



CAISSE MALIENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE

ASSURANCE
MALADIE
OBLIGATOIRE

www.cmss-mali.org



Présentation de l'AMO

Instaurée par la loi N° 015 du 26 Juin 2009, le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en abrégé AMO, vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérente à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge.

Les dispositions de cette loi N°015 assurent une couverture sans discrimination et ont largement pour fondement les principes de solidarité, de contribution et de la mutualisation des risques, qui restent ancrés dans la culture et les mœurs maliens. Ainsi, Le régime de l'AMO est unique en ce sens que les différents affiliés (fonctionnaires, travailleurs, députés) paient les mêmes taux de cotisation (exceptés les retraités) et les affiliés et leurs ayants droit bénéficient des mêmes paniers de soins définis.

L'Assurance Maladie Obligatoire bénéficie à la fois aux personnes assujetties ainsi que les membres de leurs familles à charge, suivant un respect des conditions et procédures de prises en charge, qui sont de plus en plus facilité et accessible. En effet, la gestion

de l'Assurance Maladie Obligatoire incombe à la fois à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), en tant qu'Organisme Gestionnaire, qui délègue par la force de la loi certaines de ses prérogatives à d'autres structures étatiques impliquées dans les questions de sécurité sociale.

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), au travers de plusieurs activités joue son rôle d'Organisme Gestionnaire Délégué (OGD) pour permettre aux affiliés de bénéficier pleinement des avantages de l'AMO.

Avantages de l'AMO

En plus de son impact direct sur le budget santé des assurés, l'AMO est aujourd'hui un tremplin unique de solidarité et gage d'équité et de croissance économique du Mali parce qu'elle permet de :

- réduire la pauvreté et la vulnérabilité des populations par l'amélioration de la solvabilité des assurés ;
- concrétiser le slogan « la Santé pour Tous » par l'amélioration de l'accès aux soins de santé sans discrimination,
- construire une dynamique de qualité dans les centres de soins de santé par le système de conventionnement,
- favoriser l'utilisation sans crainte des services de santé

In fine, l'AMO, participe pleinement à l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires grâce à un meilleur accès aux soins de santé par la levée de la barrière financière jusque là motivée par le paiement direct.

Les procédures à suivre

1. AFFILIATION

La toute première étape pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire est celle de l'affiliation et de la déclaration auprès de l'organisme gestionnaire délégué qu'est la CMSS.

La CMSS reçoit, ainsi donc, les déclarations des affiliés tels que :

- Fonction Publique :

Les Fonctionnaires des cadres permanents des administrations et Etablissements Publics tels qu'ils sont définis au Statut Général

- Fonction publique des Collectivités Territoriales

Les fonctionnaires des collectivités territoriales;

- Forces Armées

Les agents civils et militaires de la République du Mali ;

- Les parlementaires.

Les membres de la famille à charge de l'affilié, c'est-à-dire le (s) conjoint (es) et les enfants et les ascendants directs, bénéficient aussi de l'Assurance Maladie Obligatoire.

2. PRÉ-IMMATRICULATION

Le rôle de la CMSS dans la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire est aussi de participer à l'immatriculation des affiliés en procédant, à son niveau, à une pré-immatriculation.

La pré-immatriculation est l'ensemble des opérations mises en œuvre pour recueillir et contrôler les informations relatives aux assurés en vue de leur immatriculation et de celle de leurs ayants droit. Elle est subordonnée au dépôt à la CMSS, d'une demande expresse de l'assuré ou de son employeur.

a. Description du dossier de demande d'immatriculation

Le dossier de demande d'immatriculation est l'ensemble des pièces administratives et d'état civil requises fournies par l'assuré ou son employeur pour permettre l'attribution d'un numéro d'immatriculation. Le dossier est composé de la demande et des pièces justificatives de l'identité et de l'emploi du demandeur, aussi cette demande est simultanée à celle des personnes prises en charge.



Les renseignements mentionnés sur le formulaire de demande d'immatriculation doivent être obligatoirement accompagné des pièces justificatives suivantes :

Cas des fonctionnaires civils, militaires et parlementaires en activité :

- un extrait d'acte de mariage ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou d'un jugement supplétif en tenant lieu
- un certificat de vie des enfants âgés de moins de 14 ans ;
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 14 à 21 ans et poursuivant des études dans un établissement, public ou privé, d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ;
- un certificat médical justifiant l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée pour les enfants handicapés ;
- un extrait d'acte de naissance du père ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance de la mère ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- le certificat de vie des père et mère ;
- une attestation de dépendance économique des ascendants directs délivrée par l'autorité communale ;
- l'arrêté d'intégration dans la fonction publique ;
- l'arrêté de titularisation ;
- une attestation de non bénéficiaire de l'Assurance Maladie Obligatoire des ascendants directs.

Cas des pensionnés de la CMSS :

- un extrait d'acte de mariage ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un certificat de vie des enfants âgés de moins de 14 ans ;
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 14 à 21 ans et poursuivant des études dans un établissement, public ou privé, d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ;
- un certificat médical justifiant l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée pour les enfants handicapés ;
- un extrait d'acte de naissance du père ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance de la mère ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- le certificat de vie des père et mère ;
- une attestation de dépendance économique des ascendants directs délivrée par l'autorité communale ;
- une attestation de non bénéficiaire de l'Assurance Maladie Obligatoire des ascendants directs.

Le formulaire de demande d'immatriculation rempli par les assurés ou leur employeur permet de recueillir des informations sur l'identité civile de l'assuré, celle de ses ascendants directs et de ses enfants, sur ses états de service, et sur sa localisation géographique. Lesquels renseignements sont complétés par : le statut administratif du père et de la mère (agent public, salarié, travailleur indépendant, rentier ou pensionné, étudiant ou autre) ; sa position administrative (en activité ou à la retraite) ; sa date de prise de service ; la dénomination et le numéro d'affiliation de l'employeur cotisant ; son numéro d'identification auprès des autres institutions le cas échéant ; son grade, indice et numéro matricule attribué par la direction de la solde pour les agents de l'Etat ; et le nom de l'organisme payeur pour les titulaires de pension ou rente.

Ces pièces ci-dessus énumérées doivent être complétées par une photo d'identité du bénéficiaire et de ses ayants droit de plus de 14 ans.



b. Description de la procédure de pré-immatriculation

Après réception de la demande d'immatriculation, la CMSS procède à son examen et au traitement suivant

- La transcription du dossier qui consiste à récapituler les informations fournies par l'assuré sur une fiche de saisie ;
- La saisie des informations de la fiche préalablement transcrite sur le logiciel de gestion de l'assurance maladie dénommé ESQUIF ;
- La transmission à la CANAM des pièces justificatives accompagnant la demande en vue de l'attribution d'un numéro d'immatriculation à l'affilié et ses ayants droit. Cette dernière étape aboutira à la confection de la carte de l'assuré et éventuellement de ses ayants droit ;
- La réception des cartes et leur distribution aux assurés.

3. LA CARTE D'ASSURÉ

La carte d'assuré social délivrée à la fin du processus d'immatriculation permet à l'assuré et aux membres de sa famille (ayant droit à des cartes personnalisées) de solliciter toute prestation de santé à la charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette carte comporte une photographie et les éléments nécessaires à l'identification et le numéro d'immatriculation.

En plus de réceptionner les cartes de ses affiliés, la CMSS intervient pour payer les prestations de soins conventionnés dans le cadre de l'assurance Maladie Obligatoire pour les services rendus au bénéficiaires, elle établie les statistiques et les données financières et comptables correspondant à son activité de gestion et surtout, elle recouvre et reverse à la CANAM suivant un procédé comptable bien maitrisé les cotisations de l'assurance maladie.



4. Cotisations

LE SYSTÈME DE COTISATION FONCTIONNE SUR LA BASE D'UNE RETENUE À LA SOURCE ET SUIVANT UNE RÉPARTITION DES TAUX ENTRE L'EMPLOYEUR (L'ÉTAT DANS LE CAS DES AFFILIÉS DE LA CMSS) ET LE FONCTIONNAIRE OU LE (LA) RETRAITÉE.

a. Les taux de cotisations

La couverture des charges du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire est assurée par une cotisation en deux parts : la part de l'employeur et celle du travailleur pour les agents publics et les salariés. Pour les pensionnés, la part de la cotisation est unique.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

- salarié en activité : 3,06%
- employeur (Etat) : 4,48%
- employeur (secteur privé) : 3,50%
- pensionné : 0,75%
- assuré volontaire : 6,56%

b. L'assiette de cotisations

L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut d'appartenance des personnes assujetties :

- Pour les salariés et les 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 députés, la cotisation est assise sur les indemnités parlementaires.
- 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.

5. Prise en charge du panier de soins

L'AMO COUVRE LES SOINS AMBULATOIRES (MALADE NON HOSPITALISÉ), LES HOSPITALISATIONS ET LES PRESTATIONS DE MATERNITÉ. SPÉCIFIQUEMENT, LE PANIER DE SOINS EST SUBDIVISÉ EN « RISQUES FAIBLES OU PETITS RISQUES » ET EN « GROS RISQUES »

i. Risques faibles ou petits risques :

- Consultations générales ou spécialisées ;
- Soins médicaux ;
- Imagerie médicale ;
- Médicaments (essentiels de type générique) ;
- Analyses de laboratoire ;
- Soins dentaires (sans prothèses) ;
- Maternité.

ii. Gros risques

- Hospitalisations simples;
- Hospitalisation avec intervention chirurgicale.

Toutes les prestations offertes dans le cadre des petits risques sont valables pour les hospitalisations.



Taux de prise en charge

Pour la participation de l'assuré dans la prise en charge des prestations, un « ticket modérateur » est mis en place. Il est constitué du reliquat non pris en charge par l'AMO ; soit 20 % et 30 % respectivement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire.

Le système de paiement repose sur le principe du remboursement par l'AMO au prestataire de la part des montants pris en charge par le régime.

Le taux de prise en charge se précise comme suit :

- Soins d'Hospitalisation : 80%
- Soins Ambulatoires : 70%.

Les exclusions

L'AMO exclut de son champ d'intervention

Les Maladies ou interventions déjà gratuites, parce que subventionnées par l'Etat (césarienne, lèpre, tuberculose, vaccination dans le cadre du PEV, ARV, etc), les évacuations sanitaires sur l'extérieur, les soins de luxe (cures thermales, chirurgie esthétique etc.) et lunetterie.

Liquidation des Prestations

Dans le cadre de la liquidation des feuilles de soins et du remboursement des frais occasionnés par la prise en charge de ses assurés, la CMSS est chargée de :

- vérifier la régularité des justificatifs des prestations servies par les structures conventionnées ;
- vérifier la conformité de la tarification des feuilles et factures de soins en provenance des structures conventionnées conformément à la réglementation ;
- évaluer les montants à rembourser aux prestataires de soins ;
- procéder au paiement direct des frais à rembourser dans la limite du taux de 70% ou de 80% pour toutes prestations figurant dans le panier de soins de l'assurance maladie obligatoire ;
- soumettre à la CANAM avant la liquidation toutes les prestations dont la prise

en charge requiert l'accord préalable du médecin contrôleur de la CANAM.

Au niveau de la CMSS, la liquidation des prestations est organisée de la manière suivante :

1. **CENTRE DE PAIEMENT** : les feuilles et factures de soins sont réceptionnées et font l'objet d'un contrôle de conformité et de complétude du dossier avant transmission à la DR.

2. **DIRECTION RÉGIONALE** : les feuilles et factures de soins sont reçues et un travail de pré liquidation est fait à ce niveau. Les montants à rembourser sont évalués conformément à la tarification en vigueur. Après pré-liquidation, les dossiers sont contrôlés par les médecins-conseils régionaux et transmis à la Direction Générale pour liquidation et paiement.

3. **DIRECTION GÉNÉRALE** : les feuilles et factures de soins transmises par les DR CMSS et les hôpitaux nationaux. Elles sont soumises au contrôle des médecins-conseils et définitivement liquidées par la Sous Direction Maladie qui les transmet à la Sous Direction Finances et logistiques pour prise en charge.





CAISSE MALIENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE

ACI 2000 BAMAKO

BP : 484 BAMAKO-MALI

TÉL. : 20 29 30 46 - 20 29 27 07

FAX: 20 29 62 98

E-MAIL :

WEB: WWW.CMSS-MALI.ORG