

2. Hospitalisation médicale ou chirurgicale à l'étranger

remboursement au taux contractuel de la différence entre les frais engagés et le règlement effectué ou à effectuer par le régime de base de l'AMO géré par la CNOPS.

3. Cas particuliers

le remboursement correspond à la différence entre les frais engagés ou à engager par l'adhérent et la part qui sera remboursée ou prise en charge par l'AMO-CNOPS, et ce, dans limite des plafonds fixés pour chaque cas.

8. Comment en bénéficier ?

Pour se faire rembourser, l'adhérent a le choix entre les circuits suivants :

- Au moment du dépôt du dossier original auprès de la CNOPS ou de la mutuelle, l'adhérent remet aussi une copie intégrale à l'agent réceptionneur qui met le cachet CNOPS ou celui de la mutuelle sur la copie.

L'adhérent remet cette copie validée à l'agent gestionnaire SAHAM ASSURANCE ;

- Se présenter auprès de l'agent gestionnaire SAHAM ASSURANCE muni de l'original et une copie du dossier pour validation sur place chez ce dernier.

9. Quel est le délai de dépôt du dossier ?

La demande de remboursement doit être déposée dans un délai de 90 jours à partir de la date de consultation médicale lorsque la validation du dossier maladie est effectuée par l'agent gestionnaire ;

10. Quel est le délai de remboursement ?

Le remboursement est effectué par l'assureur, par virement bancaire ou par mandat, dans un délai de 20 jours, qui commence à courir à partir de la date de réception du dossier complet admis au remboursement.

11. Quel est le délai pour la prise en charge ?

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les prises en charge sont délivrées dans les 48 heures, suivant le moment de la réception de la demande, accompagnée des pièces constitutives du dossier telles que précisées précédemment.

12. Quelle est la procédure de réclamation ?

Pour toute réclamation, l'adhérent peut adresser un courrier à l'agent d'assurance de la région et transmettre une copie à la Fondation ou contacter la Fondation au 05 37 66 55 40

SERVICE CLIENTS
05 22 42 06 06

 SAHAMASSURANCE
www.sahamassurance.ma



FOS-Agri

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

AMC

Des garanties offertes au Maroc et à l'étranger

UNE MEILLEURE ASSURANCE SANTÉ POUR LES ADHÉRENTS DE LA FONDATION POUR LA PROMOTION DES ŒUVRES SOCIALES DU PERSONNEL DU MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE MARITIME

-DÉPARTEMENT DE L'AGRICULTURE-


SNTL
البنية التحتية
ASSURANCES



SAHAM
Assurance
Avancez librement

1. En quoi consiste l'AMC ?

En tant qu'adhérent à la Fondation, vous bénéficiez ainsi que votre famille d'une couverture médicale complémentaire qui vous permet d'obtenir le remboursement et / ou la prise en charge du ticket modérateur, en complément à celui de votre régime de base : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO - CNOPS).

2. Qui bénéficie de cette assurance ?

1. L'Adhérent assuré : En activité jusqu'à l'âge de la retraite
2. Le (s) conjoint(s) de l'adhérent-assuré.
3. Les enfants à charge jusqu'à l'âge de 21 ans ou 26 ans s'ils poursuivent leurs études.
4. Les enfants handicapés sans limite d'âge.

3. Quels sont les cas couverts ?

L'AMC couvre les soins liés à des maladies graves (et /ou) chroniques, les hospitalisations médicales ou chirurgicales et les cas particuliers, dont le détail ci-après.

Les cas graves et/ou chroniques

Sont couverts les frais de santé engagés, suite à une affection de longue durée (ALD) ou une affection lourde et coûteuse (ALC), telles que définies par l'Arrêté du Ministère de la Santé. Celles-ci doivent être couvertes par l'AMO-CNOPS.

Les remboursements concernent les consultations de médecins, les actes médicaux, les médicaments prescrits, les analyses biologiques et examens radiologiques, les hospitalisations

Les hospitalisations

Sont couverts les frais engagés suite à des hospitalisations médicales et/ou chirurgicales quelle que soit la nature de la maladie ou de l'accident, dans le secteur public ou privé, au Maroc ou à l'Étranger.

1. Hospitalisation médicale ou chirurgicale au Maroc

Sur présentation de la facture et pièces justificatives correspondantes, remboursement au taux contractuel de la différence entre les frais engagés à concurrence du barème de la convention organisant les rapports entre la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance et L'Association Nationale des Cliniques Privées, et le règlement effectué ou à effectuer par le régime de base de l'AMO géré par la CNOPS.

2. Hospitalisation médicale ou chirurgicale à l'étranger

Sur présentation de la facture et pièces justificatives correspondantes, remboursement au taux contractuel de la différence entre les frais engagés et le règlement effectué ou à effectuer par le régime de base de l'AMO géré par la CNOPS.

Les cas particuliers

| | |
|---|--|
| Optique | <ul style="list-style-type: none">• Plafond de 600 Dirhams en ce qui concerne les verres progressifs plus monture de lunettes ou lentilles ;• Plafond de 400 Dirhams en ce qui concerne les verres non progressifs plus monture de lunettes ou lentilles. et ce par personne et par période de 24 mois pour les adultes et 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. |
| Orthodontie (ODF) | • ODF pour les enfants âgés de moins de 16 ans est limité à un plafond de 2.000 Dirhams par semestre, par enfant et dans la limite de 6 semestres. |
| SCANNER | • Plafond de 500 Dirhams par personne, par maladie et par an. |
| Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) | • Plafond de 1.000 Dirhams par personne, par maladie et par an. |
| Rééducation | • Plafond de 2 000 Dirhams par personne, par maladie et par an. |
| Implants cochléaires | • Plafond de 70.000 Dirhams par personne et par an. |
| Prothèses auditives | • Plafond de 5.000 Dirhams par personne, par unité et par an. |
| Colonoscopie | • Plafond de 500 Dirhams par personne et par an. |
| Frottis | • Plafond de 400 Dirhams par personne et par an |
| Mammographie | • Plafond de 500 Dirhams par personne et par an |
| Echographie mammaire | • Plafond de 500 Dirhams par personne et par an |
| Frais de mise en couveuse | • La limite par jour et fixée à un plafond de 700 Dirhams |
| Analyses médicales | • Les analyses prescrites par ordonnance médicale donnent droit au remboursement complémentaire sans plafond. |
| Appareils d'orthopédie et de prothèse (à l'exclusion de la prothèse dentaire) | • Plafond de 3000 Dirhams par personne et par ans |

4- Quels sont les cas non couverts ?

L'AMC ne couvre pas les maladies courantes ou soins ambulatoires. Elle ne couvre pas non plus les maladies non prises en charge par (l'AMO - CNOPS).

5. Quel est le Plafond de remboursement ?

Le plafond de remboursement s'élève à un (1) million de dirhams par personne et par an. sauf les cas de greffes d'organes qui demeurent plafonnés à 250.000 Dirhams (Deux Cent Cinquante Mille Dirhams).

6. Quel est le taux de remboursement ?

Le taux de remboursement est de 100% après déduction de la franchise ; c'est-à-dire le montant remboursé (et/ou) pris en charge par (l'AMO - CNOPS).

7. Base de remboursement

1. Hospitalisation médicale ou chirurgicale au Maroc

remboursement au taux contractuel de la différence entre les frais engagés à concurrence du barème de la convention organisant les rapports entre la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance et L'Association Nationale des Cliniques Privées, et le règlement effectué ou à effectuer par le régime de base de l'AMO géré par la CNOPS.