

LOI N°09-015/DU 26 JUIN 2009,

PORTANT INSTITUTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 11 juin 2009 ;

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

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET

Article 1^{er} : Il est institué en République du Mali un régime d'Assurance Maladie Obligatoire en abrégé AMO.

Article 2 : Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire 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 leur famille à charge.

CHAPITRE II : DES DEFINITIONS

Article 3 : Pour l'application des dispositions de la présente loi, il faut entendre par :

- Accident du travail : accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail au travailleur.
- Assujetti : toute personne soumise au régime d'assurance maladie obligatoire eu égard à son statut.
- 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 volontaire aux régimes de l'INPS : ensemble des dispositions qui permettent de couvrir les personnes non assujetties au régime de l'INPS.
- Assuré : toute personne assujettie qui bénéficie de la couverture de l'assurance maladie.
- Convention : contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et le (s) représentant (s) des prestataires de soins de santé.

- Fonctionnaire : tout personnel titulaire ayant vocation exclusive à occuper au sein des services publics de l'Etat et des Collectivités Territoriales les emplois administratifs permanents.
- Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- Maladies professionnelles : maladies ou manifestations morbides dont l'origine est imputable à l'activité professionnelle du travailleur.
- Médecin/Pharmacien Conseil : praticien exerçant un contrôle médical/pharmaceutique pour le compte d'un régime d'assurance maladie.
- Organisme de gestion : organisme qui a en charge la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire.
- Pensionné : toute personne titulaire d'une pension allouée en vertu des régimes suivants :
 - le régime de pensions du secteur privé ;
 - le régime de retraite parlementaire ;
 - le régime des pensions des fonctionnaires ;
 - le régime général des pensions militaires.
- 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 de l'assurance maladie obligatoire.
- 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.
- 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 : événement susceptible de supprimer ou de diminuer la capacité de gain d'un assuré social (maladie) ou encore d'augmenter ses charges (maternité).
- Système de tiers payant : mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur.
- 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.

CHAPITRE III : DES PRINCIPES

Article 4 : L'Assurance Maladie Obligatoire est fondée sur les principes de la solidarité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers payant.

Les personnes assurées et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

TITRE III : DU CHAMP D'APPLICATION

CHAPITRE I : DES ASSUJETTIS

Article 5 : Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés ;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;
- les titulaires de pensions des secteurs public et privé, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pension militaire ;
- les employeurs des secteurs public et privé.

Sont assimilés aux employeurs assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire les organismes gérant des régimes publics de pensions.

Article 6 : Peuvent adhérer à l'Assurance Maladie Obligatoire, les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

CHAPITRE I : DES BENEFICIAIRES

Article 7 : Bénéficient de l'Assurance Maladie Obligatoire, les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge.

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

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

Article 8 : Sont enfants à charge

- les enfants issus du mariage de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré nés antérieurement au mariage ;
- les enfants que la femme de l'assuré a eus d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré à l'état civil ou divorce judiciairement prononcé ; toutefois dans ce dernier cas les enfants n'ouvrent pas droit aux prestations lorsqu'ils sont restés à la charge du premier mari ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption par l'assuré ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du Code de la Parenté ;
- les enfants légalement reconnus par l'assuré.

Article 9 : 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 Obligatoire.

CHAPITRE III : DES PRESTATIONS GARANTIES

Article 10 : L'Assurance Maladie Obligatoire 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.

- Pour les risques faibles : les consultations générales ou spécialisées, les médicaments, les analyses de laboratoire et imagerie médicale, soins médicaux, soins dentaires (sans prothèse) ;
- Pour les gros risques : les hospitalisations simples, les hospitalisations avec intervention chirurgicale.

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

Article 11 : La liste des prestations garanties est fixée par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé.

Article 12 : Les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

Article 13 : Sont exclues du champ des prestations garanties par l'Assurance Maladie Obligatoire, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce, la lunetterie, les prothèses dentaires et toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établie par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé.

TITRE III : DE LA PRISE EN CHARGE

CHAPITRE I : DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Article 14 : L'Assurance Maladie Obligatoire garantit 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, l'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Article 15 : Les taux de couverture par prestation ou groupes de prestations couvertes sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 16 : La prise en charge des frais de soins de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire est effectuée :

- à l'acte sur la base de la nomenclature des actes médicaux et des médicaments fixée par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé ;
- éventuellement, sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladie.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 17 : La tarification nationale de référence pour la prise en charge des prestations de soins garanties est celle établie par le Ministère de la Santé.

Toutefois, une tarification préférentielle peut être établie par voie de convention négociée entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé.

Pour les médicaments, le tarif national de référence est le prix public desdits médicaments établi par le Ministère de la Santé.

Article 18 : Les prestations garanties au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Article 19 : Le bénéficiaire de l'Assurance Maladie Obligatoire conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé dans le respect de la pyramide sanitaire et sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente loi et les textes pris pour son application.

Article 20 : Sont déterminés par décret pris en Conseil des Ministres :

- les modalités de dépôt des documents attestant les frais exposés par le prestataire de soins de santé ainsi que le délai de ce dépôt ;
- le délai maximum pour le déboursement au profit du prestataire de soins de santé.

CHAPITRE II : DU CONVENTIONNEMENT

Article 21 : Les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé publics, privés ou communautaires sont régies par des conventions qui sont conclues entre l'organisme de gestion et les représentants de ces prestataires.

Article 22 : 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 et approuvé par arrêté du Ministre chargé de la Protection Sociale.

Article 23: 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.

Article 24 : Les délais et les modalités de conclusion des conventions sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Ces 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 25 : 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 26 : 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.

CHAPITRE III : DU CONTROLE MEDICAL

Article 27 : 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 28 : 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 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 29 : 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 30 : 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 31 : 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 aux lieux d'hospitalisation 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 32 : 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 33 : 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 en charge de la Protection Sociale et ses services régionaux qui désignent un médecin expert pour procéder à un nouvel examen. Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

Article 34 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé.

TITRE IV : DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

CHAPITRE I : DES CONDITIONS D'OUVERTURE, DE MAINTIEN, DE SUSPENSION OU DE FERMETURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Article 35 : L'ouverture du droit aux prestations d'Assurance Maladie Obligatoire est subordonnée au paiement préalable des cotisations. L'organisme de gestion suspend le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas effectivement eu lieu.

Article 36 : Une période de stage préalable de six mois consécutifs à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire.

Article 37 : L'organisme de gestion est tenu de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 38 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit, du régime d'Assurance Maladie Obligatoire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour le bénéfice du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou du régime d'Assistance Médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

Article 39 : Les ayants droit de l'assuré décédé qui ne bénéficient d'aucune pension de survivant continuent de bénéficier, pendant une période d'une année, des prestations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire dont relevait le défunt.

CHAPITRE II : DE L'AFFILIATION ET DE L'IMMATRICULATION

Article 40 : Pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'assuré et ses ayants droit doivent être affiliés et déclarés à l'organisme de gestion.

Article 41 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE III : DES INCOMPATIBILITES

Article 42 : Dans le cadre de la gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire, il est interdit de cumuler la gestion des risques avec celle de l'établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou de l'établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux.

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

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

CHAPITRE I : DES RESSOURCES

Article 43 : Les ressources du régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont constituées par :

- les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard dues ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements ;
- les subventions ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie obligatoire en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 44 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de la rémunération ou du revenu des personnes assujetties.

Pour les salariés et fonctionnaires civils et militaires, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par ces personnes, y compris les indemnités et primes.

Pour les titulaires de pensions, la cotisation est assise sur le montant de la pension servie par les régimes de retraite de l'assuré à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Pour les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'Institut National de Prévoyance Sociale, la cotisation est assise sur le revenu forfaitaire de leurs classes de revenus.

Il doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier du régime d'Assurance Maladie Obligatoire 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 46 : Il est interdit à l'organisme de gestion d'utiliser les ressources de l'Assurance Maladie Obligatoire à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

Article 47 : 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, sans préjudice du droit pour l'organisme de gestion de recourir à l'application des dispositions relatives à l'amende.

Les cotisations font l'objet d'un prélèvement à la source par l'employeur et sont versées à l'organisme de gestion selon les conditions, modalités et délais fixes par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 48 : Les organismes gérant les régimes de pensions sont débiteurs vis-à-vis de l'organisme de gestion des cotisations des pensionnés et sont responsables de leur versement.

Article 49 : 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.

Article 50 : L'organisme de gestion est tenu d'observer un plan comptable spécifique en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur.

CHAPITRE II : DU CONTROLE FINANCIER, COMPTABLE ET TECHNIQUE

Article 51 : Les comptes et opérations de l'Assurance Maladie Obligatoire sont soumis chaque année à un audit comptable et financier externe diligenté par le Ministre en charge de la Protection Sociale.

L'audit est obligatoirement réalisé à l'effet de s'assurer de la bonne santé financière de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 52 : Une étude actuarielle de l'Assurance Maladie Obligatoire sera effectuée à la fin de la 2^{ème} année de fonctionnement. Par la suite, une étude actuarielle est réalisée tous les cinq ans.

TITRE VI : CONTENTIEUX, RECOURS ET SANCTIONS

Article 53 : La vérification du respect de l'obligation d'assurance maladie est effectuée par les agents dûment mandatés à cet effet par le Ministre en charge de la protection sociale.

Article 54 : Lorsque l'événement 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 55 : Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire ou de la restitution des cotisations indûment perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté au Ministre en charge de la Protection Sociale dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

Article 56 : Est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme de gestion avec injonction de procéder à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés, dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 57 : Est passible d'une amende de 65 000 F CFA pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, 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 58 : L'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations, dans les délais prescrits, est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA, sans préjudice pour l'organisme de gestion d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la présente loi et/ou d'intenter une action judiciaire en recouvrement desdites cotisations.

Article 59 : Est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues.

Article 60 : Est puni d'une amende de 65 000 à 325 000 F CFA et du remboursement des sommes indûment perçues au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire, 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 61 : Est passible d'une amende de 130 000 à 650 000 F CFA, 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 62 : Tout 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 est puni d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA.

Article 63 : Les praticiens ou les directeurs des établissements de Santé qui refusent le contrôle médical sont passibles d'une amende de 325 000 à 1 300 000 F CFA sans préjudice de poursuites judiciaires.

Article 64 : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans ce titre.

TITRE VII : DES PRESCRIPTIONS

Article 65 : Sont prescrites par quatre ans :

- l'action par l'employeur en remboursement des cotisations indûment versées à l'organisme de gestion à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées ;
- l'action de l'organisme de gestion en recouvrement des prestations indûment payées à un bénéficiaire à compter de la date du paiement desdites prestations, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration ;
- l'action du prestataire de soins de santé pour le paiement des soins délivrés par lui depuis six mois.

Article 66 : La prescription des cotisations et des majorations de cotisations est de trente ans s'il est établi que les cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées par l'employeur.

Le délai de prescription court à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements et mise en demeure adressés à l'employeur.

TITRE VIII : DE L'ORGANISME ADMINISTRATIVE

Article 67 : La gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire sera confiée à un organisme public qui déléguera 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.

CHAPITRE III : DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DELEGUES

Article 68 : L'organisme public de gestion délègue, sous son contrôle, l'exécution des fonctions techniques de recouvrement des cotisations et de paiement des prestataires de soins à des organismes gestionnaires délégués.

Article 69 : Les organismes de gestion délégués sont, chacun en ce qui concerne sa population couverte, chargés de :

- permettre l'attestation des droits des bénéficiaires auprès des formations conventionnées ;
- payer les prestataires de soins conventionnés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour les services rendus aux bénéficiaires ;
- établir les statistiques et les données financières et comptables correspondant à leurs activités de gestion ;
- recouvrer et reverser à la Caisse les cotisations de l'assurance maladie.

Article 70 : Sont organismes gestionnaires délégués du régime d'assurance maladie obligatoire :

- la Caisse des Retraites du Mali pour les fonctionnaires, civils et militaires, les députés et pensionnés de ces catégories ;
- l'Institut National de Prévoyance Sociale pour les salariés et les pensionnés de cette catégorie.

Article 71 : 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 72 : La gestion de l'assurance maladie obligatoire 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 à l'assurance maladie obligatoire font l'objet d'un budget autonome.

Article 73 : 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 74 : Les sessions des Conseils d'administration des organismes gestionnaires délégués relatives à l'assurance maladie obligatoire se tiennent séparément de celles relatives à la gestion des autres prestations.

TITRE IX : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 75 : Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les employeurs publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs travailleurs une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats de groupe auprès de compagnies d'assurance, soit dans le cadre de mécanismes internes, doivent procéder à l'affiliation et à l'immatriculation de leurs travailleurs au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire.

De même, les travailleurs qui, à cette même date, sont organisés en mutuelles pour s'assurer une couverture Médicale à titre volontaire doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire.

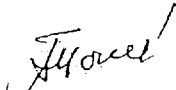
Toutefois, les employeurs et les travailleurs visés aux alinéas précédents peuvent transformer leur couverture Médicale en couverture complémentaire.

Article 76 : Un décret pris en Conseil des Ministres fixe les détails de l'application de la présente loi.

Article 77 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Bamako, le 26 JUIN 2009.

Le Président de la République,


Amadou Toumani TOURE