



## REGLEMENT INTERIEUR

### TITRE PREMIER :

#### DES DIVERS PRESTATIONS

##### Chapitre Premier :

###### Définitions

**Article 1 :-** On entend par gros risques toutes atteintes pathologiques ou accidentelles, pouvant toucher un membre bénéficiaire et nécessitant une hospitalisation au sein d'un établissement de soin au Maroc ou à l'étranger, ou une prise en charge médicale lourde.

**Article 2 :-** On entend par prestation, certains actes médicaux ou chirurgicaux, ne rentrant pas dans le cadre de la franchise telle que définie ci-dessous, mais faisant l'objet d'un remboursement forfaitaire.

##### Chapitre II :

###### Prises en charges

**Article 3 :-** La prise en charge du gros risque tel que définit ci-dessus s'effectue conformément au barème suivant :

**Prise en charge médicale de toute pathologie grave ou chronique nécessitant des explorations et un traitement de plus ou moins longue durée, et un coût dépassant la franchise de**

**cinq mille dirhams par maladie et par an pour chaque bénéficiaire.**

Le taux de remboursement est de quatre vingt pour cent (80%) des frais engagés suivant le Tarif National de Référence (TNR).

Toutefois ce taux peut être revu à la baisse en fonction des résultats du bilan médical qui peut être demandé à l'adhésion.

Sans pour autant dépasser un plafond de 150 000.00 Dhs par malade par An ;

Toutefois, et en cas de force majeure, le plafond de 150 000.00 Dhs peut être régulièrement évalué par le Conseil d'Administration en fonction de la situation financière de la société mutualiste

#### *PROCEDURE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE MALADIE (Voir annexe I)*

##### Chapitre III :

###### Prestations diverses

**Article 4 :-** Rentrent dans le cadre des prestations diverses et faisant l'objet d'un remboursement forfaitaire les actes suivants :

- Les accouchements normaux à hauteur de trois mille (3000) dirhams.
- Les accouchements par césarienne à hauteur de cinq mille (5000) dirhams.
- Les circoncisions pour un forfait de cinq cent (500) dirhams.

Toutefois, les remboursements peuvent être revus selon la présentation de la facture des dites prestations.

##### Chapitre IV :

###### Exclusions

**Article 5 :-** Sont exclus du remboursement et de la prise en charge les frais dus aux interventions de chirurgie esthétique non

réparatrice, les cures thermales, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce, ainsi que tous les actes exclus de la NGAP (La Nomenclature Générale Des Actes Professionnels).

## TITRE DEUXIEME :

### **DES REMBOURSEMENTS, TRAITEMENT DES DOSSIERS ET DE LA COMMISSION MEDICALE.**

#### Chapitre I :

##### **Les remboursements**

**Article 6** :- Pour bénéficier des remboursements, les adhérents doivent présenter les pièces justificatives relatives aux frais engagés.

Cependant, les adhérents qui désirent bénéficier des prestations fournies par des établissements de soins conventionnés avec la MUGEPHAR-PS, doivent fournir au préalable une demande de prise en charge qui sera soumise à étude pour fixer le montant de la prise en charge conformément au barème et à la grille des remboursements prévus à l'article 3 du présent règlement intérieur.

#### Chapitre II :

##### **Traitement des dossiers**

**Article 7**:- Toute admission d'urgence au sein d'un établissement de soin doit être signalée à la société mutualiste dans le plus bref délai qui suit l'hospitalisation.

**Article 8** :- Les demandes de prise en charge normales qui sont déposées auprès de la société mutualiste reçoivent une réponse dans un délai maximum de dix (10) jours. Tout rejet de prise en charge doit être motivé.

**Article 9** :- Il est instituée auprès de la MUGEPHAR-PS une commission médicale chargée de donner un avis technique sur toute

demande de prise en charge des frais d'hospitalisation, de chirurgie, ou de soins aussi bien au Maroc qu'à l'étranger.

**Article 10** :- la commission médicale visée à l'article 9 se compose de :

- un représentant du conseil d'administration ;
- un médecin spécialiste autorisé à exercer au Maroc. La désignation de ce praticien se fera en fonction de la nature de la pathologie présentée à la commission ;
- un médecin généraliste autorisé à exercer au Maroc ;
- un pharmacien autorisé à exercer au Maroc.

**Article 11** :- la commission médicale se réunit tous les quinze (15) jours, cependant en cas de besoins elle doit se réunir chaque semaine.

**Article 12** :- la commission médicale présidée par le représentant de la société mutualiste doit donner son avis sur toutes les demandes qui lui sont soumises, l'avis de la commission doit être motivé.

## TITRE TROISIEME

### **DES ASSEMBLEES GENERALES –DE L'ELECTION DES DELEGUES REGIONAUX REPRESENTANTS DES ADHERANTS**

#### Chapitre I :

##### **Assemblée générale**

**Article 13** : - Les délégués se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du conseil d'administration fixant l'ordre du jour, et adressée au moins 20 jours avant la date de l'assemblée générale.

- Toute question dont l'examen est demandé un (1) mois au moins avant l'assemblée générale, par la moitié au moins des

délégués ou la moitié au moins des membres honoraires et participants, est obligatoirement portée à l'ordre du jour.

- En cas d'urgence, l'assemblée générale peut être convoquée par le président.
- La convocation est obligatoire quand elle est demandée par écrit, soit par le tiers au moins des délégués de la société mutualiste, soit par le tiers au moins des membres honoraires et participants soit par la majorité des administrateurs composant statutairement le conseil d'administration

**Article 14** :- Pour délibérer valablement, l'assemblée générale doit être composée du quart au moins de l'ensemble des délégués ou à défaut de leurs suppléants.

Toutefois, si à la suite d'une première convocation ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est adressée aux délégués sous pli recommandé à quinze (15) jours d'intervalle. Si le quorum n'est toujours pas atteint, une troisième convocation est adressée aux délégués sous pli recommandé à quinze(15) jours d'intervalle ; dans ce cas, l'assemblée générale peut délibérer quel que soit le nombre des délégués présents ou représentés.

Les délibérations de l'assemblée générale sont prises à la majorité des délégués présents ou représentés.

Toutefois, la majorité requise est des deux tiers des délégués présents ou représentés si la délibération porte sur la modification des statuts de la société mutualiste, sur la fusion de la société mutualiste avec un autre groupement, sur l'adoption ou la modification des règlements des œuvres de la société mutualiste ou de ses services ou encore sur l'acquisition, la construction ou l'aménagement d'immeubles pour l'installation de ses services administratifs ou de ses œuvres sociales.

## Chapitre II :

### **Election des délégués régionaux – Attribution**

**Article 15**:- Pour l'élection des délégués à l'assemblée générale les membres honoraires et participants sont répartis en section de vote.

Aucune section de vote ne peut être constituée de moins de cinquante (50) membres honoraires et participants. Les sections de vote sont constituées par le conseil d'administration.

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent un délégué par tranche de cinquante (50) membres ou fraction de ce nombre supérieur à vingt cinq (25) membres participants et honoraires.

- Le délégué est élu pour six ans.
- Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

**Article 16** :- En cas de partage de voix entre plusieurs candidats il est procédé à un tirage au sort pour les départager.

**Article 17** :- Les délégués seront élus, à la majorité relative, par les membres participants et honoraires de leur section, réunis en assemblée générale électorale régionale.

Les assemblées générales électorales régionales se déroulent sous la supervision du conseil d'administration qui en fixe les dates et les lieux.

La date de l'assemblée générale électorale régionale est communiquée aux membres de chaque section de vote par lettre recommandée avec accusé de réception et par insertion sur le site web de la MUGEPHAR-PS un (1) mois au moins avant la date fixée pour les élections.

Cette convocation doit obligatoirement comporter un rappel des dispositions statutaires et du présent règlement intérieur, un appel de candidature, la date limite des candidatures et celle de l'assemblée générale régionale.

Les candidatures au poste de délégués doivent être adressées à la société mutualiste par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard quinze jours avant la date des élections.

La liste des candidats est publiée sur le site web de la MUGEPHAR-PS au plus tard dix (10) jours avant la date fixée pour les élections.

**Article 18** :- Chaque section élit de la même façon des délégués suppléants en nombre égal à celui des délégués titulaires.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué titulaire sera représenté dans ses fonctions par un délégué suppléant de sa section.

#### TITRE QUATRIEME :

##### **OEUVRES DE SOUTIEN ET ENTREE EN VIGEUR DES PRESTATIONS**

###### Chapitre I :

###### **Œuvres de soutien.**

**Article 19** :- En cas de décès d'un membre bénéficiaire, ses ayants droit pourront bénéficier d'un soutien décès d'une somme forfaitaire dont le montant sera précisé ultérieurement. Cette somme sera versée par une caisse autonome dont la création est à l'étude, et qui ne sera opérationnelle qu'après approbation des deux ministères de tutelle (Finances et Emploi).

###### Chapitre II :

###### **Entrée en vigueur des prestations.**

**Article 20** :- Les prestations de la MUGEPHAR-PS débiteront au profit des bénéficiaires SIX (6) MOIS après leur adhésion en ce qui concerne les frais d'hospitalisations et autre maladies graves et DIX (10) MOIS en ce qui concerne les accouchements et autres prestations.

**Article 21** :- Des assurances complémentaires.

Chaque nouvel adhérent est tenu de déclarer les éventuelles souscriptions qu'il aurait contractées auprès d'autres organismes de couverture médicale (AMO, assurances privées, sociétés mutualistes etc..), et de préciser s'il

considère la MUGEPHAR-PS comme une couverture de base, ou comme couverture complémentaire, la loi n'autorisant pas le double remboursement des charges.

Tout ancien adhérent qui contracte une nouvelle assurance, autre que la MUGEPHAR-PS, est tenu d'en informer celle-ci.

Lors des dépôts de dossiers de maladies, il peut être demandé à l'adhérent de préciser s'il n'a pas fait d'autres demandes de remboursements.

#### TITRE CINQUIEME :

##### **DES COTISATIONS ET DROITS D'ADMISSION**

**Article 22** : les membres adhérents avant le 16 juin 2019 paieront une cotisation annuelle de 2500.00 Dhs .les nouveaux membres qui adhéreront après le 16 juin 2019 paieront une cotisation annuelle variable selon leurs âges (comme indiqué sur le tableau ci-dessous).

La prime relative aux enfants est fixée à 1000.00Dhs quelques soit le cas.

Montant de cotisation en dirham	Tranche d'âge
2500.00	Toute adhésion avant le 16 juin 2019
2500.00	Inferieure ou égal à 40 ans
3000.00	Entre 41 et 50 ans
3500.00	Entre 51 et 60 ans
4000.00	Entre 61 et 70 ans
4500.00	Supérieur à 70 ans

**Article 23** : Les membres honoraires paient une cotisation annuelle d'un minimum de cinquante mille (50.000,00) dirhams.

**Article 24** : Un bilan médical est requis pour tout nouveau bénéficiaire ayant plus de 45 ans.

Toutefois le bureau se réserve le droit de le demander même si le postulant a moins de 45 ans.

Le droit d'admission à la société mutualiste est fixé à cinq mille dirhams (5000 Dhs) par an de retard plafonné à 30 000.00Dhs, pour tout membre n'ayant pas adhéré au démarrage de la société et qui a plus de cinquante (50) ans.

Toutefois le droit d'admission peut être obligatoire selon les résultats du bilan médical demandé à l'adhésion

Signé

Le président

Dr. Med Laghdaf RHAOUTI

Signé

Le secrétaire général

Dr. BOUKADOUS Driss

# ANNEXE I

## PROCEDURE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE MALADIE

### **I – SOINS AMBULATOIRES**

- L'adhérent doit présenter la feuille de maladie renseignée et cachetée par les prestataires (médecin, pharmacien, radiologue, laboratoire...), précisant notamment les prix unitaires et le total. Cette feuille de maladie doit être accompagnée des prospectus et des étiquettes des prix des médicaments.  
A préciser que les modèles de feuilles de maladie sont à recueillir auprès de la MUGEPHAR-PS ou bien par téléchargement sur son site web [www.mugepharps.ma](http://www.mugepharps.ma).
- Si le montant des prestations dépasse la franchise (5 000 DH) le dossier est traité en vue du règlement sinon le dossier est laissé en instance en attendant d'autres dossiers émanant de l'adhérent et concernant cette même maladie mais courant la même année. La procédure de traitement en vue de règlement est déclenchée dès que le cumul des montants de ces dossiers dépasse la franchise.
- Le dossier est soumis à l'avis de la commission médicale. Si cette commission n'émet pas de réserve le dossier sera traité pour le remboursement.
- L'intéressé sera remboursé selon le barème de remboursement dans un délai de deux mois (par un virement bancaire ou par un chèque barré non endossable).
- Le chèque barré et non endossable au nom de l'adhérent est remis.

### **II – HOSPITALISATION**

- Le remboursement des hospitalisations avancées par la MUGEPHAR-PS se fait d'une manière générale selon le tarif national des références (TNR).
- Dans le cas où la société mutualiste procède à prendre en charge ses adhérents, des procédures opérationnelles normalisées (PON) comme suite :

#### **1 / Hospitalisation au Maroc a : Hospitalisation programmée**

- L'adhérent doit présenter à la MUGEPHAR-PS un devis détaillé relatif à cette hospitalisation (frais du bloc opératoire, honoraires des médecins, séjour...). Ce devis doit détailler de manière exhaustive la liste des médicaments à consommer par le bénéficiaire avec prix unitaires et coûts totaux.

Le devis doit également être accompagné d'un compte rendu médical de l'hospitalisation.

- Le dossier est ensuite soumis à l'avis de la commission médicale. Si la commission n'a pas de réserves, un accord formel est notifié à l'adhérent pour réaliser l'hospitalisation.
- L'adhérent est aussitôt informé du montant de remboursement pour accord

Après réalisation de l'hospitalisation, l'adhérent doit présenter les factures justificatives des prestations effectuées dans ce cadre

- Si le montant de la facture dépasse la franchise, le montant de remboursement est par la suite calculé selon le barème du tarif national de référence.
- Un chèque barré et non endossable au nom de l'adhérent est remis, ou un virement bancaire sur son compte.

Toutefois, et exceptionnellement, si le postulant se trouve dans l'impossibilité financière de payer et honorer les prestations fournies par l'établissement de la santé ce qui risquerait de compliquer d'avantage son état de santé, le Bureau de la société mutualiste pourrait accorder une partie de l'avance.

### ***b : Hospitalisation en urgence***

- La société mutualiste doit être informée dans les plus brefs délais qui suivent l'hospitalisation.
- A la fin de l'hospitalisation, l'adhérent doit présenter les factures justificatives.
- La procédure de calcul du montant de remboursement est du règlement de l'adhérent est la même que celle explicitée ci haut pour le cas d'une hospitalisation programmée.

### ***2 / Hospitalisation à l'étranger***

- L'adhérent doit présenter un certificat émanant d'un chef de service d'un hôpital, en précisant que le type d'opération préconisée ne peut être fait qu'à l'étranger, pour le reste la procédure reste similaire à celle d'une hospitalisation programmée au Maroc mais le remboursement est calculé sur la base des barèmes du tarif national de référence pour l'étranger.
- Si l'Opération peut être effectuée au Maroc mais l'adhérent désire la réaliser à l'étranger, le remboursement sera calculé sur la base du tarif national de référence pour le Maroc.

***NB : Un contrôle médical est éventuellement exigé par la MUGEPHAR-PS en cas de nécessité.***