à la date de la déclaration de la naissance par l'assuré.
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en couveuse • Accouchement normal • Césarienne • Frais pré et post natals • Fausses couches accidentelles 	Prise en charge à 100% dans les polycliniques CNSS (accouchement par césarienne ou normal) 80% des frais engagés dans les autres cliniques Prise en charge à 100% des frais engagés dans les cliniques privées conventionnées
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> • Soins • Consultation 	Prise en charge à 100% dans les centres d'odontologie des services sociaux des FAR et polycliniques CNSS avec valeur D fixée à 10 DH <ul style="list-style-type: none"> • 80% des tarifs conventions pour les autres prestataires avec valeur D fixée à 18 DH • 100% chez les médecins dentistes conventionnés avec valeur D fixée à 10 DH
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèse dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge à 100% des frais engagés avec un plafond de 4000 DH/an dans les centres d'odontologie des services sociaux des FAR et polycliniques CNSS avec valeur D fixée à 10 DH • 80% des frais engagés avec un plafond de 5000 DH/an pour les autres prestataires avec Valeur de D fixée à 18 DH • 100% chez les médecins dentistes conventionnés avec valeur D fixée à 10 DH
ODF	Plafond de 2 000 DH / semestre pour enfants dont l'âge est ≤ 14 ans au début du traitement et ≤ 17 ans âge maximum.
Frais de transport du malade au Maroc	<ul style="list-style-type: none"> • 80% des frais engagés
Frais de transport du malade à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % Tarif avion classe économique
Antériorité	Acceptation pour toutes les pathologies et tous les assurés.
Couverture en maladie des invalides	Aux mêmes conditions que les actifs
Enfants handicapés à vie	80% des frais engagés sans limite d'âge
PLAFONDS ANNUELS	<ul style="list-style-type: none"> • 100 000 DH/an/maladie/assuré ; • 200 000 DH /an par assuré pour les maladies de longue durée ; • 200 000 DH /an par assuré pour la cardiologie ; • Déplafonnement pour l'Hémodialyse.
BENEFICIAIRES DE PENSIONS ISSUS DE L'OFPPT Extension de la couverture médicale aux bénéficiaires de pensions, à leurs conjoints (sans limite d'âge) et à leurs enfants jusqu'à l'âge de 25 ans	Même remboursement et prise en charge que les actifs.

NATURE DES PRESTATIONS	TARIFS DE REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE
INVALIDITE TEMPORAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Option (franchise 30 jours) • Garantie du 31ème jour au 365ème jour 	50 % du salaire journalier
INVALIDITE PARTIELLE PERMANENTE Egale ou supérieure à 66% Comprise entre 66% et 33% Inférieure à 33%	<ul style="list-style-type: none"> • Versement d'une rente représentant 40% du salaire annuel • Versement d'une rente représentant N/66ème de la rente d'invalidité totale (40%), N étant le nouveau taux d'invalidité du salaire annuel. • Aucune rente ne sera servie
<u>GARANTIES DE BASES : DECES</u> <u>ACTIFS</u> Célibataire, veuf ou divorcé Marié sans enfants à charge Par enfant Maximum	75% du salaire annuel 125% du salaire annuel 32,50% du salaire annuel 320% du salaire annuel
<u>GARANTIES DE BASES FACULTATIVES : DECES</u> <u>BENEFICIAIRES DE PENSIONS ISSUS DE L'OFPPT:</u> Célibataire, veuf ou divorcé Marié sans enfants à charge Par enfant Maximum	75% de la pension annuelle 125% de la pension annuelle 32,50% de la pension annuelle 320% de la pension annuelle
<u>EXTENSION DE GARANTIE :</u> Décès des membres de la famille, versement d'un capital forfaitaire égal à : <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint • Enfant 	5 000 DH 1 000 DH
Maladie complémentaire pour les actifs ainsi que pour les bénéficiaires de pensions issus de l'OFPPT : Frais consécutifs à une maladie ou à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au Maroc ou à l'Etranger et en cas de plafonnement de la couverture de base.	Remboursement à hauteur de 85% des frais d'hospitalisation avec un maximum de 1 000 000 DH par maladie par personne et par an.
Frais de transport du malade à l'étranger et d'un accompagnateur éventuel et en cas de plafonnement de la couverture de base.	Remboursement des frais de transports à concurrence de 85% des frais engagés avec un maximum de 500 000 DH par maladie par personne et par an.

XV- Assistance « Information & Transport 24h/24 et 7J/7 »

La Compagnie d'Assurance ATLANTA et le Groupe ACECA mettent à la disposition du personnel de l'OFPPT un nouveau service assistance disponible 24h/24 & 7j/7 qui leur permet d'avoir :

I) Un transport Sanitaire conventionné :

1. Conditions d'octroi de la prestation :

- **Prestation** : Transport sanitaire d'une personne malade en état d'urgence médicale.
- **Définition de l'urgence médicale** : état pathologique qui présente une menace immédiate pour la vie d'une personne et requiert une intervention médicale urgente. La personne doit se trouver dans un état d'incapacité (en état de dépendance physique) pour se rendre à une structure de soins par ses propres moyens. L'état d'urgence médicale sera apprécié par le médecin urgentiste lors de la demande de la prestation.
- **Trajet** : lieu de l'urgence médicale vers le prestataire conventionné le plus proche ou la structure hospitalière non conventionnée.

2. Procédure de règlement des factures :

- Atlanta prendra en charge la prestation à hauteur des 80% des frais engagés.
- L'adhérent prendra en charge à l'avance et sur place les 20% de la facture constituant le ticket modérateur, AXA ASSISTANCE lui communique le montant à payer avant l'envoi d'ambulance et enregistre son accord.

3. Cas exclus :

- **Suite aux Accidents du Travail**
- Absence d'urgence vitale
- Soins à la demande.

II) Des informations :

1. Expliquer aux adhérents en temps réel l'étendue des garanties et les procédures à respecter ;
2. Communiquer l'état d'avancement du dossier médical à l'assuré.

Le numéro d'appel est le **0522 46 46 30**

SOMMAIRE

- POURQUOI CE GUIDE
- I** LES PERSONNES PRISES EN CHARGE
- II** LE BULLETIN D'ADHESION
- III** LES DOCUMENTS CLES
- IV** LE DOSSIER MEDICAL
- V** OÙ DEPOSER VOTRE DOSSIER
- VI** SOINS AMBULATOIRES ET HOSPITALISATION
- VII** PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE
- VIII** OPTIQUE & LUNETTERIE
- IX** L'ACCORD PREALABLE

- X** POLYCLINIQUES DE LA CNSS : ACCES AUX PRESTATIONS
- XI** AFFECTION DE LONGUE DUREE
- XII** DELAI DE REMISE DES PIECES
- XIII** SOINS ET HOSPITALISATION A L'ETRANGER
- XIV** TABLEAU DE PRESTATIONS ASSUREES
- XV** ASSISTANCE « INFORMATION & TRANSPORT 24h/24 et 7J/7 »