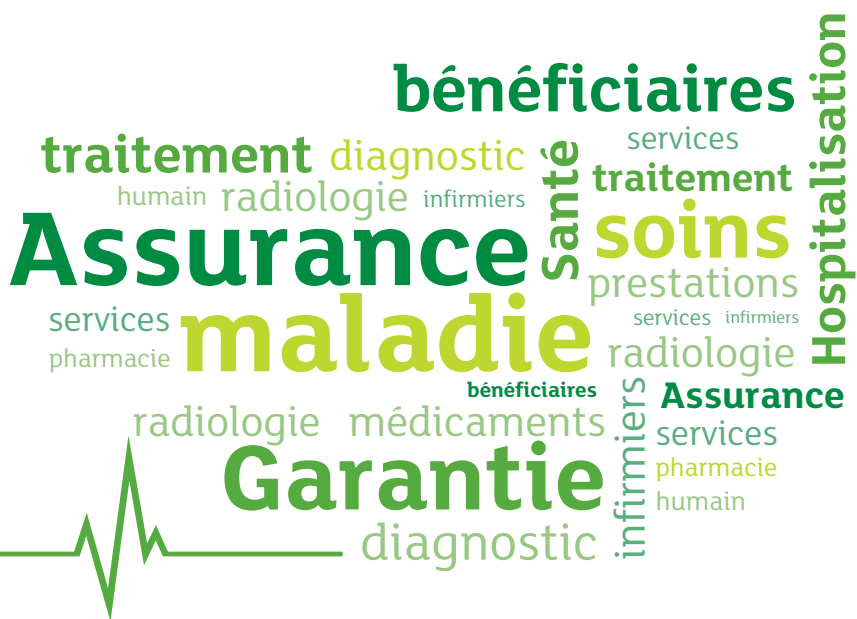


NOTICE D'INFORMATION

Assurance maladie



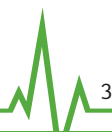
CNIA SAADA
Assurance

عيش حياتك

Sommaire



Lexique	4
Prestations garanties dans le cadre de l'Assurance Maladie	6
PROCEDURE DE GESTION	7
I- Données sur les Bénéficiaires	7
II- Dossiers de maladie et étapes de traitement.....	8
III- Accord préalable	9
IV- Prises en charge directes (ou système de tiers payant	10
V- Information et réclamation.....	13
Annexes	15



LEXIQUE



Adhérent-Assuré : Agent en activité ou pensionné de OCP

ADM : appareillages et dispositifs médicaux (ADM)

ALD : Affection de longue durée.

ALC : Affection lourde et coûteuse..

TNR : Tarification Nationale de Référence, fixée en application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

Assureur : Compagnie d'assurances et de réassurances CNIASAADA.

Contrat : Convention passée entre l'Assureur et OCP pour la gestion de la couverture du risque maladie - maternité.

Effet du contrat : Date à partir de laquelle le contrat entre en vigueur.

Exclusion : Prestation ou évènement ou état d'une personne non couvert(e), étant exclu de la garantie.

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

Notice d'information : Document définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour bénéficier des prestations médicales.

Sinistre : Survenance de l'évènement prévu par le contrat.



PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 1 : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

- L'Adhèrent-Assuré, défini comme étant tout agent en activité ou pensionné de OCP et figurant sur une liste communiquée périodiquement par ce dernier à CNIA SAADA.
- Les ayants-droit à charge de l'Adhèrent-assuré figurant sur une liste communiquée périodiquement par OCP à CNIA SAADA.

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le Contrat garantit le remboursement ou la prise en charge directement des frais de soins de santé à hauteur du montant remboursable garanti aux bénéficiaires par le régime interne d'OCP. Le remboursement ou la prise en charge s'effectue au titre des :

- Soins ambulatoires définis à l'article 3-A
- Hospitalisations médicales ou chirurgicales définies à l'article 3-B

Le bénéficiaire a la faculté de s'adresser aux médecins, chirurgiens, auxiliaires médicaux, ou établissements hospitaliers de son choix.

Toutefois, ne seront remboursés que les honoraires de médecins, chirurgiens ou auxiliaires médicaux admis légalement à exercer. Les produits pharmaceutiques doivent être délivrés par un pharmacien diplômé ou une personne autorisée légalement à faire commerce de pharmacie et doivent être prescrits par un médecin.

ARTICLE 3 : PRESTATIONS GARANTIES

A- Soins Ambulatoires :

- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Produits pharmaceutiques et médicaments prescrits sur ordonnance médicale ;
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Analyses de biologie médicale ;
- Actes d'exploration fonctionnelle ;

- Appareillages et dispositifs médicaux admis au remboursement ;
- Appareils de prothèse et d'orthèse médicales ;
- Soins et prothèses dentaires ;
- Orthodontie pour les enfants ;
- Lunetterie médicale (verres et montures) ;
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Actes paramédicaux ;
- Hémodialyse.

B- Hospitalisations médicales ou chirurgicales

Sur présentation de la facture et des pièces justificatives correspondantes, le remboursement ou la prise en charge directe des frais est effectué selon la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Sauf cas d'urgence, les hospitalisations auprès d'établissements hospitaliers non agréés par OCP sont soumises à un accord préalable (avant la réalisation des soins).

C- Optique

La durée minimale pour le renouvellement des lunettes (monture et verres) pour l'adulte est de 24 mois indépendamment du changement de dioptrie. Pour les enfants inférieurs à 12 ans : tous les 6 mois indépendamment du changement de dioptrie et sur prescription médicale. Pour les enfants entre 12 ans et 18 ans : tous les 12 mois si changement de dioptrie.

D- Dentaire – cas des prothèses

L'accord préalable est obligatoire (avant les soins). Le droit au remboursement est acquis pour 4 couronnes au maximum par bénéficiaire et par année. La durée minimale pour le remboursement d'une prothèse conjointe déjà réalisée est fixée à 5 ans et de 4 ans pour une prothèse adjointe déjà réalisée. Des radios avant et après réalisation des prothèses dentaires et en cas de traitement endodontiques (traitement canalaire) sont obligatoires.

E- Dentaire – Orthodontie (ODF)

Le bilan ODF est exigé lors du dépôt du devis du 1er semestre. La garantie est accordée jusqu'à 18 ans avec un plafond de 6 semestres.

ARTICLE 4 : PRISE EN CHARGE (ou tiers-payant)

En cas d'hospitalisations médicale, chirurgicale ou pour un accouchement, et en cas de médicaments, les prises en charge seront délivrées dans un délai ne dépassant pas les quarante-huit (48) heures (jours ouvrables) qui suivent la réception de la demande par l'Assureur.

ARTICLE 5 : TAUX DE REMBOURSEMENT

Le remboursement est effectué sur la base de 100% de la tarification nationale de référence à l'exception de certains actes ayant des tarifs spécifiques auquel cas le remboursement se fait sur la base de 80% ou 90% desdits tarifs.

Dans le cas d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une affection lourde et coûteuse (ALC), l'assuré est tenu de présenter une demande d'exonération du ticket modérateur qui porte le taux de remboursement à 95% pour le médicament et à 95% du tarif négocié pour les appareillages et dispositifs médicaux (ADM).

Pour les soins spéciaux tels que la néonatalogie ou des actes nécessitant des établissements spécialisés le taux de remboursement est fixé à 75% des frais réellement engagés.

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclues du champ des prestations garanties, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalasso thérapie, l'homéopathie, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ainsi que les produits et objets non remboursables par OCP.

Egalement, ne donnent lieu à aucun remboursement ou prise en charge les frais exposés au titre:

- des médicaments, des actes d'analyses ou d'exploration non prescrits expressément

par un médecin

- de l'achat des objets et produits figurant sur la liste des produits et objets non remboursables, publiée par OCP.

ARTICLE 7 : CONTROLE MEDICAL

Un contrôle médical et administratif est mis en place. Il a pour objet notamment, de vérifier :

- la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicaux requis ;
- la validité des prestations au plan technique et médical ;
- les cas éventuels d'abus et de fraudes.

Dans tous les cas et à tout moment, un médecin conseil désigné par CNIA SAADA ou par OCP, a libre accès auprès de tout Bénéficiaire ayant sollicité des prestations garanties, afin de pouvoir constater son état de santé.

Sauf cas d'impotence, tout Bénéficiaire devra répondre à toute convocation et devra communiquer toutes les pièces justificatives administratives et médicales et se prêter à toute expertise ou examen jugés nécessaires.

ARTICLE 8 : CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse pour tout Bénéficiaire, au moment où il ne figure plus sur la liste déclarée par OCP à CNIA SAADA.

PROCEDURE DE GESTION

I- Données sur les Bénéficiaires

La liste des Bénéficiaires des prestations est transmise périodiquement par OCP à l'Assureur.

L'Adhérent-Assuré a la faculté d'informer directement l'Assureur ou l'un de ses agents gestionnaires des changements notamment de :

- Son compte bancaire ou postal (joindre un relevé d'identité bancaire)
- Son adresse de correspondance.

Les Bénéficiaires atteints d'une ALD-ALC et qui n'ont pas déjà été déclarés aux services



médicaux d'OCP doivent remettre à l'Assureur ou à l'un de ses agents gestionnaires :

- Le formulaire de la demande ALD-ALC dûment rempli (ce formulaire peut être récupéré auprès de l'un des agents gestionnaires ou téléchargé à partir du site web CNIAASAADA) ;
- Un pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie ;
- Les résultats des explorations médicales ayant confirmé le diagnostic.

II- Dossiers de maladie et étapes de traitement

Des feuilles de soins peuvent être obtenues auprès des agents gestionnaires de CNIA SAADA et au niveau des services de OCP.

Les déclarations de maladie ou d'accident doivent parvenir chez l'assureur dans un délai maximal de quatre vingt dix (90) jours à partir de la date du premier acte médical. Si les soins durent plus que trois mois, l'Adhérent-Assuré est tenu de transmettre à l'Assureur une facture partielle au plus tard dans les soixante (60) jours qui suivent chaque période de trois mois.

Etape 1 :

L'agent gestionnaire vérifie les dossiers et retourne ceux ne contenant pas les pièces exigées.

Outre la prescription médicale dûment établie sur la feuille de soins (date et cachet) le dossier doit comporter :

Nature des soins	Pièces à fournir
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord préalable sur devis ; • La facture acquittée de l'opticien. <p>Il est possible, pour un assuré de solliciter un avis sur le devis auprès du prestataire ou l'un de ses agents gestionnaires.</p>
IRM	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord préalable ; • La facture du centre de radiologie ; • Compte rendu sous pli confidentiel.
Rééducation	<ul style="list-style-type: none"> • La feuille individuelle de soins dûment remplie par le médecin spécialiste traitant (précisant la nature des actes et le nombre de séances); • La facture du kinésithérapeute acquittée; • L'accord sur devis de l'Assureur au delà de 15 séances.
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les radios avant et après traitement canalair.
Prothèses dentaires et ODF	<ul style="list-style-type: none"> • Les radios avant et après ; • La radio panoramique si nécessaire ; • Bilan d'orthodontie pour l'ODF ; • L'accord préalable sur devis; • La facture acquittée.
Accouchement normal	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord sur devis ; • La facture globale de la clinique détaillée ou en forfait dûment acquittée ; • le certificat de naissance délivré par le médecin accoucheur.
Césarienne	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord sur devis ; • La facture globale de la clinique détaillée ou en forfait dûment acquittée ; • Le certificat de naissance délivré par le médecin accoucheur.
Prothèses et dispositifs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord préalable de l'Assureur (si montant supérieur à 3000DH) ; • La facture dûment acquittée.
Soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • La feuille individuelle de soins dûment remplie par le médecin traitant, le pharmacien, le radiologue ou le laboratoire d'analyse s'il y a lieu ; • Factures des analyses, radios et actes pratiqués. Les résultats de ces analyses, radios ou actes pratiqués peuvent être demandés en cas de contre-visite ; il faut y joindre une copie des résultats et /ou compte rendu des actes ou examens effectués ; • En cas d'examen de fond de l'œil joindre le compte rendu correspondant ; • Vignette (carton) et/ou prospectus pour les médicaments.
Hospitalisation (hors demande de prise en charge)	<ul style="list-style-type: none"> • L'accord préalable sur devis ; • La facture de la clinique dûment acquittée; • Le compte rendu opératoire et toute autre pièce justificative de l'hospitalisation.

L'Agent qui effectue la réception des dossiers doit en outre vérifier les cachets de tous les praticiens ayant prescrit ou exécuté des actes médicaux ou paramédicaux. Il délivre un accusé de réception comportant la date et le n° de la feuille de soins.

Etape 2 :

L'agent gestionnaire de CNIA SAADA saisi et transmet à cette dernière par bordereau les dossiers maladie complets dans un délai de 48 heures ouvrables suivant leur réception.

Etape 3 :

CNIA SAADA procède au traitement et à la liquidation des dossiers, saisis et transmis par l'agent. Ces dossiers peuvent donner lieu selon le cas à :

- Un règlement :

Par virement bancaire ou mandat postal directement aux Adhérent-Assurés. Un décompte de remboursement leur est transmis directement.

- Un complément d'information :

L'Assureur peut adresser des demandes de complément d'information aux Adhérents-Assurés dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier.

Les dossiers incomplets doivent être complétés et retournés dans un délai de trois mois à compter de la date de la demande du complément d'information sous peine de rejet.

Une fois le dossier complété, l'Adhérent-Assuré dépose auprès de l'Agent Gestionnaire les pièces demandées (objet du retour) avec copie de la lettre de demande de complément d'information. L'agent Gestionnaire vérifie que les pièces remises correspondent à celles objet du retour.

- Un rejet :

L'Assureur adresse à l'Adhérent-Assuré une lettre de rejet dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier.

- Une contre visite :

Le médecin conseil de l'Assureur peut demander au bénéficiaire, s'il le juge nécessaire, d'effectuer une contre visite dans le but de traiter le dossier concerné. Toute lettre de contre visite sera adressée par l'Assureur dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier de déclaration de maladie.

Au risque de suspendre les prestations pour le Bénéficiaire, la contre-visite doit être effectuée dans un délai n'excédant pas trois mois à compter de la date de la convocation.

D'une manière générale, CNIA SAADA donnera une réponse pour tout dossier déposé dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de sa date de réception et un délai de 10 jours pour les dossiers ALD-ALC.

III- Accord préalable :

Les prestations suivantes sont soumises à un accord préalable d'un médecin conseil de CNIA SAADA (avant la réalisation des soins) :

- Les hospitalisations auprès d'établissements non agréés ;
- Les prothèses auditives ;
- Les prothèses dentaires et ODF ;
- Les examens para-cliniques coûteux supérieurs à 2 000 DH ;
- Les soins dentaires en série ;
- Les dispositifs médicaux supérieurs à 3000 DH ;
- Les séances de rééducation (plus de 15 séances).

La réponse aux demandes d'accord préalable est communiquée directement sur place ou par tout autre moyen, dans un délai ne dépassant pas les délais convenus en fonction des actes à compter de la date de réception de la demande.

Etape 1 :

Les demandes d'accord sont acheminées à l'Assureur selon les mêmes canaux que ceux relatifs aux dossiers de maladie.



Pour les demandes d'accord concernant les prothèses dentaires et ODF, des chirurgiens dentistes, désignés par CNIA SAADA dans certaines villes, sont chargées, selon un calendrier, de :

- Octroyer des accords pour les assurés présentant des devis (les décisions sont communiquées sur place) ;
- Effectuer des contre-visites.

Etape 2 :

L'Agent gestionnaire vérifie les pièces accompagnant la demande d'accord et transmet la demande le même jour à l'Assureur.

Etape 3 :

L'Assureur traite la demande d'accord préalable et transmet la réponse (Accord global ou partiel ou refus) directement au Bénéficiaire.

Cas des hospitalisations (auprès des établissements non agréés) :

Le Bénéficiaire doit présenter dans ce cas, à CNIA SAADA, une demande d'accord préalable qui précise notamment la nature des prestations envisagées et leur cotation.

Les demandes d'accord préalables sont traitées par l'entité « Gestion des prises en charge » de CNIA SAADA basée à Casablanca. Après analyse de la demande, elle envoie une réponse au demandeur (lettre ou tout autre moyen approprié à l'intention du Bénéficiaire, au point de dépôt initial).

Une demande éventuelle de complément d'information se fait par téléphone directement auprès du Bénéficiaire ou de l'Agent gestionnaire ayant réceptionné la demande d'accord.

Pour les patients déjà hospitalisés, un contrôle administratif et médical sur le lieu de l'hospitalisation est effectué.

Pour les hospitalisations programmées, l'Assureur peut désigner un médecin contrôleur pour effectuer une contre-visite et informe le bénéficiaire en lui communiquant les coordonnées du médecin.

L'Accord est matérialisé par une lettre, précisant

la nature des prestations accordées ainsi que le montant accordé, dûment cachetée et signée.

Après la réalisation des soins, le Bénéficiaire utilise le canal de dépôt des dossiers de maladie pour demander le remboursement en joignant à son dossier la lettre d'accord préalable.

En cas de refus de la demande d'accord préalable, la lettre de refus précisant le motif est adressée au Bénéficiaire. Une copie est adressée au Service médical d'OCP.

Autres prestations

Pour les autres prestations, le dépôt des demandes d'accord préalable suivra le même processus que celui retenu pour les feuilles de soins.

En cas de refus de la demande d'accord préalable, la lettre de refus précisant le motif est adressée au Bénéficiaire. Une copie est adressée au Service médical d'OCP.

Contre-visites médicales

En cas de contre-visite, l'Assureur désigne un médecin contrôleur pour effectuer une contre-visite et informe le Bénéficiaire en conséquence :

- Une lettre adressée au médecin ;
- Une lettre informant le bénéficiaire en y joignant le dossier de maladie sous pli fermé. (L'assuré ne doit pas ouvrir le pli).

La contre-visite donne lieu à un rapport transmis, le lendemain à CNIA SAADA, directement par le médecin contrôleur.

IV- Prises en charge directe (ou système de tiers payant)

Le bénéfice des Prestations, et des prises en charge directes se fait auprès du réseau des prestataires de soins figurant sur la liste des établissements agréés par OCP.

La demande de prise en charge peut être formulée par le professionnel de santé par tout moyen : Fax, mail ou accès distant à la base de données. Elle peut également être formulée, par le Bénéficiaire, auprès de l'Agent

gestionnaire ou au niveau de CNIA SAADA. Dans ce cas, elle comprend :

- Le devis du professionnel de santé,
- Le pli confidentiel du médecin traitant indiquant la nature de la maladie, la nature exacte des actes nécessaires,
- La copie de la CIN (bénéficiaire âgé de plus de 18 ans),
- Une copie du badge ou de la carte d'assuré de l'agent OCP en activité,
- Une copie de la carte RCAR ou de la carte d'assuré pour les retraités.

1. CAS D'UNE HOSPITALISATION EN URGENCE:

Lorsque le médecin responsable des urgences atteste que l'état d'un Bénéficiaire, non muni d'une prise en charge, exige des soins immédiats qui ne peuvent être différés sous peine de compromettre son état de santé, ce Bénéficiaire est admis en urgence sur présentation de la carte d'identité nationale et de la carte d'assuré. Cette décision doit être justifiée par les éléments ayant permis d'établir ce diagnostic (analyses, radio, pli confidentiel du médecin etc.).

La demande de prise en charge, accompagnée des pièces justificatives, devra parvenir à l'Assureur au plus tard 48h (jours ouvrables) suivant la date d'admission et à défaut exiger un fax d'accord, en attendant la réception de la prise en charge.

2. AUTRES CAS DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Etape 1 :

L'Adhèrent-Assuré ou toute personne désignée par lui dépose, auprès de l'agent gestionnaire de l'Assureur, sa demande de prise en charge au moins trois jours ouvrables avant la date de réalisation des soins.

Etape 2 :

L'Agent gestionnaire vérifie que la demande de prise en charge est complète (devis, pli confidentiel du médecin traitant indiquant la nature de la maladie, la nature exacte des

actes nécessaires, copie de la CIN, copie du badge ou de la carte du RCAR...).

Dans le cas où la demande est incomplète, l'Agent gestionnaire la retourne à l'Adhèrent-assuré le même jour en lui précisant la nature des pièces manquantes.

Etape 3 :

L'agent gestionnaire transmet à l'Assureur la demande de prise en charge ainsi que les pièces du dossier dans la même journée de sa réception.

Etape 4 :

L'entité responsable au niveau de CNIA SAADA instruit les demandes reçues à son niveau. La demande de prise en charge peut faire l'objet d'une contre visite médicale par un médecin conseil désigné.

Etape 5 :

CNIA SAADA donnera une réponse à la demande de prise en charge dans un délai de 48 heures ouvrables suivant sa date de dépôt chez l'Assureur. Trois cas de figure se présentent : contre visite - accord de prise en charge - rejet.

Ce délai est interrompu lorsque l'Assureur demande au bénéficiaire la réalisation d'une contre visite médicale ou de fournir un complément d'information d'ordre médical ou administratif. Il reprend à partir de la réalisation de la contre-visite médicale ou de la remise du complément d'information demandé.

Contre visite :

Dans le cas où la demande de prise en charge nécessite une contre visite médicale, l'Assureur s'engage à émettre la demande de contre visite dans un délai moyen de 24 heures ouvrables. Cette demande est matérialisée par une lettre adressée au bénéficiaire l'informant du médecin désigné et du lieu de la contre-visite.

Après la contre-visite, l'Assureur et selon les résultats du rapport de la contre-visite procédera soit à l'émission d'un Accord de prise en charge, soit à un Rejet de la prise en charge.

Accord de prise en charge

L'assureur :

- Délivre l'accord de prise en charge qui mentionne l'engagement de l'Assureur et la quote-part éventuelle restant à la charge du Bénéficiaire.
- Transmet directement, dans un délai n'excédant pas 48h, la réponse au Professionnel de Santé Partenaire ou au Bénéficiaire.
- Procède au contrôle administratif et médical sur place (au niveau des cliniques et des hôpitaux) au cours de l'hospitalisation.

Rejet :

L'Assureur émet la lettre de rejet mentionnant le motif dans un délai moyen de 48 heures ouvrables qui sera envoyée au bénéficiaire via l'agent gestionnaire ou l'établissement de soins selon le cas.

Dans le cas où l'état du patient nécessite la réalisation d'actes ou d'exams non prévus dans la demande initiale, une nouvelle demande de prise en charge annulant et remplaçant la première doit être présentée par l'Adhérent-Assuré. L'Assureur s'engage à répondre à cette demande dans un délai de 48 heures ouvrables à compter de son dépôt.

3- TRANSFERT DU MALADE EN COURS D'HOSPITALISATION

Si l'état d'un Bénéficiaire hospitalisé nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'y recevoir des soins appropriés, l'Assureur garantit le transfert et la délivrance des accords de prise en charge requis dans ce cas.

V- Information et réclamation :

CNIA SAADA met à la disposition des Bénéficiaires un accès à son site web pour la consultation d'informations à distance et le suivi de l'état d'avancement du traitement des dossiers.

Les Adhérents-Assurés ou les prestataires de soins peuvent également obtenir des informations ou déposer des réclamations au niveau de l'Agent gestionnaire ou en s'adressant directement au Centre de Relation Client (CRC) de CNIA SAADA.

L'Agent Gestionnaire collecte les demandes reçues, les saisit sur le système d'information de l'Assureur et communique la réponse à l'intéressé. Pour les réclamations qui ne peuvent être traitées par simple consultation, il les transmet à l'Assureur contre accusé de réception. Il s'assure que toutes les informations nécessaires pour le traitement de la réclamation sont renseignées à savoir :

Nom du Bénéficiaire ou du Professionnel de Santé Partenaire ;

- N° de matricule ou n° RCAR de l'Adhérent-assuré ;
- Nom de l'Adhérent-assuré ;
- Numéro de feuille de soins ou de prise en charge ;
- Frais engagés ;
- Motif de la réclamation ;
- Date de la réclamation ;
- Toute information utile au traitement de la réclamation.

L'Assureur répond à la réclamation dans un délai moyen de 5 jours suivant sa date de dépôt.

Centre de Relation Clientèle (CRC) :

L'Assureur met à la disposition des adhérents un numéro de téléphone dédié donnant accès à une équipe de télé-conseillers qui traitent les demandes et réclamations.

Les télé-conseillers saisissent la réclamation sur le système d'information CRC et communiquent à l'adhérent assuré un numéro de ticket de la réclamation. Ils traitent les demandes et réclamations par consultation du système d'information et clôturent le ticket.

Pour les réclamations qui ne peuvent être traitées par simple consultation, le télé conseiller les transmet au back office pour préparer les éléments de réponse.

A la réception de la réponse à la réclamation, le télé-conseiller communique les éléments de réponse à l'intéressé

Liste des agents actifs CNIA SAADA Assurance

Siège social : 216, Boulevard Zerkoutni - 20 000 - Casablanca Maroc - Tél. : 0522 47 40 40 - Fax : 0522 20 60 81 - www.cniasaada.ma

Agent	Adresse	Téléphone	Agadir
Assurances Suprassur	Immeuble 255, Apt. 4, Avenue Hassan II	05 28 84 86 56 / 05 28 84 28 69	Agadir
Assurances Gharib	Immeuble Anakhil Angle Boulevard Mohamed V & Avenue des FAR	05 28 83 44 44	Agadir
Assurances Zouri	46, Avenue Prince Mou Abdallah	05 28 84 15 40	Agadir
Assurances Aniss	84 Boulevard 2 Mars	05 28 21 57 57	Agadir
Assurances et Conseils Ahfir	9, Boulevard Oujda	05 36 62 93 88	Ahfir
Agent Vivier Ain Taoujdate	14, Hay Bassatine Boulevard Mohamed V	05 35 44 13 70	Ain Taoujdate
Agence Aknoul	Avenue Mohamed V à coté Station Afrique	05 35 27 71 33	Aknoul
Assurances Saïdi	4 bis, Boulevard Mohamed V	05 39 84 02 86	Al Hoceïma
Assurances Nadine	Complexe Socio économique Place Mohamed VI Assa Centre	05 28 70 09 47	Assa-Zag
Assurances Mazagan	290 bis, Boulevard Mohamed V apt. 1 - 1er étage	05 23 35 71 16	Azemour
Assurances Azilal	Av Mohamed V - Quartier Al Fath	06 00 30 79 69	Azilal
Assurances Cedre	Avenue Hassan II - Immeuble Yassine Appt.3	05 35 56 17 32	Azrou
Assurances Ejjouti	1, Rue El Hansali Boulevard Administratif	05 23 40 74 74	Ben Hmed
Assurances Ben Guerir	Avenue Mohamed V Immeuble 5 - 1er étage	05 24 31 85 23 / 05 24 31 85 04	Benguerir
Assurances Maouini	46, Boulevard Mohamed V	05 23 42 34 12 / 05 23 42 15 15	Beni Mellal
Assurances La Ville Verte	34, Rue Tarek Ibnou Ziad	05 23 29 18 12	Benslimane
Assurances Kaddar	Rue Moulay Youssef - Hay Hassani	05 36 61 00 60	Berkane
ASSURANCES MAJJA TI SARL	79 angle rue Bir Anzarane et Touria Chaoui Hay Hassani	0536 61 88 78	Berkane
Assurances et Conseils Lachheb	46, Boulevard Mohamed V	05 22 32 83 83	Berrechid
Assurances EL ISSI	Lotissement Mabrouk N°58 - Boulevard Laayoune	05 23 36 09 12	Bir Jdid
Assurances Bouarfa	93 Bis, Boulevard Mohamed VI	05 36 79 88 75	Bouarfa
Assurances Khalis	40, Lot El Amal Boufekrane	05 35 43 66 02	Boufekrane
Assurances Biladi	Lotissement Lafarge - N°2 Bouskoura - Route 109	05 22 32 06 56	Bouskoura
Assurances Al Kariassur	Bd Annakhil 1056 - Hay Ryjad	05 37 74 56 59	Bouznika
Assurances Attiqania	N°5 Hay Othmane Groupe 1 n°5	05 37 74 33 43	Bouznika
Assurances A2S	204 - 206, Avenue Al Joulane - Sidi Othmane	05 22 37 34 61 / 05 22 37 31 16	Casablanca
Assurances Amlal	Rue 50 - n° 160 - Hay Moulay Abdallah	05 22 52 29 08 / 06 61 13 06 19	Casablanca
ASSURANCES EL MA SARL	RES. MOKHTAR SOUSSI N° 8 IMM B - BD IBNOU SINA - HAY HASSANI	05 22 91 19 11	CASABLANCA
Assurances Haddaouia	Angle Avenue 2 Mars & Boulevard Panomarique - Haddaouia 3, Rue 30 N°5 Ain Chock	05 22 21 84 80	Casablanca
Assurances Inssaf	Lot Essaada lot 172 Sidi Bernoussi	05 22 76 75 47 / 05 22 76 75 48	Casablanca
Assurances Oum Assur	583, Boulevard Oum Arrabia - El Oulfa	05 22 89 23 01	Casablanca
Assurances Dinar	Route d'El Jadida N°410 Lissassfa 01	05 22 65 00 65	Casablanca
Assurances Chefchaouen	Place Mohamed V 2ème étage N°5 (près du café CTM)	05 39 98 87 54	Chefchaouen
Assurances Kelassur	Complexe Al Khizrane - Route Agadir	05 24 35 36 65	Chichaoua
Assurances Maoulaïne	4 avenue El Walaë 1er étage apt 1	05 28 89 89 91	Dakhla
Assurances Tassout	Quartier Bouchane - Route du Souk	05 23 50 71 22	Demnate
AV Driouch	158, Bd Hassan II Driouch	05 36 36 73 74 / 06 61 35 43 81	Driouch
Agence El Attaouia	702 Lotissement Al Amal	05 24 23 50 18	El Attaouia
Assurances El Gara	42, Boulevard Hassan II	05 22 32 20 71	El Gara
Assurances El Jadida	5, Rue Lemaigre de Breuil Immeuble El Haraze II	05 23 37 02 02 / 05 23 37 34 96	El Jadida
Assurances Mannouni	16, Avenue Mohamed V, Apt. N°3	05 24 41 13 50 / 05 24 41 48 30	El Kalaa Sraghna
Assurances GRICH	Route Régionale 105 El Kolea Centre	05 28 31 19 72	El Klea
Agence Erfoud	140, Avenue Hassan II	05 35 57 85 86	Erfoud
Assurances Nabil Assur	15 Boulevard Dakla - Hay Al Mohhit	05 35 79 05 30 / 05 35 57 44 77	Errachidia
Assurances Cosassur	4, Boulevard de la Marche Verte Immeuble Belkacem	05 24 47 66 88	Essaouira
Assurances Al Bouchra	3, Avenue des F.A.R - Résidence Oumnia N°3	05 35 65 77 77	Fes
Assurances Benchekroun	Rue Abdelali Benchekroun - Immeuble Belghazi	05 35 94 22 23 / 05 35 94 22 24	Fes
Assurances Adrar	Avenue F.A.R Rue Ibn Al Bachir V.N - Résidence Mohamed Amine Bureau N° 3	05 35 93 14 21	Fes
Assurances Limassur	69, Avenue El Hafjane Cherkaoui, 1er étage, Adarissa, Route Ain Chkef	05 35 74 80 05 / 05 35 74 80 06	Fes
Assurances Karaoutine	Magasin n°83, Résidence Ibtissam Ait Skatou - Route d'Imouzou	05 35 60 77 76	Fes
Assurances Shahed	N°98, Avenue Abou Hourayra, Mont Fleuri 1	05 35 73 48 21	Fes
Les Assurances Saïdia du Nord	117, Boulevard Mohamed V	05 39 67 70 64	Fnideq
Centre Assurance Massira	180, Boulevard Al Massira	05 23 43 44 66	Fqih Ben Salah
Assurances Bakka	100 Avenue Hassan II	05 28 77 07 77	Guelmim
Assurances Baghdadi	Lotissement Errachidia - Avenue Mohamed V - Rue Imouzou N°7	05 35 20 04 43	Guercif
Assurances Bilal et Consorts	Lot Al Amal N°1	05 37 99 07 23	Jorf El Melha Centre
Assurances Dardak	Immeuble 57 Appt. 2 Rue Obbad Mejjati	05 23 41 84 89	Kasba Tadla
Loyal Assurance	427, Avenue Mohamed V - B.P. 244	05 37 37 61 74 / 05 37 37 64 70	Kenitra
Assurances Sebou	72, Avenue Mohamed Diouri	05 37 37 65 72	Kenitra
Assurances Khemisset	183, Avenue Mohamed V	05 37 55 27 62	Khemisset
Assurances El Ghazal	66, bis Hay Falza	05 35 38 52 23	Khenifra
Assurances ALMASSIRA	F5 LOT 2 YASMINA 1	0523 56 10 56	Khouribga

Assurances Rebroub	39, Rue Moulay Abdellah	05 23 49 44 46	Khouribga
Assurances Loukous	109, Route de Rabat	05 39 90 47 12	Ksar El Kebir
Assurances Saadbouh	Rue de la Mecque - B.P. 527	05 28 89 30 80	Laayoune
Assurances El Oukeily	35 bis, Avenue Malik Ibn Morhal	05 39 91 65 73 / 05 39 91 08 38	Larache
Assurances Marrakech	22, Boulevard Mohamed Zerkoutoui	05 24 44 82 05 / 05 24 44 76 20	Marrakech
Assurances Eddnadri	78, Sybba 3 rue Imam Malek	05 24 40 95 63	Marrakech
Assurances Ariha	273 Massira I Marrakech (en face arrondissement de police Massira)	05 24 34 56 67 / 05 24 34 59 60	Marrakech
Assurances Bernichi	25, Avenue My Idriss II, Imm. des anciens combattants Magasin n°1 & 2	0535 40 44 08	Meknes
Assurances Syassi	38A, Rue Ouaqaat Zalaka Ville Nouvelle	05 35 52 03 03	Meknes
Assurances Amahzoune	Boulevard Mohamed VI Local N° 1 Immeuble A5 El Mansour 3	05 35 46 63 60	Meknes
Assurances Bahous	19, Rue Moulay Abdellah	05 35 36 16 73	Midlet
Assurances Ajnada	Avenue Hassan II Kissariat Jaafer	05 35 58 55 78	Missour
Assurances Ilbassur	Angle Boulevard palestine et Al Houria	05 23 31 12 86 / 05 23 31 12 87	Mohammedia
Assurances Goudan	126, Avenue Y. Ben Tachefine B.P. 561	05 36 60 33 56	Nador
Assurances et Conseils El Mourabit	Bd. Hassan 1er N° 23	036 60 36 44	Nador
Assurances Hinti	128, Lotissement du Centre	05 24 88 23 03 / 05 24 88 47 10	Ouarzazate
Assurances Agence Mansar	240 Bis, Mohamed V	05 23 52 06 06	Oued Zem
Assurances Ouezzane	Quartier Haddadine Boulevard Bir Anzarane N° 114	05 37 90 84 85	Ouezzane
Assurances Angad	2, Rue Oum El Banine, 1er étage Apt. 1	05 36 70 80 92	Oujda
Assurances Edaghri	11, Avenue Ibn Rochd	05 36 68 70 24	Oujda
Assurances El Houssine Chtioui	Rue Mohammed Abdou Imm. ES SAADA Bloc C. 2ème étage Appt. 4	0536 70 12 12	Oujda
Agent NAHID	BD. EL FATOUAKI IMM. MOUMEN N°23 1er ETAGE APPT. 2	0536 68 84 04	Oujda
Assurances Ouled Teima	76, Boulevard Mohamed V - Lotissement Mouisset	05 28 52 19 12	Ouled Taima
Assurances Lahrichi	Imm. A-Bureau n°4-Centre commercial Al Manal El Menzeh	0537 79 00 49	Rabat
Assurances Assal	281, Boulevard Mohamed V	05 37 70 99 69 / 05 37 70 71 36	Rabat
Assurances Al Majd	Rue El Ganzra Immeuble B Apt. 1 - Agdal	05 37 68 02 90 / 05 37 68 02 28	Rabat
Assurances Outahar Assur	30, Rue El Qods	05 35 58 90 83	Rich
Assurances Babbouh	22, Avenue de la Liberté	05 24 61 28 53	Safi
AGENCE SALE HAY SALAM	Hay Salam, Secteur 3 N° 851	05 37 81 40 66	Salé
Assurances Mihania	Av. Bouregreg N°1071 Sala Al Jadida	037 53 48 39	Salé
Assurances Abouelfiath	Avenue Hassan II Complexe Bab Sala - Immeuble Chmaou Magasin M2 Bettana	05 37 81 36 81	Salé
Assurances Beni Moussa Maaoui	73, Boulevard Bir Anzarane	05 23 47 39 65	Sebt Oulad Nemma
Assurances Al Kawthar	Hay Lamkassem, N° 24 - Lot. Jnane Elma Ouled Adloun	05 35 96 97 83	Sefrou
Assurances Omar Abdelah	Bd. Hassan II N° 274	05 28 88 73 31	Semara
Assurances de la Place	Rue Paster, Résidence Annakhil - B.P. 654	05 23 40 50 14	Settat
Assurances El Yaacoubi	Place de la Liberté	0523 40 21 09	Settat
Assurances El Korchi	Appt 5, Immeuble Annakhil, Boulevard des FAR	05 23 35 90 37	Sidi Bennour
Assurances Benzeroual	51, Avenue Mohamed V	05 37 59 45 11	Sidi Kacem
Assurances Assurami	N°9 Rue 5 El Hay Al Jadid	0537 59 64 26	Sidi Kacem
Agence Sidi Yahia El Gharb	Hay El Wahda N°1 Groupe 4 Bloc A N°2	05 37 30 03 54	Sidi Yahia El Gharb
Assurances Novassur	3, Avenue Mohamed V	05 37 90 13 13	Souk Larbaa
Assurances Afailal	Boulevard My Ismail Résidence ; Oussama Bloc A N° 1	05 39 95 79 39	Tanger
Assurances du Detroit	8, Place de France - B.P 2089	05 39 93 28 31 / 05 39 93 46 98	Tanger
Assurances El Kasri	Lot. Ennahda 11 AV. El Qods	039 95 98 99	Tanger
Assurances Chaatri	Avenue de la Résistance Imm 67 N° 3	05 39 34 31 90	Tanger
Assurances Benkhanfar	27 Boulevard Ibn Sina - B.P 103	05 28 87 79 38	Tantan
Assurances El Bakkouri	Boulevard Mohamed V	05 35 68 93 51	Taounate
Assurances Fagroud	216, Boulevard Moulay Abdellah 1er étage	05 36 67 99 72	Taurirt
PSP Assurances	n° 1 Route Ouled Aarfa - Quartier Mhaita	0528852526/0661476714	Taroudant
Assurances Rihab	13, Route de Marrakech - Municipalité de Ouled Ben Rhil	05 28 53 15 15	Taroudant
Assurances Tata	6, Avenue Mohamed VI	05 28 80 22 30	Tata
Assurances Touzani	Immeuble Yaakoubia Avenue Mohamed V 1er étage appt.1	05 35 67 39 40	Taza
Assurances TEMASSUR	Avenue Hassan II, Immeuble Regragui II, 2°étage, N°3	05 37 64 18 41	Temara
Agence Tamsamane	Route Principale, 1 N°129 Krouna Centre Tamsamane Driouch	06 61 95 70 14	Temsamane
Assurances Guessous et Benet	8, Rue Achra Mai	05 39 71 02 68 / 05 39 70 28 44	Tetouan
Assurance Lhammani	Avenue du FAR Imm. 223, 1er étage N° 2	0539 99 73 49	Tetouan
Assurances Zemmour Tiflet	296, Avenue Mohamed n	05 37 51 12 82	Tiflet
Assurances TIMKIT ASSUR	n° 55, Av Hassan II, Quartier Tighadouine	05 35 78 60 09	Tinejdad
Assurances Tinghir	412, Avenue Mohamed V	05 24 83 54 46	Tinghir
Assurances Ait Baamrane	21 Lotissement Al Wahda Cité El Yousseoufia	05 28 60 22 55	Tiznit
Assurances Eddaman	Lotissement N° 83 Erac Hay Hassani N°1	05 24 66 03 33	Yousseoufia
Assurances Zagora	65, Hay Moussala 45900	05 24 84 79 41	Zagora

ANNEXES



يضع المؤمن رهن إشارة المنخرطين رقما هاتفيا للاتصال بوحدة الاستشارة التي تقوم بدراسة الطلبات والشكاوي.

يقوم أعضاء وحدة الاستشارة عبر الهاتف، بإدخال الشكاوي في النظام المعلوماتي لمركز العلاقة مع الزبناء، وإرسال رقم تذكرة الشكوى إلى المنخرط المؤمن له، ويعملون على دراسة الطلبات والشكاوي اعتمادا على النظام المعلوماتي ثم يقومون بترتيب الملف.

عندما تتعذر دراسة الشكاوي اعتمادا على استشارة بسيطة، يقوم المستشار عبر الهاتف بتحويل الطلب أو الشكوى إلى المكتب المعني لإعداد عناصر الجواب.

يقوم المستشار عن الهاتف بإرسال عناصر الجواب إلى المعني بالأمر حالما يتوصل بالجواب على الشكوى.

تضع سينيا السعادة رهن إشارة المستفيدين موقعها الإلكتروني للحصول على المعلومات وتتبع عن بعد مجريات دراسة ملفاتهم.

بإمكان المنخرطين المؤمن لهم ومقدمي الخدمة الطبية الحصول على المعلومات ووضع الشكاوي لدى الوكيل المدير أو التوجه مباشرة إلى مركز العلاقات مع زبناء سينيا السعادة.

يقوم الوكيل المدير بتجميع المعطيات المتوصل بها، وإدخالها إلى النظام المعلوماتي للمؤمن وإرسال الجواب إلى المعني بالأمر. بالنسبة للشكاوي التي لا يمكن معالجتها باستشارة عادية، يتعين عليه تحويلها للمؤمن مقابل وصل بالإيداع. كما يجب عليه التأكد أيضا من توفير كل المعلومات والمعطيات الضرورية لمعالجة الشكاوي وهي كالتالي:

- اسم المستفيد أو مهني الصحة الشريك؛
 - رقم تسجيل أو رقم RCAR الخاص بالمنخرط المؤمن له؛
 - اسم المنخرط المؤمن له؛
 - رقم ورقة العلاجات أو التحمل؛
 - المصاريف المتحملة؛
 - موضوع الشكوى؛
 - تاريخ الشكوى؛
 - كل المعطيات والمعلومات الضرورية لمعالجة الشكوى.
- يعمل المؤمن على الرد على الشكوى في حدود 5 أيام من تاريخ إيداعها.

بفحص طبي مضاد أو إضافة معلومات طبية أو إدارية. ويستأنف العمل به بعد القيام بالفحص الطبي المضاد أو الحصول على المعلومات المطلوبة.

الفحص المضاد

في حالة ضرورة القيام بفحص مضاد، يلتزم المؤمن بإرسال الطلب لإجراء خبرة طبية في أجل لا يتعدى 24 ساعة مفتوحة، وذلك عبر رسالة توجه إلى المستشفى تخبره بالطبيب المعين وساعة ومكان إجراء الفحص.

بناء على نتائج التقرير الخاص بالفحص المضاد، يقوم المؤمن بإصدار الموافقة على التحمل أو برفضه وذلك في أجل أقصاه 24 ساعة مفتوحة.

الموافقة على التحمل

المؤمن:

يقوم:

- بإعطاء الموافقة على التحمل القبلي الذي يشير إلى التزام شركة التأمين وكذلك الحصة التي يتحملها المستشفى;
- بإرسال جواب مباشر إلى مهني الصحة الشريك أو إلى المستشفى في أجل لا يتعدى 48 ساعة;
- إجراء مراقبة طبية وإدارية في المصحات والمستشفيات أثناء فترة الاستشفاء.

الرفض

يقوم المؤمن بإبلاغ المستشفى عن طريق الوكيل أو مؤسسة العلاج وذلك برسالة الرفض المعلن في حدود 48 ساعة.

عندما تدعو الحالة الصحية للمريض إلى القيام بتدخلات أو فحوصات إضافية لا يتضمنها الطلب الأولي، يتعين على المنخرط المؤمن له تقديم طلب جديد يلغي الأول ويعوضه. في هذه الحالة، يكون على المؤمن الإجابة عن هذا الطلب في أجل 48 ساعة من تاريخ إيداعه.

3. نقل المريض أثناء الاستشفاء

عندما تحتم الحالة الصحية للمستفيد ضرورة نقله إلى مؤسسة أخرى لتلقي العلاجات الملائمة، يكون المؤمن ملزماً في هذه الحالة بنقل المريض وتسليم الموافقة على التحمل المطلوب.

التأمين كافتان لقبول المستفيد في حالة مستعجلة، ويبقى من الضروري تبرير هذا القرار اعتماداً على العناصر والمعطيات التي سمحت بإجراء التشخيص (التحاليل، الفحص بالأشعة، الظرف السري للطبيب، إلخ...)

يتعين على المؤمن أن يتوصل بطلب للتحميل مرفقاً بوثائق الإثبات اللازمة في أجل أقصاه 48 ساعة (أيام مفتوحة) ابتداء من تاريخ الاستشفاء. ، وقد يمكن اللجوء إلى تأكيد التوصل بالموافقة عبر الفاكس في انتظار التوصل بالتحميل القبلي.

2. حالات أخرى تطلب التحمل

المرحلة 1:

يتعين على المنخرط المؤمن له أو أي شخص ينوب عنه، أن يودع طلب التحمل لدى الوكيل المدبر في أجل لا يقل عن ثلاثة أيام مفتوحة، وذلك قبل تاريخ إنجاز العلاجات.

المرحلة 2

يقوم الوكيل المدبر بالتأكد من اكتمال طلب التحمل (الفاتورة المبدئية، الظرف السري للطبيب المعالج الذي يشير فيه إلى نوعية المرض ويحدد بدقة التدخلات اللازمة، نسخة من بطاقة التعريف الوطنية، نسخة من الشارة، أو بطاقة RCAR...) في حالة ما إذا كان ملف طلب التحمل القبلي غير مكتمل، يتعين على الوكيل المدبر إرجاعه إلى المنخرط المؤمن له في نفس اليوم مع الإشارة إلى نوعية الوثائق الناقصة.

المرحلة 3:

تعين على الوكيل المدبر أن يرسل ملف طلب التحمل كاملاً إلى المؤمن في نفس يوم استلامه.

المرحلة 4:

تقوم الوحدة المسؤولة على مستوى سينيا السعادة، بدراسة الطلب الذي يمكن أن يكون موضوع فحص طبي مضاد بواسطة طبيب معين.

المرحلة 5:

يلتزم المؤمن بإعطاء رد على طلب التحمل في أجل 48 ساعة من توصله به، يمكن للجواب أن يكون ضمن ثلاثة احتمالات: الفحص المضاد و الموافقة على التحمل و الرفض.

يتوقف العمل بهذا الأجل عندما يطلب المؤمن من المستشفى القيام

مرحلة 2

يقوم الوكيل المدير بفحص الوثائق المصاحبة لطلب الموافقة، ويرسل الطلب إلى المؤمن في نفس اليوم.

مرحلة 3

يقوم المؤمن بدراسة طلب الموافقة المسبقة وإرسال الجواب مباشرة إلى المستفيد (الموافقة الشاملة أو الجزئية أو الرفض)

حالة الاستشفاءات في المؤسسات غير المعتمدة :

في حالة الاستشفاء في مؤسسة غير معتمدة، يتعين على المستفيد أن يتقدم بطلب للموافقة المسبقة يحدد نوعية الخدمات المنتظرة وتكلفتها.

تتم دراسة طلبات الموافقة المسبقة من طرف وحدة «تدبير التحملات» التابعة لسينيا السعادة والموجودة في الدار البيضاء. تقوم الوحدة بدراسة الطلب وترسل الرد إلى المعني بالأمر عبر رسالة أو أي وسيلة أخرى ملائمة (توجه إلى المستفيد بمكان الإيداع الأولي)

يمكن أن يتلقى المستفيد أو الوكيل المدير، الذي استلم طلب الموافقة، مكالمة هاتفية مباشرة تتعلق بتتيمم المعلومات.

بالنسبة للمرضى الذين تم استشفائهم قبل الحصول على الموافقة المسبقة، تتم مراقبة إدارية وطبية بالمؤسسات الاستشفائية.

حين يتعلق الأمر بالاستشفاءات المبرمجة، فإنه يمكن للمؤمن تعيين طبيب مراقب لإجراء خبرة طبية، وإخبار المستفيد بعنوان الطبيب المراقب

يتم إخبار المستفيد بالموافقة عبر رسالة مختومة وموقعة تحدد نوعية الخدمات المقدمة والمبلغ الممنوح.

بعد الانتهاء من العلاجات ولللاستفادة من التعويضات، يتعين على المستفيد إيداع ملف المرض مصحوبا برسالة الموافقة المسبقة عند الوكلاء المديرين.

في حالة رفض طلب الموافقة المسبقة، يتم توجيه رسالة تبين سبب الرفض إلى المستفيد، وتوجه نسخة منها إلى مصلحة OCP الطبية. قصد الإخبار.

خدمات أخرى

بالنسبة لباقي الخدمات، يسلك إيداع طلبات الموافقة المسبقة نفس المسار الذي تسلكه ورقة العلاجات،

في حالة رفض طلب الموافقة المسبقة، يتوصل المستفيد برسالة

توضح سبب الرفض، وتوجه نسخة منها إلى مصلحة OCP الطبية. قصد الإخبار.

الفحوصات الطبية المضادة

في حالة الفحص المضاد، يقوم المؤمن بتعيين طبيب مراقب لإجراء خبرة طبية، ويخبر بذلك المستفيد بهذا الإجراء.

• رسالة موجهة إلى الطبيب

• رسالة تخبر المستفيد مرفقة بملف المرض في ظرف مغلق. (لا يجوز للمؤمن له فتح هذا الظرف)

يتعين على الطبيب المراقب أن يقوم بتحرير تقرير حول نتائج الفحص المضاد ويرسله إلى سينيا السعادة في اليوم الموالي.

IV التحملات المباشرة (نظام الثالث المؤدي)

تتم الاستفادة من الخدمات ومن التحملات المباشرة لدى شبكة مقدمي الخدمات الطبية المحددين في لائحة المؤسسات المعتمدة من طرف OCP .

يمكن أن يصاغ طلب التحمل القبلي من طرف مهنيي الصحة بكل الوسائل: الفاكس، البريد الإلكتروني أو الولوج عن بعد إلى قاعدة البيانات. كما يمكن أن يصاغ الطلب أيضا من طرف المستفيد لدى الوكيل المدير أو لدى سينيا السعادة. في هذه الحالة، يتضمن الملف:

• الفاتورة المبدئية لمهنيي الصحة؛

• طي سري موجه من الطبيب المعالج يشير إلى نوعية المرض، ويحدد بشكل دقيق طبيعة التدخلات الطبية اللازمة؛

• نسخة من بطاقة التعريف الوطنية (بالنسبة للمستفيد البالغ أكثر من 18 سنة).

• نسخة من شارة أو من بطاقة التأمين مستخدم OCP المزاويل لتشاطه المهني

• نسخة من بطاقة RCAR أو من بطاقة التأمين بالنسبة للمتقاعد

1 - الاستشفاء في الحالات المستعجلة

عندما يشهد الطبيب المسؤول عن المستعجلات أن حالة المستفيد غير المتوفرة على تحمل قبلي، تستدعي علاجات فورية لا تحتمل التأجيل تجنبيا لكل ما يمكن أن يشكل خطرا على حالته الصحية، في هذه الحالة فإن بطاقة التعريف الوطنية وبطاقة

تجنبنا لتعليق الاستفادة من الخدمات، يتوجب أن يتم الفحص في أجل أقصاه ثلاثة أشهر من تاريخ الاستدعاء بصفة عامة تعمل سينيا السعادة على الرد على كل الملفات المودعة، في أجل 15 يوما مفتوحا ابتداء من تاريخ التوصل بها، وفي أجل لا يتعدى 10 أيام بالنسبة للملفات المتعلقة بالأمراض المزمنة والأمراض طويلة الأمد والمكلفة..

III- الموافقة المسبقة

تستلزم الخدمات الآتية موافقة مسبقة للطبيب المعتمد من طرف سينيا السعادة (قبل إنجاز العلاجات)

- الاستشفاء بالمؤسسات غير المعتمدة؛
- أجهزة تصحيح السمع؛
- أطقم وتقويم الأسنان ODF؛
- الفحوصات شبه السريرية المكلفة التي تتجاوز 2000 درهم؛
- العلاجات المتسلسلة للأسنان؛
- الأجهزة الطبية البديلة التي تتجاوز 3000 درهم؛
- حصص الترويض الطبي (إذا تعلق الأمر بأكثر من 15 حصة)

يتوصل المؤمن له بالرد على طلب الموافقة المسبقة مباشرة بعين المكان أو بوسيلة أخرى، في أجل لا يتجاوز الأجل المتفق عليها تبعا للتدخلات ابتداء من تاريخ استلام الطلب.

مرحلة 1

ترسل طلبات الموافقة إلى المؤمن عبر نفس المسارات التي تمر منها ملفات المرض.

بالنسبة لطلبات الموافقة المتعلقة بأطقم وتقويم الأسنان، عينت سينيا السعادة جراحين وأطباء أسنان في بعض المدن، للتكفل حسب جدول زمني بما يلي:

- منح الموافقة للمؤمن لهم المصحوبين بالفاتورة المبدئية (يتم الإخبار بالقرار في عين المكان)
- القيام بالفحوص المضادة

على العون المكلف باستلام الملفات، أن يتأكد من وجود الختم الخاص بكل من المتدخلين في العلاج الذين وصفوا أو قاموا بتدخلات طبية أو شبه طبية. و يقوم بعد ذلك بتسليم وصل بالإيداع يشمل تاريخ ورقم ورقة العلاجات

المرحلة 2

يرسل الوكيل المدير لسينيا السعادة ملفات المرض الكاملة المرقونة ، مصحوبة بورقة الإرسال، في أجل 48 ساعة مفتوحة بعد تسلمها.

مرحلة 3

تقوم سينيا السعادة بمعالجة وتصنيفية الملفات المرقونة والمرسلة من طرف الوكيل. وحسب الحالة، تكون هذه الملفات موضوع:

• التسوية

تتم تسوية التعويضات بواسطة تحويل بنكي أو حوالة بريدية لفائدة المنخرط المؤمن له، الذي يتوصل مباشرة بتفصيل للتعويض

• طلب إرسال معلومات إضافية (أو إرجاع الملف)

يمكن للمؤمن أن يوجه إلى المنخرط المؤمن له طلبا بتميم المعلومات في أجل خمسة أيام من تاريخ التوصل بالملف.

يجب إتمام الملفات الناقصة وإرجاعها للمؤمن في أجل ثلاثة أشهر ابتداء من تاريخ طلب التتميم تجنباً لرفض الملف.

بعد تتميم الملف، يسلمه المنخرط المؤمن له إلى الوكيل المدير مصحوبا بالوثائق المطلوبة (موضوع الإرجاع) مرفقة بنسخة من طلب تتميم المعطيات. يفحص الوكيل المدير تطابق الوثائق المقدمة مع الوثائق موضوع الإرجاع

• الرفض

يوجه المؤمن إلى المنخرط المؤمن له رسالة الرفض في أجل 15 يوما مفتوحة من تاريخ استلام الملف.

• الخبرة الطبية

• يمكن للطبيب المعتمد المعين من طرف المؤمن أن يطلب من المستفيد عند الضرورة إجراء خبرة طبية بغاية معالجة ملف المعني. توجه رسالة طلب الفحص إلى المؤمن له في أجل 5 أيام مفتوحة ابتداء من تاريخ استلام ملف التصريح بالمرض

يقوم الوكيل المدير بمراقبة الملفات وإرجاع تلك التي لا تتضمن الوثائق المطلوبة.
فضلا عن الوصفة الطبية المنجزة على ورقة العلاجات (التاريخ والطابع) ، يجب أن يشتمل الملف على الوثائق التالية:

يجب أن تودع لدى المؤمن التصريـحات بالمرض أو بحادثة في أجل أقصاه 90 يوما ابتداء من تاريخ أول تدخل طبي. إذا تطلبت العلاجات أكثر من ثلاثة أشهر ، فإنه يتعين على المخـرط المؤمن له أن يبيعث إلى المؤمن بفاـتورة جزئية في أجل أقصاه 60 يوما بعد فترة ثلاثة أشهر.

نوع العلاجات	الوثائق المطلوبة
بصريات	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة المسبقة على الفاتورة المبدئية؛ فاتورة النظاري، ويمكن اللجوء إلى سينيـا السعادة لطلب التوضيـحات أو الإستشارة
التصوير الطبي بالأشعة	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة المسبقة؛ فاتورة مركز الفحص بالأشعة تقرير الفحص بالأشعة في طي سري
الترويض	<ul style="list-style-type: none"> الورقة الشخصية للعلاجات معبأة بعناية من طرف الطبيب المعالج المختص (تحدد طبيعية التدخلات وعدد حصص الترويض الموصى بها). الفاتورة المدفوعة من طرف المختص في الترويض الطبي
علاجات الأسنان	<ul style="list-style-type: none"> صور الفحص بالأشعة قبل وبعد معالجة القنوات الجذرية صور الفحص بالأشعة قبل وبعد العلاج صورة عامة للفم بالأشعة عند الضرورة كشف حصيلة تقويم الأسنان بالنسبة لملاجات التقويم ODF الموافقة المسبقة على الفاتورة المبدئية
أطعم الأسنان ODF	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة على الفاتورة المبدئية الفاتورة الإجمالية للمصحة مفصلة أو مؤداة بكيفية جزافية شهادة الولادة مسلمة من الطبيب المولد
الولادة الطبيعية	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة على الفاتورة المبدئية الفاتورة الإجمالية للمصحة مفصلة أو مؤداة بكيفية جزافية شهادة الولادة مسلمة من الطبيب المولد
الولادة القيصرية	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة على الفاتورة المبدئية الفاتورة الإجمالية للمصحة مفصلة أو مؤداة بكيفية جزافية شهادة الولادة مسلمة من الطبيب المولد
الأجهزة التعويضية والأجهزة الطبية	<ul style="list-style-type: none"> موافقة المؤمن المسبقة (إذا كان المبلغ يتجاوز 3000 درهم) الفاتورة المؤداة
العلاجات العادية	<ul style="list-style-type: none"> الورقة الشخصية للعلاجات معبأة بدقة من طرف الطبيب المعالج ، الصيدلي، المختص في الفحص بالأشعة أو المختبر في حالة إجراء تحاليل طبية؛ في حالة المطالبة بإجراء فحص مضاد، قد يطلب الإداء بفاـتورة التحاليل الطبية والفحوص بالأشعة ومختلف التدخلات الطبية وشبه الطبية المستفاد منها، كما يتعين الإداء بنسخة من النتائج و/أو تقرير عن التدخلات والفحوص المنجزة؛ ي حالة الخضوع إلى فحص عمق العين ، يتعين الإداء بالتقرير المتعلق بذلك؛ الجزء المتعلق بـمئن البيع للمومم (البنيت) و/أو النشرة الداخلية للدواء.
الاستشفاء (في حالة عدم طلب التحمل)	<ul style="list-style-type: none"> الموافقة المسبقة على الفاتورة المبدئية فاتورة المصحة المؤداة تقرير عن العملية الجراحية وكل وثيقة تثبت الاستشفاء

الفصل 4: التحمل المباشر (أو الطرف الثالث المؤدى)

تسلم التحملات القبيلة، المتعلقة بالاستشفاء الطبي أو الجراحي أو الولادة أو الأدوية، في أجل أقصاه 48 ساعة (أيام مفتوحة) ابتداءً من استلام المؤمن للطبيب.

الفصل 5: نسب التعويض

يتم التعويض على أساس 100% من التعريفية الوطنية المرجعية باستثناء بعض الأعمال الطبية ذات الأسعار الخاصة والتي يتم تعويضها بنسبة 80% أو 90% على أساس هذه التعريفية.

يتعين على المؤمن المصاب بمرض مزمن أو بمرض طويل الأمد و مكلف، أن يتقدم بطلب الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقه ليستفيد من تعويض يصل إلى 95% بالنسبة للأدوية و 95% من السعر المتفق عليه بالنسبة للمعدات والأجهزة الطبية.

بالنسبة للعلاجات الخاصة كتلك المتعلقة بالأطفال حديثي الولادة، أو التي تتطلب مؤسسات طبية متخصصة، يتم تعويض المصاريف المؤداة فعلياً في حدود 75%.

الفصل 6: الحالات المستثنات من الضمان

يستثنى من الخدمات الطبية المتعلقة بالتغطية الصحية، الجراحة التجميلية والعلاجات الحرارية (العلاج بالحمامات)، والوخز بالإبر، و المعالجة الموضعية، و المعالجة بمياه البحر، و الطب التجانسي، و الخدمات التي تدخل في إطار الطب التاعم أو الهادئ، فضلاً عن المواد و المنتجات التي لا تعوضها مجموعة OCP. كما لا يتم تعويض ولا تحمل المصاريف المتعلقة ب:

- الأدوية أو التحاليل أو الكشوفات غير الموصوفة من طرف طبيب؛
- اقتناء المواد و المنتجات غير القابلة للتعويض المشار إليها في اللائحة المعدة من طرف OCP.

الفصل 7: المراقبة الطبية

يتم إجراء مراقبة طبية وإدارية للتحقق من:

- التطابق بين الوصفات وبين تقديم العلاجات الطبية اللازمة؛
- صلاحية الخدمات تقنيا وطبيا؛
- الحالات المحتملة لتجاوزات.

في جميع الحالات، يمكن للطبيب الخبير المعين من طرف سينييا السعادة أو OCP أن يزور المستفيد من الخدمات في كل وقت

لمعاينة حالته الصحية.

يجب على كل مستفيد أن يستجيب لكل طلب يتعلق باستدعائه للمثول أمام الطبيب الخبير، وأن يقدم كل الوثائق الإدارية والطبية التي تثبت طبيعة إصابته وحالته الصحية، وأن يستعد لإجراء فحص طبي والخضوع لخبرة محتملة إذا ما ارتأت الجهات المعنية ضرورة ذلك، ويستثنى من هذه الإجراءات المرضى غير القادرين صحيا على المثول أمام اللجان المختصة.

الفصل 8: توقيف الضمان

توقف الضمان بالنسبة للمستفيد كلما تم حذف اسمه من اللائحة التي تصرح بها OCP لسينييا السعادة

القسم الثاني: مساطر التدبير

I. معطيات حول المستفيدين

ترسل دوريا لائحة المستفيدين من الخدمات من طرف OCP إلى سينييا السعادة.

يمكن للمنخرط - المؤمن له إخبار المؤمن بكل تغيير يطرأ على وضعيته المتعلقة ب:

- حسابه البنكي أو البريدي (مرفقة بكشف الهوية البنكية أو البريدية)؛
- عنوان المراسلة

يتم هذا الإخبار بالاتصال مباشرة ب سينييا السعادة أو بأحد وكلاء التدبير التابعين له.

يتعين على المستفيدين المصابين بأمراض مزمنة أو بأمراض طويلة الأمد ومكلفة، والتي لم يسبق التصريح بها لدى المصالح الطبية ل OCP، أن يتقدموا بملف إلى المؤمن أو أحد وكلائه المديرين، ويضم الوثائق التالية:

- مطبوع معبأ بدقة لطلب الاستفاد من خدمات الأمراض المزمنة والأمراض طويلة الأمد والمكلفة (يمكن سحب هذا المطبوع من أحد وكلاء المؤمن أو من موقع سينييا السعادة على الأترنت)؛
- رسالة سرية من الطبيب المعالج تحدد طبيعة المرض؛
- نتائج الكشوفات الطبية المؤكدة للتشخيص.

II- ملفات المرض ومراحل العلاج

يمكن الحصول على أوراق العلاج من الوكلاء المديرين بسينييا

القسم الأول: الخدمات المضمونة

الفصل 1: المستفيدون من الخدمات

- الأجهزة الطبية لتبديل وتقويم الأعضاء
- علاج الفم والأسنان؛
- تقويم الأسنان بالنسبة للأطفال؛
- النظارات الطبية (زجاج النظارة والإطار)؛
- أعمال التقويم الوظيفي و الترويض الطبي؛
- الأعمال شبه الطبية؛
- تصفية الدم (الدياليز).

ب. الاستشفاءات الطبية والجراحية

يتم التعويض أو التحمل المباشر للمصاريف وفقا لمصنفات الأعمال المهنية (NGAP)، شريطة تقديم الفاتورة ومختلف وثائق الإثبات المتعلقة بالتعويض. باستثناء الحالات المستعجلة، يخضع الاستشفاء في المؤسسات الاستشفائية غير المعتمدة من طرف OCP، إلى موافقة مسبقة (قبل الاستفادة من العلاجات)

ج. بصريات

يتحدد الأجل الأدنى لتجديد النظارات (الإطار وزجاج النظارة) بالنسبة للبالغين في 24 شهرا بغض النظر عن تغير قوة العدسة، وفي 6 أشهر بالنسبة للأطفال أقل من 12 سنة، حسب الوصفة الطبية وبغض النظر عن تغيير قوة العدسة. أما بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 18 سنة، فيتم التجديد كل 12 شهرا إذا تطلب الأمر تغييرا لقوة العدسة.

د. الأسنان – حالة الأطقم الاصطناعية

يتعين على المستفيد الحصول على الموافقة المسبقة قبل الخضوع إلى العلاجات. لكل مستفيد الحق في تعويض عن المصاريف المتعلقة ب 4 تيجان أسنان كحد أقصى في السنة. بالنسبة للطواقم المثبت جزئيا السابق تركيبه، يتم التعويض عنه في أجل لا يقل عن 5 سنوات، و 4 سنوات بالنسبة للطواقم المؤقت السابق تركيبه. يتعين القيام بفحوصات بالأشعة قبل وبعد تركيب أطقم الأسنان، وكذا في حالة المعالجة الطبية المتعلقة بحشو الأسنان (معالجة قنوات الجذور).

ه. الأسنان – تقويم الأسنان (ODF)

يتعين الإداء بالحصول المتعلقة بتقويم الأسنان (ODF) عند إيداع الفاتورة المبدئية الخاصة بحصص الستة أشهر الأولى. تمنح الاستقادة حتى بلوغ المعني بالأمر 18 سنة وفي أجل أقصاه 3 سنوات

- المتخروط – المؤمن له، كل مستخدم نشيط أو صاحب معاش لدى OCP، والذي ورد اسمه في الأئحة التي ترسلها مجموعة OCP بكيفية دورية إلى سينييا السعادة.
- ذوو الحقوق أفراد العائلة الموجودون تحت كفالة المؤمن المدرجة أسماؤهم في اللائحة التي ترسلها مجموعة OCP بكيفية دورية إلى سينييا السعادة.

الفصل 2: موضوع الضمان

يضمن العقد، التعويض أو التحمل المباشر لمصاريف العلاجات الصحية في حدود المبلغ القابل للتعويض المضمون للمستفيدين والمنصوص عليه في النظام الداخلي لـ OCP. يشمل التعويض أو التحمل :

- العلاجات العادية المحددة في الفصل 3- أ
- الاستشفاءات الطبية أو الجراحية المحددة في الفصل 3- ب يمكن للمستفيد التوجه إلى الأطباء أو الجراحين أو المساعدين الطبيين أو المؤسسات الاستشفائية التي يختارها.
- لكن، لا تعوض إلا الأتعاب المتعلقة بالأطباء و الجراحين أو المساعدين الطبيين الذين يزاولون بكيفية قانونية. كما أن المتوجات الصيدلانية، فيجب اقتناؤها لدى صيدلي حامل لشهادة أو أي شخص مرخص له بالمجارة الصيدلانية، مع ضرورة وجود الوصفة الطبية.

الفصل 3: الخدمات المضمونة

أ. العلاجات العادية

- الاستشارة الطبية المتعلقة بالطب العام وبالتخصصات الطبية والجراحية؛
- المنتجات الصيدلانية والأدوية الموصوفة في وصفة طبية؛
- العلاجات المتعلقة بالحمل والولادة وما يترتب عنها؛
- الكشوفات الإشعاعية؛
- التحاليل البيولوجية الطبية؛
- الفحوص الوظيفية؛
- المعدات والأجهزة الطبية القابلة للتعويض



المعجم

المنخرط المؤمن له : مستخدم أو متقاعد مجمع OCP

ADM : أجهزة ومعدات طبية

ALD : الأمراض المزمنة

ALC : الأمراض الطويلة الأمد والمكلفة

TNR : التعريف الوطنية المرجعية المحددة طبقا القانون رقم 00 – 65 المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية

المؤمن : شركة التأمين وإعادة التأمين سينيا السعادة

العقد : الاتفاق المبرم بين المؤمن و OCP لتدبير التغطية الصحية

صلاحية العقد : تاريخ دخول العقد حيز التنفيذ

الحالات المستثناة من الضمان : خدمة أو حدث أو حالة شخص لا تشمله التغطية و لا يستوفي شروط

الاستفادة من الضمان

NGAP : مصنفات الأعمال المهنية

بيان إخباري : يحدد الضمانات وكذا الإجراءات الواجب اتخاذها من أجل الإستفادة من الخدماتا الطبية

حادث : وقوع حدث طارئ متصوص عليه في العقد

الفهرس

4	المعجم
6	الخدمات المضمونة
7	مساطر التدبير
7	I. معطيات حول المستفيدين
8	II - مشفات المرض ومراحل العلاج
9	III - الموافقة المسبقة
10	IV الترحيلات المباشرة (نظام الثالث المؤدي)
11	V الإخبار والشكايات

بيان اخباري التأمين الصحي

المستفيدون
الخدمات
العلاج
الرعاية
التأمين
الفحص بالأشعة
الأدوية
المستفيدون
الضممان
التشخيص
العلاج
بشرى
المرضى
التأمين
المرضى
الخدمات
الفحص بالأشعة
صيدلية
بشرى
الخدمات
الصيدلية
بشرى
التأمين
المرضى
الخدمات
الفحص بالأشعة
صيدلية
بشرى
التأمين
المرضى
الخدمات
الفحص بالأشعة
صيدلية
بشرى



سنييا السعادة
للتأمين

عيش حياتك