

MINISTERE DE LA SOLIDARITE  
ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
COMITE DE REFLEXION POUR L'OPERATIONNALISATION  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

-----  
GROUPE D'EXPERTS POUR LA MISE EN PLACE DU REGIME  
D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (RAMU)

-----  
SOUS GROUPE ASPECTS JURIDIQUES ORGANISATIONNELS ET INSTITUTIONNELS

## AVANT PROJET DE LOI INSTITUANT LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU MALI (RAMU)

### TITRE I DES 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 dénommé 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 leur famille à charge.

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

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 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.

Article 5 : L'assurance maladie complémentaire est destinée à la prise en charge des frais à la charge de l'assuré au titre du ticket modérateur et/ou les prestations non couvertes par le RAMU.

Article 6 : Les modalités d'affiliation et d'organisation du régime d'assurance maladie complémentaire seront définies par Décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 7 :** Le RAMU comprend des dispositifs contributifs et des dispositifs non contributifs.

## **CHAPITRE II DES DEFINITIONS**

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

### **Assurance Maladie Universelle :**

Dispositif de tiers payant couvrant, par un système de solidarité entre les différentes catégories de la population, 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 Maladie Complémentaire :**

L'assurance maladie complémentaire est une assurance facultative. Elle est fondée sur le principe de la liberté contractuelle et offre un plus grand choix de soins, de prestations et de prestataires par rapport à l'assurance obligatoire des soins ou l'assurance maladie de base qui est une assurance obligatoire pour toutes les personnes résidant au Mali

### **Maladie :**

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

### **Maladie professionnelle :**

Maladie ou manifestation morbide dont l'origine est imputable à l'activité professionnelle du travailleur.

### **Organisme de gestion :**

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

### **Régime d'Assurance Maladie Obligatoire :**

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

### **Assurance volontaire aux régimes de l'INPS :**

Ensemble des dispositions qui permettent de couvrir les personnes non assujetties au régime de l'INPS.

### **Bénéficiaire :**

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

### **Assuré :**

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

**Tiers payant :**

Mécanisme de facilité de paiement par lequel l'assurance maladie universelle paie 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.

**Assujetti :**

Toute personne 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.

**Fonctionnaire :**

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

**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 liées à la personne et la réparation de leurs conséquences.

**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.

**Risque :**

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

**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.

**Affiliation :**

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

**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.

**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.

**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.

**Contrôle médical :**

Opération consistant à vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, à apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et à constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

**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.

**Médecin ou pharmacien conseil :**

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

**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 compte d'un organisme assureur.

**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 système d'assurance maladie universelle.

**Prestations de soins de santé :**

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

**Subrogation :**

Toute opération par laquelle une personne est substituée à une autre dans un rapport juridique. Elle peut être fondée sur une disposition légale ou sur un contrat.

**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 à l'assurance maladie universelle, les organismes gérant des régimes publics de pensions et les organisations mutualistes.
- Par dérogation, les fonctionnaires ou autres agents de l'état travaillant dans les représentations diplomatiques et consulaires du Mali. Les modalités de leur prise en charge seront déterminées par Décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 10 :** Le détail des personnes assujetties sera précisé par décret pris en Conseil des Ministres.

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

**Article 12** : Les modalités d'affiliation des catégories éligibles à l'actuel régime d'assurance volontaire de l'INPS seront 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 ;
- les pensionnaires des établissements de bienfaisance ou orphelinats ou des établissements de rééducation et tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant les enfants abandonnés ou adultes sans familles ;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires et leurs ayants droit ;
- les personnes sans domicile fixe.

**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 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 eu 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 a contribué 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 16** : 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 17** : Les modalités de prise en charge des bénéficiaires seront précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

### **CHAPITRE III. DES PRESTATIONS DE SOINS GARANTIES**

**Article 18** : L'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 19** : La liste des prestations garanties est fixée par Arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre en charge de la Santé.

**Article 20** : 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 celles de l'assurance maladie universelle seront fixées par Décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 21** : Sont exclues du champ des prestations garanties par l'assurance maladie universelle les prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établis par Arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre en charge 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 22** : L'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.

**Article 23** : L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge au titre du ticket modérateur et les prestations non couvertes par le régime d'assurance maladie universelle.

**Article 24** : Les taux de couverture par prestation ou groupes de prestations couvertes sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 25** : 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.

#### **CHAPITRE II. DU CONTROLE MEDICAL**

**Article 26** : 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 27** : 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 28** : 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 29** : 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 30** : 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 31** : 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 32** : 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 33** : 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 en charge de la santé.

### **CHAPITRE III. DU CONVENTIONNEMENT**

**Article 34** : 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 35** : 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 36** : 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 37** : 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 38** : 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 39** : 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 40** : Les ressources du régime d'assurance maladie universelle sont constituées par :

- les cotisations des personnes 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'État ;
- 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 41** : Les cotisations des personnes assujetties sont définies selon leur statut.

**Article 42** : 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 43** : Il est interdit à l'organisme de gestion d'utiliser les ressources de l'assurance maladie universelle à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

**Article 44** : 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 par les organismes gestionnaires délégués.

**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 versement à l'organisme de gestion.

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

**Article 47 :** L'organisme gestionnaire délégué qui n'a pas reversé 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 elle 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, en abrégé CIPRES ;
- la constitution de réserves de sécurité ;
- les placements.

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

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 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.

**Article 53 :** L'organisme de gestion est tenu d'appliquer le plan comptable défini par la CIPRES.

## **CHAPITRE II GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE**

**Article 54 :** 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 ans afin d'apprécier la pérennité de l'équilibre financier. Les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

**Article 55** : Les comptes et opérations du régime d'assurance maladie universelle sont soumis tous les trois ans à un audit comptable et financier externe. Les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

### **CHAPITRE III. DISPOSITIONS FISCALES**

**Article 56** : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle jouit pour toutes ses activités sociales d'un régime fiscal privilégié ainsi défini :

- exonération de tous impôts et taxes, notamment de l'impôt sur le bénéfice industriel et commercial, de la patente et de l'impôt foncier ;
- exonération des droits et taxes de douane à l'importation pour tous les matériels et produits liés à ses activités sociales.

**Article 57** : Les cotisations versées à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestations payées par lui sont exonérées de tous impôts et taxes.

**Article 58** : Les pièces et actes relatifs à l'application de la présente loi sont délivrés gratuitement et exemptés de droit de timbre et d'enregistrement.

**Article 59** : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle dispose pour le recouvrement de ses créances, de prérogatives et privilèges analogues à ceux du Trésor Public. Ses privilèges prennent rang immédiatement après les créances de salaire.

**Article 60** : Les biens et les deniers de l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle sont insaisissables et aucune opposition ne peut être pratiquée sur les sommes qui lui sont dues.

Les créanciers porteurs de titre exécutoire peuvent, à défaut d'un règlement immédiat, se pourvoir devant le conseil d'administration de l'organisme de gestion, qui est tenu de procéder à l'inscription du crédit au budget suivant et à son paiement.

### **CHAPITRE IV. CONTROLE TECHNIQUE**

**Article 61** : Le contrôle de l'application des dispositions relatives au régime d'assurance maladie universelle est assuré dans des conditions définies par décret.

## **TITRE V. DE LA GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE**

### **CHAPITRE I. DES ORGANES DE GESTION ET DE REGULATION**

**Article 62** : La gestion du régime de l'assurance maladie universelle sera confiée à un organisme public qui délèguera 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 63** : L'organisme public de gestion délègue, sous son contrôle, l'exécution des fonctions techniques de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations de soins à des organismes gestionnaires délégués.

**Article 64** : 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 universelle 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 l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle les cotisations de l'assurance maladie.

**Article 65** : Sont organismes gestionnaires délégués du régime d'assurance maladie universelle :

- L'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) ;
- La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) ;
- L'Union Technique de la Mutualité (UTM) ;
- L'Organe d'Identification des Indigents (OII) (ANAM).

**Article 66** : 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 67** : La gestion de l'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 à l'assurance maladie universelle font l'objet d'un budget autonome.

**Article 68** : 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 69** : Les sessions des Conseils d'administration des organismes gestionnaires délégués relatives à l'assurance maladie universelle se tiennent séparément de celles relatives à la gestion des autres prestations.

**Article 70** :

Une Autorité de Régulation chargée d'assurer la gouvernance du régime d'assurance maladie universelle sera mise en place.

L'Autorité de Régulation veille à ce que la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle respecte les dispositions légales.

L'Autorité constitue en outre une voie de recours en cas de litige entre les différentes parties prenantes du dispositif à savoir l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, l'INPS, la CMSS, l'UTM, l'OII, les prestataires, les bénéficiaires.

Elle assure le suivi évaluation du régime d'assurance maladie universelle.

**Article 71:** Les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement de l'Autorité de Régulation du régime d'assurance maladie universelle seront précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

## **CHAPITRE II. DES REGLES D’AFFILIATION ET D’IMMATRICULATION**

**Article 72 :** Pour bénéficier des prestations du régime d'assurance maladie universelle, l'assujetti doit être affilié et déclaré à l'organisme de gestion.

**Article 73 :** L'affiliation des personnes physiques assujetties aux organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle se fait soit à titre individuel directement auprès des dits organismes, soit par le biais d'un organisme assurant la gestion d'un régime public de prévoyance ou pratiquant la mutualisation du risque maladie au profit d'un groupe de personnes et ayant reçu une délégation de gestion à cet effet.

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

**Article 74 :** L'affiliation et l'immatriculation d'un assuré aux organismes de gestion prend effet à compter de la date de son immatriculation.

**Article 75 :** Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des catégories assujetties au régime d'assurance maladie universelle, 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 76 :** 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.

**Article 77 :** 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. Par dérogation, cette disposition ne s'applique pas aux régimes non contributifs.

**Article 78 :** 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 79 :** Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever de l'un des régimes du régime d'assurance maladie universelle 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.

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 80 :** Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont définies par décret.

## **TITRE VI. DES RECOURS GRACIEUX DES CONTENTIEUX DES PRESCRIPTIONS ET DES DISPOSITIONS PENALES**

### **CHAPITRE I. DES RECOURS GRACIEUX**

**Article 81 :** 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 moyens 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 82 :** Les attributions, la compétence et le fonctionnement de la commission de recours gracieux sont fixés par les statuts particuliers des établissements publics de prévoyance sociale chargés de gérer le régime d'assurance maladie institué par la présente loi.

### **CHAPITRE II. DES CONTENTIEUX**

**Article 83 :** 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 84 :** 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 la juridiction compétente.

**Article 85 :** 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, pour réclamer la restitution des sommes indument versées à la victime ou des frais des prestations dont elle a bénéficié.

**Article 86 :** 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 de l'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 des dites sommes est intentée contre eux par les organismes de gestion du régime.

**Article 87** : 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 jours après l'envoi de cette lettre.

**Article 88** : 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 89** : 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 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 90** : 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 91** : 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 92** : 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 93** : 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 94** : Est puni d'une amende de 65 000 à 325 000 F CFA et du remboursement des sommes indûment 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 95** : 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 96** : 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 97** : Les praticiens ou les directeurs des établissements de santé qui refusent le contrôle médical sont passible d'une amende de 325 000 à 1 300 000 F CFA sans préjudice de poursuites judiciaires.

**Article 98** : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans ce titre.

### **CHAPITRE III. DES PRESCRIPTIONS**

**Article 99** : 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.

Il en est également des paiements indus visés par l'alinéa 2 de l'article 56 ci-dessus.

**Article 100** : L'action des fournisseurs de prestations de soins de santé contre les organismes de gestion de l'assurance maladie universelle est prescrite après deux années à compter de la naissance de ce droit.

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

**Article 101** : Les actions de l'organisme de gestion contre les bénéficiaires ou les fournisseurs de prestations de soins de santé à qui les 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 102** : Est passible d'une amende de 100 000 à 300 000 F CFA, tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation aux organismes de gestion.

La sanction prévue à l'alinéa 1 est assortie d'une injonction pour l'employeur de procéder à son affiliation et à l'immatriculation de ses salariés, 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 des dommages intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

Tout personne résidant dans une zone couverte par une mutuelle et non affiliée à un régime spécifique, qui ne se sera pas affiliée dans une période de trois ans est passible de pénalités au moment de son affiliation au régime d'assurance maladie universelle.

Les modalités d'application des pénalités seront précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 103** : Est puni d'une amende de dix à cent 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 104** : 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 F CFA.

**Article 105** : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans le présent chapitre.

**Article 106** : 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 107** : Toute personne qui n'a pas procédé à son affiliation, trois 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 seront précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 108** : Les sanctions prévues par les dispositions de la présente loi n'empêche pas l'application des sanctions pénales et administratives prévues par la législation en vigueur.

## **TITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES TRANSITOIRES ET FINALES**

### **CHAPITRE I. DES DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES**

**Article 109** : Les conditions d'application de la présente loi sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 110** : A titre transitoire et 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 d'assurance maladie universelle institué par la présente loi.

Les travailleurs qui sont organisés en mutuelles sociales pour s'assurer une couverture médicale à titre volontaire doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés régime d'assurance maladie universelle dans le délai transitoire de deux ans fixé à l'alinéa 1 du présent article.

## **CHAPITRE II. DES DISPOSITIONS FINALES**

**Article 111** : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE  
ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*

COMITE DE REFLEXION ET SUIVI DE L'OPERATIONNALISATION  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

\*\*\*\*\*

GROUPE D'EXPERTS POUR L'OPERATIONNALISATION  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

AGENDA DES JOURNEES NATIONALES DE CONCERTATION AUTOUR DE  
L'AVANT-PROJET DE LOI INSTITUANT LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE  
UNIVERSELLE AU MALI (RAMU)

HORAIRES	PROGRAMMES/ACTIVITES	RESPONSABLES
<b>JOUR 1 (13 / 11 / 2017)</b>		
8H00 -9H00	Accueil / Installation des participants	Organisateurs
9H00-10H00	<b>Cérémonie d'ouverture :</b> - ouverture de la séance ; - présentation du programme ; - mots de bienvenue du Maire ; - Intervention du Ministre de la Santé - Discours d'ouverture	Ministre Maitre de cérémonie Maire de la Commune IV Ministre de la SHP Ministre de la SAH
10H00- 10H30	SUSPENSION DE SEANCE ET PAUSE-CAFE	Organisateurs
10H30-10H45	Présentation des TDR et de l'agenda de l'atelier	Groupe d'experts
10H45-11H00	Présentation du processus de mise en place du RAMU	Modérateur du groupe d'experts
11H00- 11H30	Présentation du projet de loi instituant le RAMU	Facilitateur sous-groupe « aspects juridiques, organisationnels et institutionnels »
11H30-13H00	Echanges sur les présentations	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30-16H00	Travaux de groupes (fin de journée)	Participants / facilitateurs
<b>JOUR 2 (14/ 11 / 2017)</b>		
8H30-10H30	Suite travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
10H30-11H00	PAUSE-CAFE	Organisateurs
11H00- 13H00	Suite des travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30-16H00	Suite et fin des travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
<b>JOUR 3 (15 / 11 / 2017)</b>		
8H30-10H30	Plénière (Groupes 1 et 2)	Participants/Facilitateurs
10H30-11H00	PAUSE-CAFE	Organisateurs
11H00- 13H00	Plénière (Groupes 3, 4 et 5)	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30-15H00	Rédaction de la synthèse et des recommandations	Rapporteurs généraux
15H00-15H30	Validation de la synthèse	Participants/Facilitateurs
15H30-16H00	<b>Cérémonie de clôture :</b> - ouverture de la séance; - présentation de la synthèse ; - Discours de clôture	Ministre de la SAH Rapporteur général Ministre de la SAH

MINISTERE DE LA SOLIDARITE  
ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*

COMITE DE REFLEXION ET SUIVI DE L'OPERATIONNALISATION  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

\*\*\*\*\*

GROUPE D'EXPERTS POUR L'OPERATIONNALISATION  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

**AGENDA DES JOURNEES NATIONALES DE CONCERTATION AUTOUR DE  
L'AVANT-PROJET DE LOI INSTITUANT LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE  
UNIVERSELLE AU MALI (RAMU)**

HORAIRES	PROGRAMMES/ACTIVITES	RESPONSABLES
<b>JOUR 1 (30 / 10 / 2017)</b>		
8H00 -9H00	Accueil / Installation des participants	Organisateurs
9H00 – 10H00	<b>Cérémonie d'ouverture :</b> - ouverture de la séance ; - présentation du programme ; - mots de bienvenue du Maire ; - Sketch - Intervention du Ministre de la Santé - Discours d'ouverture	Ministre Maitre de cérémonie Maire de la Commune IV Groupe Niogolon Ministre de la SHP Ministre de la SAH
10H00- 10H30	SUSPENSION DE SEANCE ET PAUSE-CAFE	Organisateurs
10H30-10H45	Présentation des TDR et de l'agenda de l'atelier	Groupe d'experts
10H45 – 11H00	Présentation du processus de mise en place du RAMU	Modérateur du groupe d'experts
11H00- 11H30	Présentation du projet de loi instituant le RAMU	Facilitateur sous-groupe « aspects juridiques, organisationnels et institutionnels »
11H30-13H00	Echanges sur les présentations	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30 – 16H00	Travaux de groupes (fin de journée)	Participants / facilitateurs
<b>JOUR 2 (31 / 10 / 2017)</b>		
8H30 – 10H30	Suite travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
10H30 – 11H00	PAUSE – CAFE	Organisateurs
11H00- 13H00	Suite des travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30 – 16H00	Suite et fin des travaux de groupe	Participants/Facilitateurs
<b>JOUR 3 (01 / 11 / 2017)</b>		
8H30 – 10H30	Plénière (Groupes 1 et 2)	Participants/Facilitateurs
10H30 – 11H00	PAUSE-CAFE	Organisateurs
11H00- 13H00	Plénière (Groupes 3, 4 et 5)	Participants/Facilitateurs
13H00-14H30	PAUSE DEJEUNER	Organisateurs
14H30 – 15H00	Rédaction de la synthèse et des recommandations	Rapporteurs généraux
15H00-15H30	Validation de la synthèse	Participants/Facilitateurs
15H30 – 16H00	<b>Cérémonie de clôture :</b> - ouverture de la séance; - présentation de la synthèse ; - Discours de clôture	Ministre de la SAH Rapporteur général Ministre de la SAH