

LOI N° 2018- 074 /DU 31 DEC. 2018

PORTANT INSTITUTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE
UNIVERSELLE

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du 13 décembre 2018

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET ET DES PRINCIPES GENERAUX

Article 1 : Il est institué en République du Mali une couverture obligatoire du risque maladie dénommée Régime d'Assurance Maladie Universelle, en abrégé RAMU.

Article 2 : Le régime d'assurance maladie universelle vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles à charge.

Article 3 : Le régime d'assurance maladie universelle est fondé sur les principes de la solidarité, de la contribution, de la mutualisation des ressources, des risques et du tiers payant.

Les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination liée notamment à la nationalité, à l'âge, au sexe, à la religion, à l'ethnie, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leurs revenus, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence au Mali.

Article 4 : Chaque personne assujettie au RAMU a le choix de souscrire, en plus du régime d'assurance maladie de base, une assurance maladie complémentaire soit auprès de l'organisme gestionnaire du RAMU ou de tout autre organisme habilité à fournir des prestations d'assurance maladie en République du Mali dans le respect des règles édictées par les organes régionaux de contrôle des assurances auxquelles le Mali a souscrit.

Article 5 : Les modalités d'affiliation, d'organisation et de gestion du régime d'assurance maladie complémentaire géré par la Caisse nationale d'Assurance Maladies ont été définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 6 : Le RAMU comprend des dispositifs contributifs et des dispositifs non contributifs.

Article 7 : Les catégories de personnes relevant des dispositifs contributifs sont :

- les assujettis de l'assurance maladie obligatoire ;
- les acteurs du secteur informel, du monde agricole et des professions libérales organisés et/ou affiliés à une mutuelle de santé.

Celles relevant des dispositifs non contributifs sont les assujettis au RAMED et les bénéficiaires des gratuités instituées par les textes législatifs et/ou réglementaires.

CHAPITRE II : DES DEFINITIONS

Article 8 : Pour l'application des dispositions de la présente loi, il faut entendre par :

Affiliation : Le rattachement de l'assuré à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Assujetti : Toute personne physique ou morale soumise au régime d'assurance maladie universelle.

Assurance maladie : Dispositions qui permettent de couvrir, par une mise en commun des risques et des ressources, les frais des soins de santé et de maternité.

Assurance Maladie Complémentaire : L'assurance maladie complémentaire est une assurance facultative. Elle est fondée sur le principe de la liberté contractuelle et offre des prestations supplémentaires par rapport à l'assurance maladie obligatoire de base.

Assurance Maladie Universelle : Dispositif de tiers payant couvrant, par un système de solidarité entre les différentes catégories de la population, pour l'ensemble de celles-ci selon des modalités bien précises, les risques liés à la maladie et à la maternité à travers une garantie de base unique.

Assurance volontaire aux régimes de l'INPS : Ensemble des dispositions qui permettent de couvrir les personnes non assujetties au régime général de l'INPS.

Assuré : Toute personne ayant fait l'objet d'une immatriculation à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Ayant droit : Les personnes à la charge de l'ouvrant droit.

Bénéficiaire : Toute personne ayant vocation à bénéficier des prestations garanties par le régime d'assurance maladie universelle.

Contrôle médical : Opération ayant pour objet de vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescriptions, de soins et de facturation.

Convention : Contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et le (s) représentant (s) des prestataires de soins de santé.

Conventionnement : Tout processus consistant à établir un contrat entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé.

Cotisation : Toute somme versée obligatoirement à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle en contrepartie des prestations de soins de santé garanties.

Employeur : Une personne, physique ou morale, publique ou privée, laïque ou religieuse, sous la direction ou l'autorité de laquelle une autre personne s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération.

Fonctionnaire : Tout personnel ayant vocation exclusive à occuper au sein des services publics de l'Etat et des Collectivités Territoriales des emplois permanents.

Immatriculation : L'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification.

Indigent : Toute personne dépourvue de ressources financières nécessaires au paiement de la cotisation, reconnue et identifiée comme telle conformément à la réglementation en vigueur.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie professionnelle : Maladie dont l'origine est imputable à l'activité professionnelle du travailleur.

Maternité : Le fait de porter et de donner naissance à un enfant.

Médecin contrôleur : Médecin chargé d'expertiser la capacité ou la qualification physique ou mentale d'une personne, ou de procéder à toute exploration corporelle, de contrôler un diagnostic ou de surveiller un traitement ou d'enquêter sur des prestations médicales pour le compte d'un organisme assureur.

Médecin ou Pharmacien Conseil : Tout praticien exerçant un contrôle médical ou pharmaceutique pour le compte du régime d'assurance maladie universelle.

Médicament : Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic ou restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique.

Mutuelle de santé : Tout groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences.

Organisme de gestion : Organisme institué par la loi, chargé de la gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Organisme Gestionnaire Délégué : Toute structure publique ou privée qui, par une convention de délégation avec l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques du régime d'assurance maladie universelle.

Ouvrant droit : L'ouvrant droit est l'assuré, assujetti au RAMU. Il se distingue des ayants droit qui sont les personnes à sa charge et qui sont couvertes du fait de son affiliation.

Panier de soins : L'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle.

Période de stage : Délai entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré.

Prestataire de soins de santé : Toute personne ou structure soignant exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel participant aux soins à fournir aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie universelle.

Prestations de soins de santé : Les soins de santé fournis directement en faveur d'un assuré.

Prise en charge : Couverture financière par l'assurance maladie des frais de soins dont bénéficie le patient sous forme de paiement direct au prestataire de soins de santé.

Professions libérales : Le terme profession libérale englobe l'ensemble des professions qui sont exercées par une personne, individuellement, sous sa responsabilité personnelle.

Régime d'Assistance Médicale (RAMED) : Dispositif public non contributif qui assure la couverture du risque maladie des personnes indigentes et des admis de droit.

Régime d'Assurance Maladie Obligatoire : Ensemble des dispositions d'ordre public qui fixent la situation des personnes couvertes au regard de l'assurance maladie.

Risque : Évènement susceptible de supprimer ou de diminuer la capacité de gain d'un assuré social ou encore d'augmenter ses charges.

Subrogation : Toute opération par laquelle une personne est substituée à une autre dans un rapport juridique.

Ticket modérateur : Partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie universelle.

Tiers payant : Mécanisme de facilité de paiement par lequel le régime d'assurance maladie universelle paie directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur.

Tiers responsable : Toute personne qui n'est liée par aucun rapport de subordination avec l'employeur de la victime au moment de l'accident.

TITRE II : DU CHAMP D'APPLICATION

CHAPITRE I : DES ASSUJETTIS

Article 9 : Sont assujettis au régime d'assurance maladie universelle :

- toute personne physique résidant au Mali ouvrant droit aux prestations du régime d'assurance maladie universelle ;
- toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui emploie au moins un travailleur salarié au sens de la législation en vigueur.

Sont assimilés aux employeurs assujettis au régime d'assurance maladie universelle, les organismes gérant des régimes publics de pensions et les organisations mutualistes.

Par dérogation, les fonctionnaires ou autres agents de l'Etat travaillant dans les représentations diplomatiques et consulaires du Mali et les maliens de l'étranger sont également assujettis au régime d'assurance maladie universelle.

Les modalités de leur prise en charge sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 10 : Les catégories de personnes assujetties et les modalités de leur affiliation au RAMU sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 11 : Le champ d'application du régime d'assurance maladie universelle peut être étendu à des personnes ou à des prestations non expressément prévues par la présente loi.

Les modalités d'extension du régime à des personnes ou à des prestations non expressément prévues par la présente loi sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 12 : Les modalités d'affiliation des catégories éligibles à l'actuel régime d'assurance volontaire de l'INPS sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE II : DES BENEFICIAIRES

Article 13 : Sont éligibles au bénéfice du régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi :

- les personnes physiques assujetties ;
- les membres de leurs familles à charge ;
- les indigents et leurs ayants droit ;
- les pensionnaires des établissements de bienfaisance ou orphelinats ou des établissements de rééducation et tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans familles ;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
- les personnes sans domicile fixe ;
- les blessés de guerre, les victimes de catastrophes et de conflits armés.

Article 14 : Sont considérés comme membres de la famille à charge de l'assuré :

- le(s) conjoint(es) ;
- les enfants et les ascendants directs.

Article 15 : Sont ascendants directs à charge, le père et la mère de l'assuré à condition que ceux-ci soient économiquement dépendants de l'assuré et ne bénéficient pas à titre personnel du régime d'assurance maladie universelle.

Article 16 : Les modalités de prise en charge des bénéficiaires sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE III : DES PRESTATIONS DE SOINS GARANTIES

Article 17: Le régime d'assurance maladie universelle donne droit à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé ou par la maternité des bénéficiaires.

Les conditions et les modalités de prise en charge directe des frais de soins de santé sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 18 : La liste des prestations garanties est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la Protection sociale, du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé des Finances.

Article 19 : Les risques liés aux Accidents du Travail et aux Maladies Professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

Les modalités d'articulation de la gestion des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles avec celle du régime d'assurance maladie universelle sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 20 : Sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie universelle les prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux, des médicaments et des consommables établis par arrêté conjoint du ministre chargé de la Protection sociale et du ministre chargé de la Santé.

TITRE III : DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

CHAPITRE I : DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

Article 21 : Le régime d'assurance maladie universelle donne droit à la prise en charge directe d'une partie des frais de soins de santé par l'organisme de gestion, l'autre partie restant à la charge de l'assuré.

Toutefois, le RAMU donne droit à une prise en charge totale des frais de soins de santé pour les personnes éligibles au régime d'assistance médicale.

Article 22 : L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge au titre du ticket modérateur et les prestations non couvertes par le régime d'assurance maladie universelle.

Article 23 : Les taux de couverture par prestation ou groupes de prestations couvertes par le RAMU sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 24 : Les prestations de soins de santé garanties au titre du régime d'assurance maladie universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés au Mali sauf dispositions particulières prévues dans le cadre des conventions générales de sécurité sociale.

CHAPITRE II : DU CONTROLE MEDICAL

Article 25 : L'organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 26 : Le contrôle médical est confié à des médecins et des pharmaciens conseils et autres professionnels agréés par l'organisme de gestion chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés et à leurs ayants droit ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

Article 27 : Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de prestataires de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

Article 28 : Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins et pharmaciens conseils peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire ;
- accéder au dossier médical du bénéficiaire ;
- demander des éclaircissements aux prestataires de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire ;
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

Article 29 : Les praticiens et/ou les directeurs des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical à leur structure et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

Les médecins traitant peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 30 : Aucun bénéficiaire des prestations prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, la prise en charge des prestations de soins est suspendue pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 31 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme de gestion à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'administration centrale chargée de la Protection sociale et ses services déconcentrés. A cet effet, un médecin expert est désigné par le ministre en charge de la santé pour procéder à un nouvel examen. Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

Article 32 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la Protection sociale et du ministre chargé de la Santé.

CHAPITRE III : DU CONVENTIONNEMENT

Article 33 : Les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé publics, privés ou communautaires accrédités sont régies par des conventions qui sont conclues entre l'organisme de gestion et les représentants de ces prestataires.

Les tarifs appliqués au niveau des prestataires privés sont modulés en fonction du plateau technique.

Article 34 : Un modèle pour chaque type de convention est établi sur proposition de l'organisme de gestion après consultation des représentants des organisations professionnelles des prestataires de soins de santé accrédités et approuvé par arrêté du ministre chargé de la Protection sociale.

Article 35 : Les conventions fixent :

- les obligations des parties contractantes ;
- les tarifs de référence des prestations de soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les outils de garantie de la qualité des services ;
- les procédures et les modes de paiement des prestataires de soins ;
- les mécanismes de résolution des litiges.

Les délais et les modalités de conclusion des conventions sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 36 : Les conventions doivent être, préalablement à leur mise en œuvre, approuvées par le ministre chargé de la Protection sociale.

A défaut d'accord sur les termes, lors de la signature d'une convention, le ministre chargé de la Protection sociale reconduit d'office la convention précédente lorsqu'elle existe ou, le cas échéant, édicte un règlement provisoire s'imposant aux parties en désaccord et dont la durée ne peut excéder trois mois.

Article 37 : Le ministre chargé de la Protection sociale peut décider, sur demande de l'organisme de gestion et sans préjudice des sanctions prononcées par les ordres professionnels, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de s'expliquer.

Cette mise hors convention est décidée, soit pour une durée déterminée, soit définitivement.

Article 38 : La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente loi s'effectue, quel que soit le prestataire de soins, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention.

TITRE IV : DE L'ORGANISATION FINANCIERE, COMPTABLE ET TECHNIQUE

CHAPITRE I : DES RESSOURCES

Article 39 : Les ressources du régime d'assurance maladie universelle sont constituées par :

- les cotisations des personnes physiques et morales assujetties ;
- les majorations, astreintes et pénalités de retard dues aux cotisations des employeurs ;
- les pénalités financières appliquées aux situations de fraudes avérées ;
- les subventions de l'Etat ;
- la contribution des Collectivités territoriales ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements ;
- les dons et legs ;
- les revenus provenant des financements innovants;
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie universelle en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 40 : Les cotisations des personnes assujetties sont définies selon leur statut.

Article 41 : Le taux et l'assiette, les modalités et procédures de paiement ou de recouvrement des cotisations sont précisés par décret pris en Conseil des Ministres.

Le taux de cotisation doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier du régime d'assurance maladie universelle en tenant compte des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et pour alimenter la réserve de sécurité.

En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation est opéré dans les mêmes conditions.

Article 42 : Il est interdit à l'organisme de gestion ou aux organismes gestionnaires délégués d'utiliser les ressources du régime d'assurance maladie universelle à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

Article 43 : L'employeur est débiteur vis-à-vis de l'organisme de gestion de la totalité de la cotisation et est responsable de son versement.

Tout retard de paiement donne lieu à l'application d'une majoration de 2% par mois de retard du montant des cotisations dues à l'échéance, sans préjudice du droit pour l'organisme de gestion de recourir à l'application des dispositions relatives aux amendes.

Les cotisations font l'objet d'un prélèvement à la source par l'employeur ou de collecte auprès des assurés et sont versées à l'organisme de gestion par les organismes gestionnaires délégués.

Article 44 : Un décret pris en Conseil des Ministres précise la source et les modalités de paiement de la subvention des Collectivités territoriales.

Article 45 : Les organismes gestionnaires délégués sont débiteurs vis-à-vis de l'organisme de gestion des cotisations des assurés et sont responsables de leur reversement à l'organisme de gestion.

Article 46 : Les cotisations font l'objet de reversement par les organismes gestionnaires délégués à l'organisme de gestion dans les quinze (15) derniers jours de chaque mois.

Article 47 : L'organisme gestionnaire délégué qui n'a pas reversé dans les délais le montant des cotisations recouvrées doit payer en plus, à l'organisme de gestion, une pénalité correspondant à 2% du montant des cotisations échues et non reversées.

Article 48 : L'organisme de gestion peut selon les cas, user de tous les moyens légaux pour obliger l'organisme gestionnaire délégué à reverser les cotisations prélevées.

Article 49 : Avant la constatation des infractions aux dispositions du présent titre, la procédure de mise en demeure est obligatoirement appliquée.

Cette mise en demeure doit être faite par écrit avec accusé de réception. Elle est datée et signée ; elle précise les sommes dues et fixe un délai de quinze (15) jours dans lequel celles-ci devront être payées.

L'affaire est portée au contentieux, lorsque la dette n'a pas été réglée ni contestée dans les quinze (15) jours, l'organisme de gestion peut saisir le Président du Tribunal compétent qui rendra sous huitaine une ordonnance exécutoire nonobstant toute voie de recours.

Article 50 : En matière de recouvrement des cotisations, l'organisme de gestion jouit des privilèges du Trésor.

Article 51 : Les ressources collectées par le régime d'assurance maladie universelle sont employées à titre principal pour :

- la prise en charge des prestations de soins au bénéfice des assurés, pouvant inclure les actions de promotion de la santé et de prévention ;
- la gestion administrative du régime d'assurance maladie universelle dans la limite des ratios de la conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES) ;
- la constitution de réserves de sécurité.

Elles peuvent être affectées, à titre accessoire, selon des conditions et modalités définies par décret, à l'amélioration de l'offre de soins et aux placements pour autant que ces actions présentent un intérêt économique ou de santé publique.

Article 52 : L'organisme de gestion est tenu de constituer des réserves financières. La nature et les modalités de constitution de ces réserves sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE II : DE LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE

Article 53 : Le régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi vise un objectif d'équilibre financier entre ressources et dépenses.

Une étude actuarielle externe est réalisée tous les trois (03) ans afin d'apprécier la pérennité de l'équilibre financier. Les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés en Conseil des Ministres.

Article 54 : Les comptes et opérations du régime d'assurance maladie universelle sont soumis tous les trois (03) ans à un audit comptable et financier externe. Les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés en Conseil des Ministres.

Article 55 : L'organisme de gestion est tenu d'appliquer le plan comptable défini par la CIPRES.

CHAPITRE III : DU CONTROLE TECHNIQUE

Article 56 : Le contrôle de l'application des dispositions relatives au régime d'assurance maladie universelle est assuré dans des conditions définies par décret pris en Conseil des Ministres.

TITRE V : DE LA GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

CHAPITRE I : DES ORGANES DE GESTION ET DE REGULATION

Article 57 : La gestion du régime d'assurance maladie universelle est confiée à la Caisse nationale d'Assurance Maladie qui peut déléguer sous son contrôle et selon ses besoins certaines compétences à des organismes gestionnaires délégués.

Les termes de la délégation des compétences de l'organisme public aux organismes gestionnaires délégués sont précisés par une convention de délégation approuvée par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 58 : Sont organismes gestionnaires délégués du régime d'assurance maladie universelle :

- l'Institut national de Prévoyance sociale ;
- la Caisse malienne de Sécurité sociale ;
- l'Union technique de la Mutualité;
- l'Agence nationale d'Assistance médicale.

Nonobstant les dispositions de l'alinéa 1 du présent article, peuvent être déclarés OGD les sociétés commerciales justifiant d'une expertise en matière de gestion du risque maladie par décret pris en conseil des ministres.

Article 59 : L'organisme public de gestion alloue aux organismes gestionnaires délégués des dotations de gestion couvrant leurs dépenses de prestations et de gestion courante. Elle les appuie et les contrôle.

Article 60 : La gestion du régime d'assurance maladie universelle par les organismes gestionnaires délégués est autonome par rapport à celle des autres prestations assurées par eux.

A cet effet, les opérations financières et comptables afférentes au régime d'assurance maladie universelle font l'objet d'un budget autonome.

Article 61 : Le budget autonome des organismes gestionnaires délégués comprend en recettes les dotations de gestion allouées et en dépenses les paiements effectués au titre des prestations garanties et les dépenses de fonctionnement.

Article 62 : Les sessions des Conseils d'administration des organismes gestionnaires délégués, relatives au régime d'assurance maladie universelle, se tiennent séparément de celles relatives à la gestion des autres prestations.

Les décisions et recommandations des conseils d'administration des Organismes gestionnaires délégués relatives à l'assurance maladie doivent préalablement avant leur application recueillir l'avis favorable du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie.

Article 63 : Une Autorité de Régulation chargée d'assurer la gouvernance du régime d'assurance maladie universelle est créée.

Article 64 : Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Autorité de Régulation du régime d'assurance maladie universelle sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE II : DES REGLES D'AFFILIATION ET D'IMMATRICULATION

Article 65 : Pour bénéficier des prestations du régime d'assurance maladie universelle, l'assujetti doit être affilié et déclaré à l'organisme de gestion.

Article 66 : L'affiliation des personnes physiques assujetties au Régime d'assurance maladie universelle se fait à titre individuel directement auprès des organismes gestionnaires délégués.

L'employeur public ou privé est responsable de l'affiliation du personnel qu'il emploie.

Article 67 : L'affiliation d'un assuré à l'organisme de gestion prend effet à compter de la date de son immatriculation.

Article 68 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des catégories assujetties au régime d'assurance maladie universelle et des personnes à leur charge sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE III : DES CONDITIONS D'OUVERTURE, DE MAINTIEN ET DE SUSPENSION DU DROIT AUX PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

Article 69 : L'ouverture du droit aux prestations de soins de santé du régime d'assurance maladie universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations, que celles-ci soient payées par l'assuré ou par un tiers.

Pour les assurés éligibles au régime d'assistance médicale, l'ouverture du droit aux prestations de soins de santé prend effet à compter de la date de leur immatriculation.

Article 70 : Une période de stage préalable à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire. La durée de cette période de stage est fixée par décret pris en Conseil des Ministres. Par dérogation, cette disposition ne s'applique pas aux régimes non contributifs.

Article 71 : L'organisme de gestion est tenu de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et de vérifier en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie universelle.

Article 72 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever de l'un des régimes de l'assurance maladie universelle, indépendamment de leur volonté, bénéficient à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont pas remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période déterminée par décret pris en Conseil des Ministres.

Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir les conditions pour le bénéfice de l'autre régime, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est valide.

Article 73 : Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE IV : DES INCOMPATIBILITES

Article 74 : Dans le cadre de la gestion du régime d'assurance maladie universelle, il est interdit de cumuler la gestion des risques avec celle de l'établissement assurant des prestations de diagnostics, de soins ou d'hospitalisation et/ou de l'établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareils médicaux.

Les organismes gestionnaires délégués doivent se conformer, dans un délai de cinq ans, aux dispositions relatives aux présentes incompatibilités.

TITRE VI : DES RECOURS ET DES SANCTIONS

CHAPITRE I : DU RECOURS GRACIEUX

Article 75 : Avant d'être soumises à la juridiction compétente, les réclamations formulées contre les décisions prises par les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle sont obligatoirement portées, par lettre recommandée ou tout autre moyen de notification avec accusé de réception, devant une commission de recours gracieux.

La commission de recours gracieux est saisie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision, sous peine de prescription.

Article 76 : Les attributions, la compétence et le fonctionnement de la commission de recours gracieux sont fixés par les statuts particuliers des établissements publics à caractère social chargés de gérer le régime d'assurance maladie institué par la présente loi.

CHAPITRE II : DU CONTENTIEUX

Article 77 : La vérification du respect de l'obligation d'assurance maladie est effectuée par les agents dûment mandatés à cet effet par le ministre chargé de la Protection sociale.

Article 78 : A l'exception des contestations d'ordre médical, les litiges nés de l'application de la présente loi et de ses règlements sont réglés par les tribunaux compétents.

Article 79 : Lorsque les prestations de soins de santé prévues par la présente loi sont servies à un bénéficiaire victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle sont subrogés de plein droit à la victime dans son action contre le tiers responsable.

Article 80 : Si la victime ou les membres de la famille à charge, ont intenté une action en justice contre le tiers responsable en réparation du préjudice subi, ceux-ci doivent indiquer à tout moment de la procédure, que la victime est bénéficiaire du régime d'assurance maladie universelle.

A défaut de cette indication et faute pour la victime ou les membres de la famille à charge de rembourser les sommes indument perçues, une action en paiement desdites sommes est intentée contre eux par les organismes de gestion du régime.

Article 81 : Le règlement amiable, pouvant intervenir entre le tiers et la victime ou les membres de la famille à charge, ne peut être opposé aux organismes de gestion qu'autant que ces derniers ont été invités à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que soixante (60) jours après l'envoi de cette lettre.

Article 82 : Lorsque l'évènement ouvrant droit aux prestations est dû à la faute d'un tiers, l'organisme de gestion doit délivrer à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par l'assurance maladie sous réserve d'un droit de recours contre le tiers responsable.

L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément aux règles du droit commun, la réparation du préjudice causé.

Toutefois, l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le montant des prestations octroyées.

Le règlement amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne peut être opposé à l'organisme de gestion que s'il a été invité à participer à ce règlement.

Article 83 : Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations du régime d'assurance maladie universelle ou de la restitution des cotisations indument perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté au ministre chargé de la Protection sociale dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

CHAPITRE III : DES PRESCRIPTIONS

Article 84 : L'action en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur public ou privé ou un assuré relevant du régime, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par la mise en demeure adressée par les organismes de gestion.

Article 85 : L'action des fournisseurs de prestations de soins de santé contre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle est prescrite après deux années à compter de la naissance de ce droit.

L'action des bénéficiaires du régime d'assurance maladie universelle se prescrit par deux ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.

Article 86 : Les actions de l'organisme de gestion contre les bénéficiaires ou les fournisseurs de prestations de soins de santé à qui des avantages au titre du régime d'assurance maladie universelle ont été octroyés indument sont prescrites conformément aux dispositions du régime général des obligations. Le délai de prescription court à partir de la date de la découverte du paiement indu.

En cas de fraude ou de fausse déclaration, ce délai court à partir de la date de la découverte de la fraude ou de la fausse déclaration.

CHAPITRE IV : DES DISPOSITIONS PENALES

Article 87 : Sont passibles d'une amende de 600 000 à 5 000 000 F CFA :

- l'employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation aux organismes de gestion ;
- l'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations dans les délais prescrits ;
- l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues ;
- l'employeur qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme de gestion ou aux personnes assermentées pour vérifier le respect de l'obligation d'assurance maladie ;
- les praticiens ou les directeurs des établissements de santé qui refusent le contrôle médical sans préjudice de poursuites judiciaires et déontologiques.

Préalablement à toute sanction, l'organisme de gestion est tenu de faire une injonction à l'employeur de procéder à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Toute personne résidant dans une zone couverte par une mutuelle de santé et non affiliée à un régime spécifique, qui ne se sera pas affiliée à une mutuelle dans une période de trois (3) ans est passible d'une amende de 50 000 à 300 000 FCFA au moment de son affiliation au régime d'assurance maladie universelle.

Article 88 : Est puni d'une amende de deux à dix fois le montant de la fraude ou de l'abus constatés et du remboursement des sommes indument perçues au titre du régime d'assurance maladie universelle, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de sanctions prévues par le code pénal.

Article 89 : Les professionnels de santé ou les responsables des établissements de santé qui contreviennent aux dispositions de l'article 25 de la présente loi en refusant le contrôle médical sont passibles, sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal, d'une amende de 600 000 à 2 000 000 FCFA.

Article 90 : Toute fraude, fausse déclaration ou contrefaçon en vue du bénéfice de la prise en charge au titre de l'indigence expose son auteur aux sanctions prévues en la matière par le code pénal, sans préjudice pour l'organisme de gestion de demander le remboursement des frais des prestations de soins de santé dispensés à l'intéressé au titre de l'indigence.

Article 91 : Toute personne qui n'a pas procédé à son affiliation, trois (3) ans après le démarrage du régime d'assurance maladie universelle, et qui en exprimera la demande, sera susceptible de sanctions. Les modalités d'application des sanctions sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 92 : Est passible d'une amende de 65 000 FCFA pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais règlementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Dans tous les cas, les salariés concernés conservent le droit de recours auprès de la juridiction compétente en vue d'obtenir les dommages et intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

Article 93 : Est puni d'une amende de 65 000 à 325 000 FCFA et du remboursement des sommes indument perçues au titre du régime d'assurance maladie universelle, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de poursuites judiciaires.

Article 94 : Est passible d'une amende de 130 000 à 650 000 FCFA, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention et d'autres poursuites judiciaires.

Article 95 : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans ce titre.

Article 96 : Les sanctions prévues par les dispositions de la présente loi n'empêchent pas l'application des sanctions pénales et administratives prévues par la législation en vigueur.

TITRE VII : DES DISPOSITIONS DIVERSES, TRANSITOIRES ET FINALES

CHAPITRE I : DES DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 97 : Les conditions d'application de la présente loi sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 98 : A compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les personnes physiques ou morales, qu'elles soient du secteur public ou privé qui, à cette date, sont affiliées au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire et au Régime d'Assistance Médicale sont automatiquement affiliés au Régime d'Assurance Maladie Universelle.

Pendant une période de deux (2) ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les dispositifs de gestion du régime d'assurance maladie obligatoire, du régime d'assistance médicale, des gratuités et du système mutualiste demeureront en vigueur jusqu'à la mise en place de tous les outils et les mesures permettant de rendre opérationnel le RAMU.

Les personnes qui sont organisées en mutuelles sociales pour s'assurer une couverture médicale à titre volontaire doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés au régime d'assurance maladie universelle dans le délai transitoire de deux (2) ans.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS FINALES

Article 99 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Bamako, le 31 DEC. 2018

Le Président de la République,


Ibrahim Boubacar KEITA