



Sur le Thème:

Le régime marocain de la couverture médicale

**Présentée par : - BENNIS FAIROUZ
-AIT LHAJ MOHAMED**

Plan de la présentation



INTRODUCTION



COUVERTURE MÉDICALE EN RÉGIME PRIVÉ: CNSS



COUVERTURE MÉDICALE EN RÉGIME PUBLIC: CNOPS



CONCLUSION

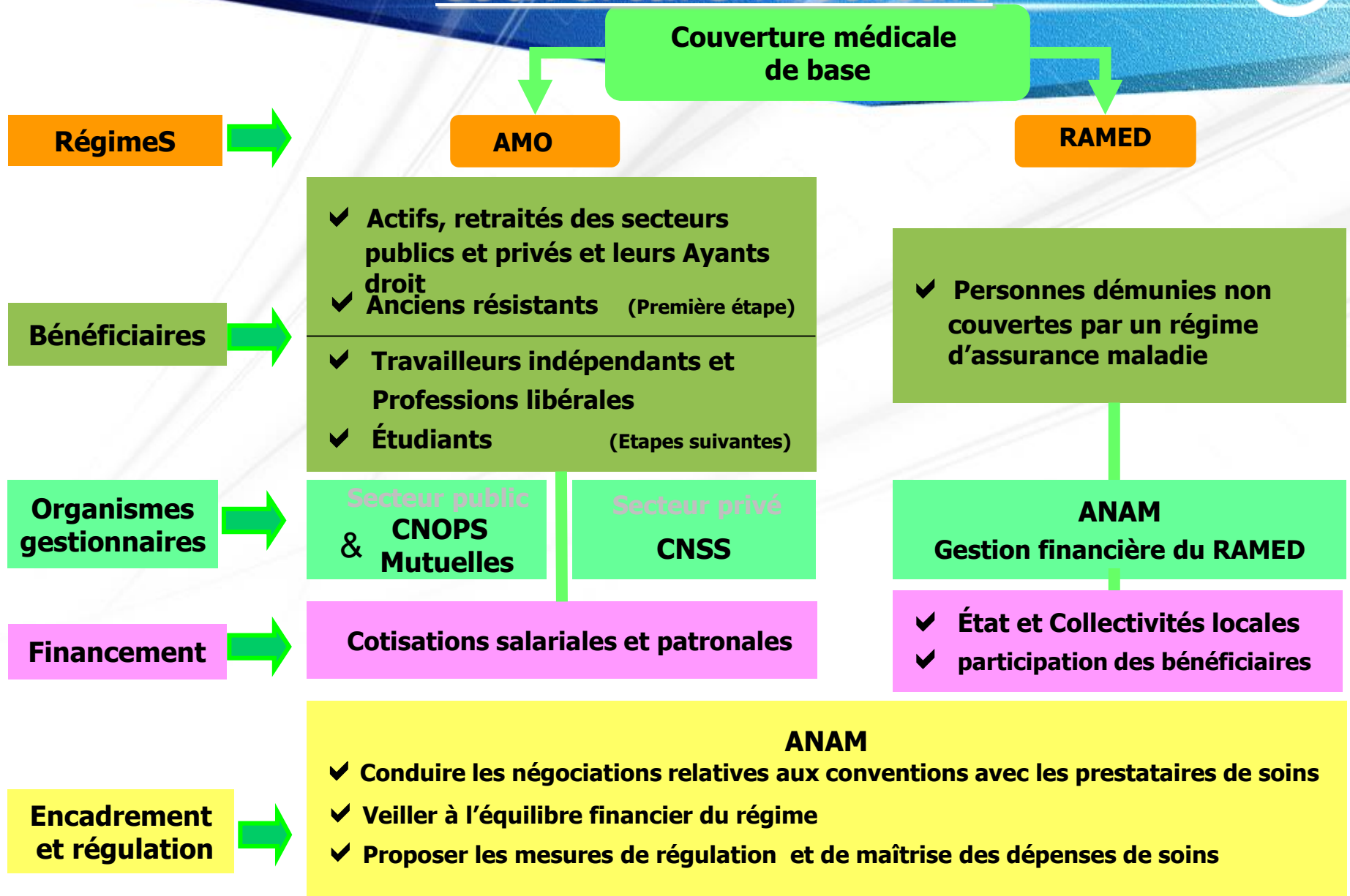
Introduction



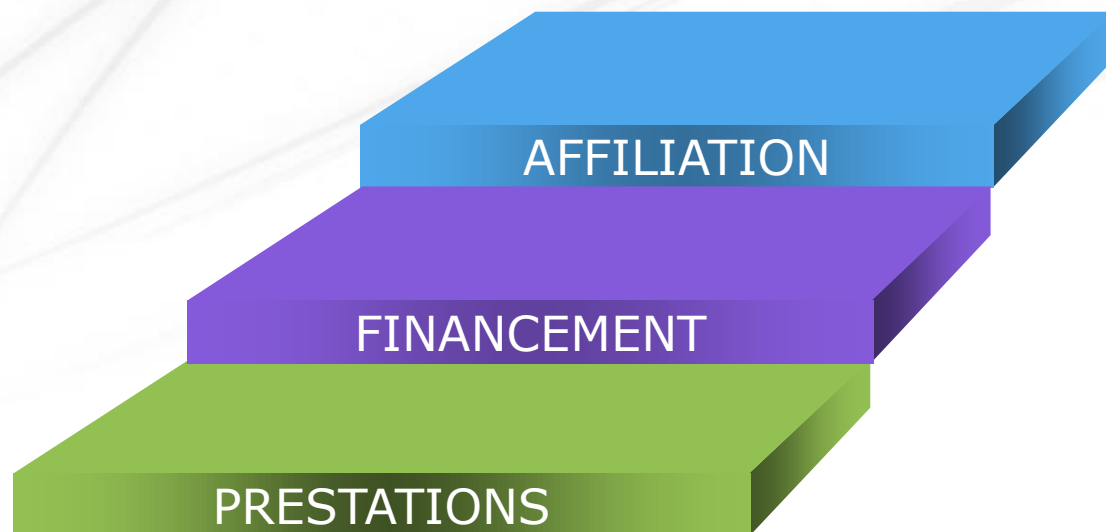
Les Marocains ne sont toujours pas égaux en matière d'accès aux soins. Certes, la lecture des indicateurs sanitaires montre une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire. Mais une disparité dans l'état de santé entre milieux et régions et beaucoup d'insuffisance en matière de qualité de soins persistent encore.

Le régime marocain de protection sociale couvre les salariés du secteur public et ceux du secteur privé. Il assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et il sert les prestations familiales.

Architecture du système de couverture médicale



COUVERTURE MÉDICALE EN RÉGIME PRIVÉ: CNSS





Les salariés du régime public



*la caisse nationale des organismes
de prévoyance sociale (CNOPS)*

Les salariés du régime privé



*la caisse nationale
de sécurité sociale (CNSS).*

AFFILIATION



Les employeurs sont tenus de s'affilier à la CNSS au plus tard 30 jours après l'embauche du premier salarié. Ils doivent en outre déclarer régulièrement à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale le montant mensuel du salaire versé et le nombre de jours travaillés par leurs salariés

Depuis son entrée en vigueur le 1er mars 2006, la CNSS gère l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les salariés assujettis au régime marocain de sécurité sociale qui ne disposent pas d'une couverture d'assurance maladie facultative au moment de l'entrée en vigueur de la loi et les titulaires d'une pension d'un montant minimum (1.298 dirhams/mois pour le régime général et 910 dirhams/mois pour le régime agricole).

AFFILIATION



Les personnes qui bénéficient d'une pension d'un montant inférieur sont couvertes par le régime d'assistance médicale (RAMED).

L'affiliation à l'AMO est obligatoire mais durant une période transitoire de 5 ans renouvelable, les employeurs du privé et du public qui assurent au moment de l'entrée en vigueur de la loi une couverture médicale à titre facultatif peuvent continuer à assurer cette couverture à condition d'en apporter la preuve.

LE FINANCEMENT



Le financement du régime est assuré par une contribution patronale et salariale assise sur les salaires. Les cotisations d'assurance maladie, maternité, décès et les cotisations vieillesse sont versées dans la limite d'un plafond fixé à 6.000 DH par mois. Les cotisations dues au titre des prestations familiales sont versées sur l'ensemble de la rémunération, sans limitation de plafond.



Au titre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) entrée en vigueur le 1er mars 2006, une cotisation de 1,5 % sur l'ensemble des salaires a été instituée à la charge de l'employeur, y compris pour ceux qui assurent une couverture médicale à titre facultatif à leurs employés. La charge de cette cotisation pour l'employeur est compensée par une diminution d'un point de la cotisation patronale sur les allocations familiales. À côté de cette cotisation solidarité, le régime d'AMO de base est financé à part égale entre l'employeur et le salarié. La cotisation au taux de 2 % pour l'employeur et 2 % pour le salarié est versée sur la totalité du salaire sans plafond.

LE FINANCEMENT



La cotisation maladie des retraités bénéficiaires d'une pension d'un montant supérieur à 1.289 DH par mois (ou 910 DH par mois pour les pensionnés du régime agricole) est fixée à 4 % de l'ensemble des pensions de base, elle est précomptée directement par l'organisme débiteur de la pension.

Taux de cotisations au 1er janvier 2008

Risques	Part patronale	Part salariale	Plafond	Total
Maladie, maternité, décès	0,67 %	0,33%	6 000 DH	1 %
Pension	7,93 %	3,96 %	6 000 DH	11,89 %
Prestations familiales	6,4 %	-	pas de plafond	6,4 %
Solidarité AMO obligatoire	1,5 %		pas de plafond	1,5 %
AMO de base	2 %	2 %	pas de plafond	4 %
Total	18,50 %	6,29 %		24,79 %

PRESTATIONS



- Prestations en nature : couvrent les charges de soins et d'hospitalisation.
- Prestations en espèce : offrent les indemnités journalières en cas de maladie ou d'incapacité de travail.

PRESTATIONS EN NATURE



- L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base est subordonnée à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables successifs ou non pendant les 6 mois précédant la maladie, du paiement effectif des cotisations par l'employeur, de l'identification des membres de la famille de l'assuré ou du pensionné auprès de la CNSS et de la déclaration des maladies longues et coûteuses à la CNSS.
- En cas d'interruption du travail, l'assuré ou les ayants droit bénéficient, à compter de la date à laquelle les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie de base ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.
- En cas de dissolution du mariage, l'ex conjoint d'un assuré qui ne bénéficie pas d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base, continue à bénéficier des prestations de l'AMO pendant un an.

LA COUVERTURE



L'AMO du secteur privé ne prévoit pas, durant les premières années de mise en œuvre, de remboursement des soins ambulatoires. Le panier de soins de l'AMO du secteur privé contient le suivi de la maternité, le suivi de l'enfant de moins de 12 ans, le suivi des affections longues et coûteuses (ALC), le suivi des affections de longue durée (ALD) et les hospitalisations.

- Jusqu'à l'âge de 12 ans, l'enfant ouvre droit à toutes les prestations. Tous les actes médicaux sont pris en charge ou remboursés selon la tarification et le taux en vigueur (soins ambulatoires, médicaments, chirurgies, analyses, radiographies, prothèses, etc...).
- Au-delà de l'âge limite de 12 ans, l'enfant rentre dans le cadre du panier de soins prévu pour les autres catégories de bénéficiaires.

L'HOSPITALISATION



remboursement ou à la prise en charge des soins liés à l'hospitalisation

interventions chirurgicales

les médicaments sur la base de la tarification nationale de référence.

L'HOSPITALISATION



Elle inclut le séjour hospitalier, les honoraires des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux, d'analyse de biologie médicale, de radiologie et d'imagerie médicale, des explorations fonctionnelles, d'odontologie, de rééducation fonctionnelle, de kinésithérapie

Sont inclus également les appareils de prothèse et d'orthèse, les dispositifs médicaux ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical y compris les actes de chirurgie réparatrice.



Maladie(indemnités journalières):

Pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières pour un premier arrêt de travail il faut justifier de 54 jours de cotisations au cours des six mois civils précédant l'incapacité de travail. Les prestations sont servies à partir du 4^e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident (autres que les maladies professionnelles et les accidents du travail).

PRESTATIONS EN ESPÈCES



A la suite d'un premier arrêt de travail, l'assuré ne peut prétendre de nouveau aux indemnités journalières qu'après une autre période minimum de six jours de cotisations.

Les indemnités journalières sont accordées pendant cinquante-deux semaines au plus au cours des vingt-quatre mois consécutifs qui suivent le début de l'incapacité. Elles sont égales aux deux tiers du salaire de référence plafonné (6.000 dirhams par mois) perçu durant les six mois qui précèdent le début de l'incapacité de travail.

COUVERTURE MÉDICALE EN RÉGIME PUBLIC: CNOPS



 CADRE GÉNÉRAL DU RÉGIME DE LA COUVERTURE MÉDICALE.

 COMPOSANTES ET FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ MAROCAIN:

 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES à LA COUVERTURE MÉDICALE DE BASE

Cadre général du régime de la couverture médicale



- Dès 1919, les Mutuelles du secteur public participent à la mise en place de la première couverture médicale et de prévoyance sociale au Maroc.
- Les années 1950, les Mutuelles jouent un rôle de premier plan dans la gestion de Prévoyance Sociales en créant l'Union des Organismes de Prévoyance Sociale au Maroc : C.N.O.P.S.

Cadre général du régime de la couverture médicale



Les Sociétés Mutualistes :

- Organismes de droit privé ;
- Jouissent de la personnalité juridique et de l'autonomie financière ;
- Considérées comme des entreprises à but non lucratif.

Cadre général du régime de la couverture médicale



Le Mouvement Mutualiste est porté, depuis son origine, par les valeurs universelles qui nourrissent le progrès social :

- La solidarité ;
- La liberté ;
- La démocratie ;
- La responsabilité.

Cadre général du régime de la couverture médicale



- Le régime de la Couverture Médicale, géré par la C.N.O.P.S et les Sociétés Mutualistes, concerne des adhérents actifs et pensionnés ainsi que leurs ayants droit.

- Cette population est constituée des agents :
 - de l'Administration;
 - des Etablissements publics;
 - des collectivités locales.

Cadre général du régime de la couverture médicale



Les sociétés mutualistes composant la C.N.O.P.S.

MUTUELLES	DATE DE CRÉATION	ADHERENTS	BENEFICIAIRES
• Frat. S.N.	1919	66 290	188 647
• M.G.P.T.T	1949	25 775	78 673
• O.M.F.A.M	1944	156 720	481 838
• M.G.P.A.P	1946	294 000	756 976
• DOUANE	1928	6 908	32 668
• M.O.D.E.P	1996	10 565	29 373
• Mut-F.A	1976	92 045	290 487
• M.G.E.N	1984	271 095	782 881
TOTAL		923 398	2 641 543

Cadre général du régime de la couverture médicale



- Les Sociétés Mutualistes du secteur public fournissaient, à plus 2,5 millions de personnes, une Couverture médicale de base et complémentaire volontaires contre la maladie et d'autres risques sociaux.

Cadre général du régime de la couverture médicale



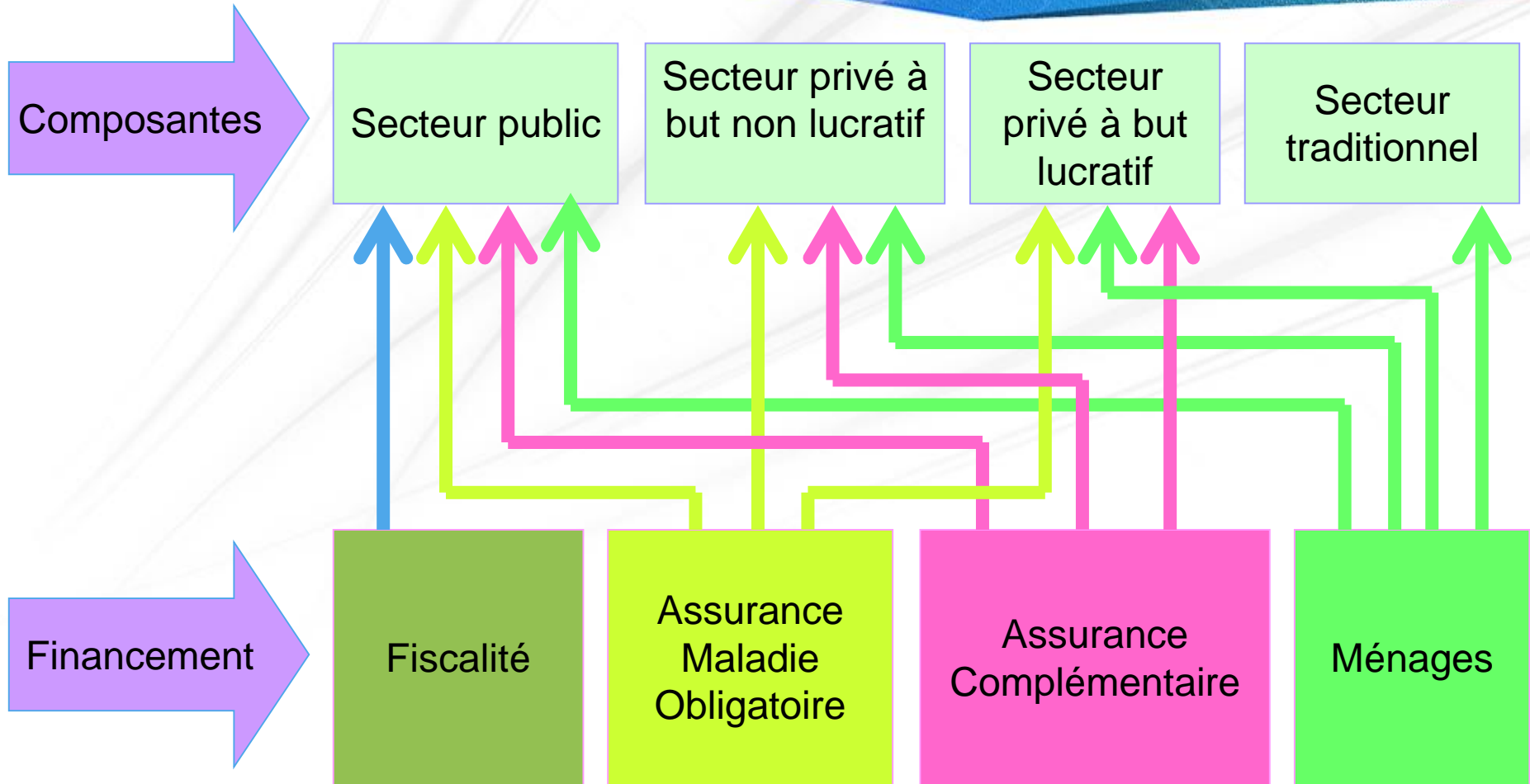
- L'Assurance Maladie Obligatoire (**A.M.O**), entrée en vigueur le 18 août 2005,
- Les Sociétés Mutualistes du secteur public, deviennent des organismes de la gestion déléguée de l'AMO et s'imposent comme acteurs majeurs de la couverture complémentaire.

Composantes et financement du système de santé marocain:



1. Composantes
2. Financement

Systeme de santé marocain



Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



La gestion conventionnelle de l'A.M.O

➤ La couverture est répartie entre :

1. C.N.O.P.S :

Gestion des prises en charge pour les hospitalisations les A.L.D et A.L.C dans le cadre du Tiers-payant.

2. Sociétés Mutualistes :

Soins Ambulatoires : remboursement aux assurés des frais engagés.

Tiers-Payant : remboursement aux assurés des frais engagés.

Taux de couverture des prestations basés sur la Tarification Nationale de Référence



- Hospitalisation hôpitaux publics : 100%
- Hospitalisation cliniques privées : 90%
- Médicaments : 70% du P.P.M
- Soins ambulatoires : 80% de la tarification en vigueur

Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



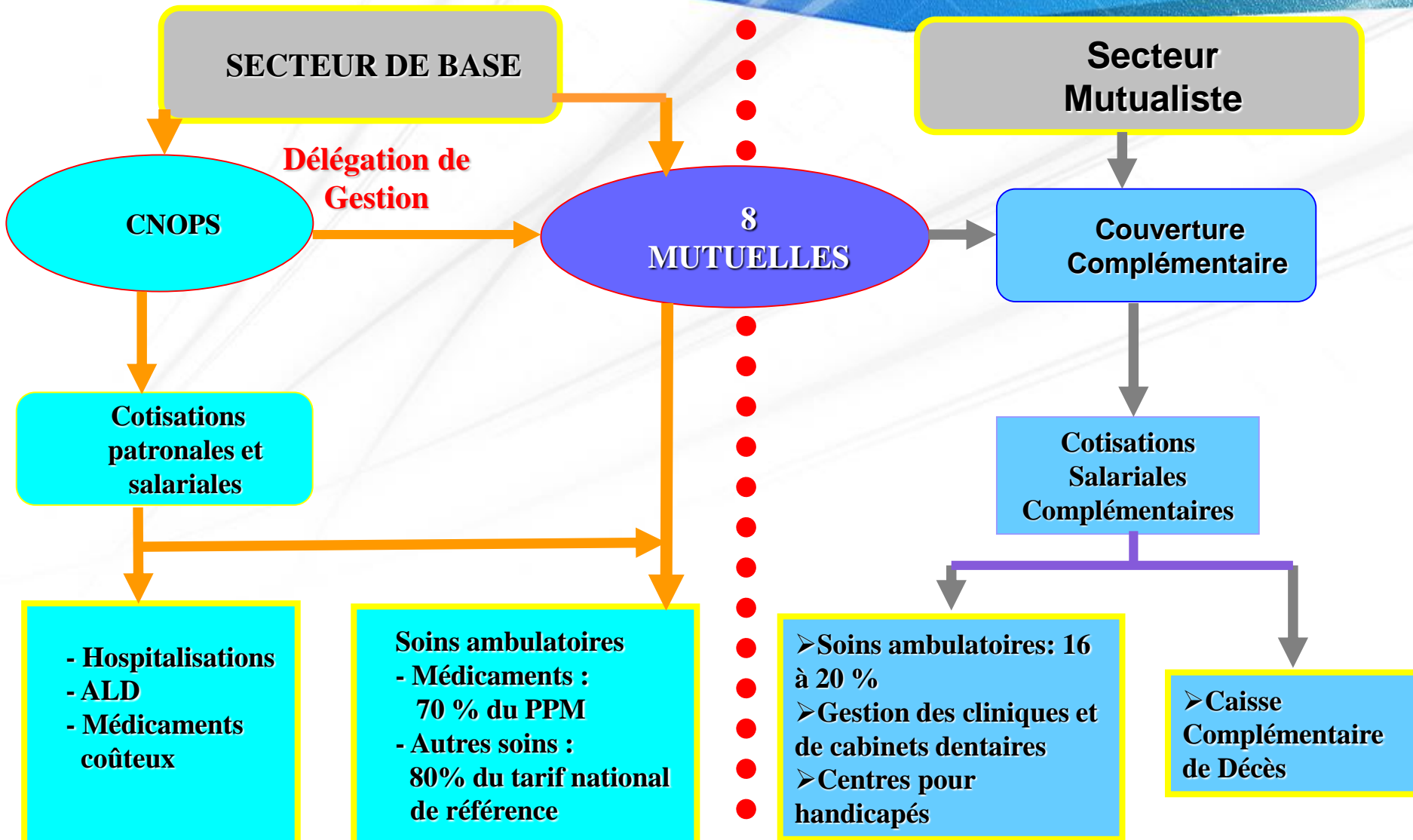
- Les sociétés mutualistes interviennent, en complément du remboursement des frais engagés de 16 à 20% du "ticket modérateur", c'est-à-dire la partie des dépenses non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (C.N.O.P.S).

Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



- Indépendamment des activités déléguées par la CNOPS, les sociétés mutualistes gèrent un domaine où elles organisent pour leurs adhérents des Œuvres Sociales et leur attribuent une allocation d'invalidité et de décès ainsi que des secours exceptionnels ;
- À travers des actions locales et nationales, elles participent au développement d'une véritable politique de santé publique.

Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



Mode de financement

Secteur d'activité	Taux de cotisation	Plafond cotisation
Secteur Mutualiste (S.M)	<ul style="list-style-type: none">○ <u>Actifs</u> 1.8% du salaire de base.○ <u>Retraités, veuves & orphelins</u> 1% de la pension brute.	50 DH/mois
Caisse complémentaire de décès (C.C.D)	<ul style="list-style-type: none">○ <u>Actifs</u> 1% du salaire de base.○ <u>Retraités, veuves & orphelins</u> 1% de la pension brute.	20 DH/mois

Prestations complémentaires à la couverture médicale de base



- La couverture médicale offerte par les Sociétés Mutualistes vise à compléter le régime de base :
 - soit en participant directement à la gestion de la Couverture-Maladie ;
 - soit en fournissant des prestations via leurs propres réseaux de services de santé et services sociaux.

CONCLUSION



- Le système de santé marocain est confronté à de nouveaux obstacles dus essentiellement à la double transition démographique et sanitaire, à l'insuffisance de la dotation du secteur et à l'iniquité dans le financement des soins.
- L'entrée en vigueur de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et bientôt du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (Ramed), devrait renforcer ce financement collectif et solidaire de la santé. Ainsi, cela contribuera à participer un tant soit peu à l'égalité des chances en matière de soins.