

PROTOCOLE DE GESTION

1. GESTION DES BULLETINS D'ADHESION ET CERTIFICATS DE GARANTIE

Dès sélection de la compagnie, L'OFPPT communique à la compagnie via le cabinet conseil la base de données de la population assurée en attendant d'envoyer les bulletins d'adhésion.

Le cabinet conseil remet ensuite à l'OFPPT les bulletins d'adhésion vierges.

L'OFPPT se charge de dispatcher les bulletins d'adhésion au dispositif et de les récupérer dument renseignés.

L'OFPPT remet au cabinet conseil les bulletins renseignés et un état global des RIB des assurés.

Le cabinet conseil récupérera ces bulletins accompagnés de l'état des RIB bancaires et après vérification, les transmet à la compagnie.

Le cabinet conseil remet à L'OFPPT (dans un délai ne dépassant pas 15 jours à partir de la date de réception des bulletins d'adhésion par cabinet conseil) les certificats de garantie récupérés auprès de la compagnie.

Dans l'objectif d'éviter les rejets des dossiers maladie pour non production des bulletins d'adhésions, le cabinet conseil envoie mensuellement l'état de rapprochement entre les assurés déclarés dans les bordereaux de déclarations des salaires adressés par L'OFPPT et la base de données des assurés et ce afin d'identifier les assurés dont les bulletins d'adhésion ne sont pas encore transmis par L'OFPPT.

2. BORDEREAUX DE DECLARATIONS DES SALAIRES

L'OFPPT envoie mensuellement à la compagnie les déclarations de salaires ainsi que l'ordre de virement, ainsi que toute modification définitive ou temporaire de l'effectif du personnel assuré (blocage temporaire du salaire, déblocage du salaire, départ, décès, radiations ...)

3. DEPOT ET TRAITEMENT DES DOSSIERS MALADIES

Le cabinet conseil s'engage à mettre à la disposition de L'OFPPT une cellule dédiée à 100% et exclusivement au suivi des dossiers maladies ainsi qu'au traitement des réclamations dans un délai ne dépassant pas 8 jours ouvrables.

La compagnie s'engage à accepter l'installation au sein de ses locaux la cellule cabinet conseil et mettra à sa disposition des bureaux et le matériel nécessaire pour son fonctionnement.

Les collaborateurs du cabinet conseil effectueront un passage comme suit :

Région	Fréquence de passage
Siège	2 fois par semaine
Directions Régionales	1 fois par semaine

Et ce pour :

- Récupérer les bordereaux et courrier après comptage et vérification, (dossier maladie, dossier complété après complément d'information, contre visite passée, bulletins d'adhésion ...),
- Déposer le courrier (décomptes, lettres, certificats de garantie ...),
- Traiter et suivre les réclamations.

Après traitement par la compagnie d'assurance, différentes décisions peuvent être prises, à savoir :

- Remboursement total,
- Remboursement partiel,
- Rejet (administratif ou contractuel),
- Complément d'information,
- Contre visite,
- Accord.

Le remboursement des dossiers maladie se fera par virement bancaire directement au compte des assurés (personnel permanent, contractuel, retraités et veufs).

La compagnie mettra en place dans les régions deux médecins contrôleurs ; un généraliste et un dentiste qui effectueront un passage par semaine pour voir les dossiers et effectuer des contre-visites sur place s'il y a lieu.

COMPLEMENT D'INFORMATION

En cas de complément d'information, le dossier maladie doit être complété et retourné dans les délais du contrat au cabinet conseil pour le remettre à nouveau à la compagnie d'assurance pour traitement.

GESTION DES DOSSIERS DES COUPLES OFPPT

Les dossiers médicaux déposés par les couples OFPPT sont réglés à 100% à l'assuré dépositaire du dossier.

Les prises en charge déposées par les couples de l'OFPPT sont délivrées à 100% à l'assuré dépositaire du dossier.

CONTRE VISITE

En cas de contre-visite, l'assuré reçoit une lettre de convocation sur laquelle sont indiquées les coordonnées du médecin contrôleur **dans la même ville où réside l'adhérent.**

Une fois la contre-visite effectuée, le médecin mettra son cachet et la date à laquelle la contre-visite a été effectuée sur la convocation et la remet à l'assuré. L'OFPPT remettra au cabinet conseil cette lettre pour la remettre à la compagnie d'assurance afin d'activer le traitement définitif du dossier en question. Le cabinet conseil assure le suivi des rapports des contre-visites auprès des médecins pour activer le traitement.

En cas de réception d'un accord, les soins accordés doivent faire l'objet d'une facture définitive après exécution dans un délai ne dépassant pas celui fixé par la compagnie d'assurance à remettre au cabinet conseil afin d'activer le remboursement.

DOSSIERS MALADIES CHRONIQUES

Est considérée comme maladie chronique toute maladie considérée comme telle par le médecin traitant. L'OFPPT transmettra à la souscription et à titre indicatif, la liste des malades chroniques à la compagnie (assurés recensés pour bénéficier de la prise en charge auprès des pharmacies conventionnées).

La compagnie a le droit de demander au maximum une contre-visite par an pour ces malades.

L'assuré joindra au dossier maladie un pli confidentiel établi par le médecin traitant qui précise que la maladie est chronique.

Le remboursement des dossiers maladies chroniques peut se faire par 2 manières :

a. Option prise en charge

L'assuré prépare le dossier médical contenant les pièces suivantes :

- Déclaration de maladie cachetée par le médecin traitant en précisant la nature de la maladie
- Ordonnance des médicaments prescrits
- Certificat de maladie de longue durée sous pli confidentiel (à délivrer une fois par an)

L'assuré dépose le dossier auprès de la pharmacie conventionnée la plus proche du lieu de sa résidence.

La pharmacie envoie le dossier au cabinet conseil

Le cabinet conseil établit un bordereau et remet le dossier complet à la compagnie, envoie les réponses à la pharmacie par fax ou scanne dans un délai de traitement de 48 heures depuis la date de son dépôt à la pharmacie.

b. Option remboursement à 100%

L'assuré prépare le dossier médical contenant les pièces suivantes :

- Déclaration de maladie cachetée par le médecin traitant en précisant la nature de la maladie, ordonnance des médicaments prescrits
- Certificat de maladie de longue durée (à délivrer une fois par an)

L'assuré paye les médicaments et joint au dossier les vignettes et prospectus y afférents puis dépose le dossier complet à l'OFPPT en mentionnant « *Dossier maladie chronique* » en haut du dossier pour un remboursement à 100%.

L'OFPPT établit un bordereau spécial maladie chronique à transmettre au cabinet conseil.

NB :

Le cabinet conseil procédera à la **vérification systématique et l'enregistrement** des réponses de la compagnie «accord, complément d'information, contre visite... ». En cas de non-respect des clauses contractuelles, Le cabinet conseil retournera les réponses en question à la compagnie pour rectification.

TRAITEMENT DES PRISES EN CHARGE

Prise en charge programmée : à remettre au cabinet conseil au moins deux jours avant la date prévue pour l'hospitalisation, et selon le nombre de jours prévus, le délai maximum de traitement est de 48 heures ouvrables.

Prise en charge urgente : Pour permettre au cabinet conseil de traiter la prise en charge en urgence, il est souhaitable déposer la demande de prise en charges le 1^{er} jour de l'hospitalisation, le délai maximum de traitement est de 24 heures ouvrable.

En cas d'une hospitalisation urgente qui coïncide avec un jour férié ou le week-end, le cabinet conseil doit être avisé le 1^{er} jour ouvrable.

Pour les prises en charge à Casablanca, la demande est transmise au cabinet conseil par fax ou mail puis par courrier (demande originale).

Pour les prises en charge hors Casablanca, la compagnie n'exigera pas de demande originale, la copie transmise par fax ou mail fait foi, le prestataire accepte l'accord de la prise en charge par fax en attendant de recevoir l'original.

Le suivi des prises en charge est effectué par le cabinet conseil et ce jusqu'à sa remise à L'OFPPT dans les délais impartis.

Prise en charge chez un prestataire conventionné (laboratoires, radiologies, polycliniques et cliniques, ...) :

La compagnie transmettra à l'OFPPT la liste des prestataires conventionnés mentionnés dans le cahier des charges

L'assuré se présente chez le prestataire conventionné muni d'une pièce d'identité, la copie du certificat de garantie, la feuille de soins et l'ordonnance prescrite par le médecin traitant et bénéficiaire directement des prestations demandées (y compris les actes ambulatoires moins de K20)

L'accès aux urgences des cliniques et polycliniques conventionnées est pris en charge sur simple présentation de la pièce d'identité et de la feuille de soins et la copie du certificat de garantie.

Le prestataire conventionné s'occupe de la transmission de la demande de prise en charge auprès de la Compagnie et accepte l'accord de la prise en charge par fax.

4. MISE EN PLACE D'UN GUIDE DE L'ASSURE

La compagnie sélectionnée élaborera un guide qui reprend en détail les éléments intéressants l'assuré notamment, les prestations et le protocole de gestion et à diffuser à l'ensemble des adhérents de l'OFPPT, via le cabinet conseil, au plus tard le **31 janvier 2018**.

5. PLATEFORME ELECTRONIQUE ET SUIVI DES PRESTATIONS

L'assureur mettra à la disposition de l'OFPPT des accès au système d'information de la compagnie définis ci-dessous afin de suivre l'évolution des dossiers de maladie en temps réel et visualiser les différentes étapes et décisions prises par la Compagnie concernant chaque dossier.

Accès	Traitement	Option
OFPPT	Suivre l'évolution des dossiers maladie : <ul style="list-style-type: none">• Les dossiers médicaux• Les hospitalisations et les prises en charge accordés aux assurés• Les prises en charges accordés aux prestataires conventionnés• Le règlement assuré à tous les actes médicaux (remboursement ou prise en charge)	Obligatoire
ASSURE	Limité par adhérent à ses propres dossiers maladie Edition de son certificat d'adhésion	Obligatoire
PRESTATAIRES	Vérifier la situation de l'assuré	Souhaitable

6. STATISTIQUES

La compagnie s'engage à adresser mensuellement à L'OFPPT les statistiques concernant tous les assurés (actifs et bénéficiaires de pensions) et ce via le cabinet conseil, le 05 de chaque mois :

- Les états de rapprochement (Primes – Remboursements) du mois N-1
- La liste des assurés au mois N-1 pour mise à jour
- Les statistiques des sinistres du mois N-1
- L'état mensuel de virements des règlements des dossiers aux assurés actifs et les décomptes de remboursement afférents ;
- L'état mensuel de virements des règlements des dossiers aux assurés bénéficiaires de pensions et les décomptes de remboursement afférents ;
- L'état mensuel de virements des règlements aux divers prestataires conventionnés relatif aux actes médicaux au profit des assurés de l'OFPPT.

7. TENUE DES REUNIONS

L'OFPPT, le cabinet conseil et la compagnie d'assurance tiendront des réunions régulières pour faire le point sur les règles, la procédure de gestion et les dossiers en instance. Ces réunions se tiendront dans le cadre des comités suivants :

- **Comité de pilotage** : 1^{er} jeudi de chaque trimestre à 14h00 au siège de l'OFPPT
- **Comité central de suivi** : 1^{er} Mercredi de chaque mois à 9h00 au siège de la Compagnie d'assurance
- **Comité régional de suivi** : Trimestriellement, réunion au siège de l'OFPPT à Casablanca, en présence de la DRH, et des responsables régionaux des ressources humaines des 10 directions régionales.
- **Comité régional de suivi** : Annuellement à la Direction Régionale en présence du représentant de la DRH, du Directeur Régional, du Chef du SRH, des représentants et assistants médicaux.

Ces Comités peuvent se réunir, à la demande de l'OFPPT, chaque fois qu'il est nécessaire.