

Joc
PRIMATURE

SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

DECRET N°09-552/P-RM DU 12 OCT 2009

FIXANT LES MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI PORTANT
INSTITUTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

- Vu la Constitution ;
- Vu la Loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Vu la Loi N°96-061 du 04 novembre 1996 portant principes fondamentaux de la Comptabilité Publique ;
- Vu le Décret N°97-192/P-RM du 09 juin 1997 portant règlement général de la Comptabilité publique ;
- Vu le Décret N°07-380/P-RM du 28 septembre 2007 portant nomination du Premier ministre ;
- Vu le Décret N°09-157/P-RM du 9 avril 2009 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le Décret N°09-221/P-RM du 11 mai 2009 fixant les intérimis des membres du Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Le présent décret fixe les modalités d'application de la loi portant institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

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

CHAPITRE I : DE L'AFFILIATION

Article 2 : Sont assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire en qualité d'employeurs :

- les institutions et administrations de l'Etat, des collectivités territoriales et les autres personnes morales de droit public ;
- les employeurs des salariés du secteur privé.

Article 3 : Sont assimilés aux employeurs assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire, les organismes gérant les régimes publics de pensions en ce qui concerne le prélèvement et le versement des cotisations des pensionnés.

Article 4 : Sont assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire en qualité d'assurés sociaux :

- les personnes immatriculées à la Caisse des Retraites du Mali ;
- les travailleurs immatriculés à l'Institut National de Prévoyance Sociale ;
- les titulaires de pensions des organismes gérant les régimes publics de pensions.

Article 5 : Sont assimilés aux assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire en qualité d'assurés sociaux les personnes immatriculées à l'assurance volontaire à certains régimes de prévoyance sociale de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

Article 6 : A chaque membre des catégories visées aux articles précédents, il est attribué un numéro d'immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire. L'affiliation d'un assuré prend effet à compter de la date de son immatriculation.

CHAPITRE II : DE L'IMMATRICULATION DES EMPLOYEURS

Article 7 : Est obligatoirement immatriculée au régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en qualité d'employeur, toute personne physique ou morale, publique ou privée, laïque ou religieuse occupant un ou plusieurs travailleurs dans les secteurs public, parapublic et privé.

Article 8 : L'employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à l'organisme de gestion dans un délai de huit jours qui suit :

- la première prise de service ;
- l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise ;
- la première embauche d'un salarié lorsque celle-ci n'est pas concomitante au début de l'activité.

Article 9 : La demande d'immatriculation de l'employeur est établie sur un imprimé fourni par l'organisme de gestion. Elle comporte :

- la dénomination ou les nom et prénom de l'employeur ou sa raison sociale ;
- la dénomination commerciale de l'établissement ;
- l'adresse complète de l'établissement et, si l'établissement n'est pas le siège social ou principal, l'adresse de ce dernier ;
- la forme juridique de l'établissement ;
- la date de prise de service ou d'embauche du personnel salarié ;
- le nom du prédécesseur et la date de reprise lorsqu'il s'agit d'une reprise d'établissement ;
- la nature de l'activité exercée ;
- l'effectif du personnel salarié.

Article 10 : L'immatriculation de l'employeur consiste à l'identifier et à l'enregistrer dans les fichiers de l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire en qualité de cotisant. Il lui est attribué un numéro d'immatriculation qui lui est notifié.

L'immatriculation de l'employeur est assurée par l'organisme de gestion dans un délai de huit jours.

- **Article 11** : L'employeur est tenu de mentionner son numéro d'immatriculation dans ses correspondances avec l'organisme de gestion.

Article 12 : Toute modification de l'effectif du personnel ou tout changement d'adresse de l'employeur doit être déclaré à l'organisme de gestion dans un délai de trente jours.

Article 13 : L'employeur est tenu de justifier à tout moment aux agents chargés du contrôle de l'organisme de gestion qu'il est immatriculé au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et qu'il est à jour du paiement des cotisations salariales et des contributions patronales. Il doit produire à cet effet les pièces et documents attestant le respect de cette obligation.

CHAPITRE III : DE L'IMMATRICULATION DES ASSURES

Article 14 : Toutes les personnes travaillant à quelque titre que ce soit, pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, et quel que soit leur statut, sont immatriculées au régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Sont assimilés aux travailleurs salariés, les apprentis titulaires d'un contrat d'apprentissage conformément aux dispositions du Code du Travail.

Article 15 : L'immatriculation du travailleur est subordonnée à la présentation d'une demande de son employeur ou de lui-même rédigée sur un imprimé délivré par l'organisme de gestion accompagnée des pièces justificatives permettant de l'identifier.

Article 16 : Lors de son immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire, l'assuré procède également à celle des personnes à sa charge.

Article 17 : Pour l'immatriculation des personnes à sa charge, l'assuré produit les pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de mariage ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint ou jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou 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 jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance de la mère ou 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.

Article 18 : Lorsque les enfants sont immatriculés par des parents qui ont tous les deux la qualité d'assuré, ceux-ci désignent d'un commun accord celui auquel les enfants sont rattachés pour le bénéfice des prestations. Cette désignation est faite au moment de l'immatriculation.

Lorsque le parent désigné cesse d'ouvrir droit aux prestations au titre du régime d'assurance maladie obligatoire, celles-ci sont dues au titre de l'autre parent assuré.

Article 19 : Lorsque deux ou plusieurs assurés ont les mêmes ascendants, ceux-ci sont rattachés pour le bénéfice des prestations au premier assuré à les avoir immatriculés.

Lorsque l'assuré de rattachement cesse d'ouvrir droit aux prestations au titre du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, celles-ci sont dues au titre d'un autre assuré.

Article 20 : L'immatriculation est assurée par l'organisme de gestion dans les trente jours à partir de la date de réception de la demande. Elle consiste à enregistrer le travailleur ou le pensionné dans ses fichiers et à lui attribuer un numéro d'assuré social qui lui est notifié.

Article 21 : Le numéro d'immatriculation doit être rappelé dans toutes les correspondances de l'assuré social adressées à l'organisme de gestion.

Article 22 : Tout changement d'adresse ou d'employeur et toute modification intervenue dans la situation des assurés sociaux ou de leurs ayants droit doivent être déclarés à l'organisme de gestion par l'entremise de l'employeur dans un délai de trente jours, avec les pièces justificatives y afférentes.

CHAPITRE IV : DE LA CARTE D'ASSURE

Article 23 : L'instruction de la demande d'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assuré social de l'Assurance Maladie Obligatoire au nom de l'assuré. Cette carte comporte la photographie, les éléments nécessaires à l'identification et le numéro d'immatriculation.

Une carte comportant les mêmes mentions est également délivrée à chacun des ayants droit de l'assuré.

Article 24 : Les cartes d'assuré sont valables sur toute l'étendue du territoire national. Elles doivent être présentées à tout prestataire pour toute sollicitation de prestation de santé à la charge du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

En cas de doute, le prestataire de santé est en droit d'exiger de l'assuré, en plus de la carte, la présentation d'une pièce d'identité.

Article 25 : En cas de vol ou perte, une demande d'établissement d'une nouvelle carte doit être adressée à l'organisme de gestion par l'assuré dans les 48 heures suivant la date de constatation du vol ou de la perte.

Pendant le délai d'établissement de la nouvelle carte, l'organisme de gestion délivre une attestation tenant lieu de carte d'assuré. Cette attestation contient les mêmes éléments d'identification que la carte initiale.

La nouvelle carte est délivrée contre restitution de l'attestation d'affiliation et paiement par l'assuré d'un montant forfaitaire fixé par le Conseil d'Administration de l'organisme de gestion.

Article 26 : La carte d'assuré est invalidée lorsque l'assuré cesse de remplir les conditions d'affiliation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et ne bénéficie plus des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. Dans ce cas, l'ex-assuré est tenu de restituer à l'organisme de gestion dans un délai de huit jours, la carte d'assuré qui lui avait été délivrée, faute de quoi, elle est annulée de plein droit.

Article 27 : Les cartes d'assuré non restituées font l'objet d'une opposition par l'organisme de gestion.

L'organisme de gestion inscrit sur une liste, destinée aux prestataires de santé, les numéros de cartes non restituées et faisant l'objet d'une opposition. Les modalités de mise à disposition de cette liste sont fixées par les conventions avec les prestataires de soins de santé.

TITRE III : DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE COUVERTES

CHAPITRE I : DES SOINS AMBULATOIRES

Article 28 : Sont considérés comme soins ambulatoires, tous les soins requis par l'état de santé d'un malade non hospitalisé, qu'il s'agisse de consultation médicale, de soins infirmiers, de soins dentaires, d'imagerie médicale, d'examen de laboratoire, de petite chirurgie ou de toute autre prestation à caractère médical ou paramédical.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des frais liés aux soins ambulatoires est de 70%.

Article 29 : Les frais occasionnés par la délivrance de soins ambulatoires à un assuré ou à l'un de ses ayants droit ne sont couverts que s'ils sont effectués dans un établissement conventionné.

Article 30 : Sauf autorisation préalable de l'organisme de gestion, ne sont pas pris en charge :

- plus d'une consultation ou visite du praticien pour la même affection dans les vingt-quatre heures à moins que l'évolution du cas de l'assuré ne nécessite une assistance médicale urgente ;
- plus d'une consultation ou visite des praticiens de la même discipline médicale par période de sept jours, sauf évolution nécessitant une assistance médicale urgente.

Ne sont pas également pris en charge, les renouvellements d'ordonnances sans prescription médicale.

Article 31 : Si le médecin consulté estime que le résultat des diagnostics antérieurs peut servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la thérapie envisagée, l'assuré est tenu de procurer au médecin traitant ces données.

Article 32 : La prise en charge des prestations bucco-dentaires est soumise à la présentation d'un devis préalable. Ce devis doit décrire de façon détaillée le traitement envisagé et les matériaux utilisés.

Article 33 : Aucune prestation concernant l'orthodontie ne peut être prise en charge plus d'une fois.

CHAPITRE II : DES HOSPITALISATIONS

Article 34 : Les frais d'hospitalisation comprennent :

- les frais d'hôtellerie hospitalière à l'exclusion de toute dépense à caractère personnel ;
- les frais correspondants aux actes médicaux, chirurgicaux et médico-techniques nécessités par l'état du malade hospitalisé ainsi que toute autre prestation à caractère médical ou paramédical ;
- les frais occasionnés par le transport du malade vers la formation, où il doit être hospitalisé, ainsi que les frais correspondant à son retour à sa résidence habituelle en cas d'évacuation sanitaire à l'intérieur du territoire national décidée par un établissement sanitaire conventionné.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des frais liés aux hospitalisations est de 80%.

Article 35 : Les frais occasionnés par l'hospitalisation d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit ne sont pris en charge que si celle-ci a lieu dans une formation sanitaire conventionnée.

Article 36 : Les frais occasionnés par l'hospitalisation d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit sont couverts conformément à la tarification nationale de référence.

Article 37 : Les frais de transport relatifs aux urgences médicales pris en charge par l'organisme de gestion sont ceux correspondant au moyen de transport le plus économique compatible avec les exigences de l'état de santé du malade.

Article 38 : Sauf cas d'urgence ou de force majeure, lors de son admission en milieu hospitalier, le patient doit justifier de sa qualité d'assuré ou d'ayant droit.

Article 39 : En cas d'hospitalisation d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit, la prise en charge doit être demandée à l'organisme de gestion dans les délais conventionnels.

Article 40 : Pour obtenir la prise en charge, l'établissement sanitaire concerné envoie à l'organisme de gestion une fiche dite « Fiche d'hospitalisation », qui mentionne obligatoirement :

- le nom de l'établissement sanitaire concerné ;
- le nom, le prénom du bénéficiaire ;
- le numéro d'identification de l'assuré ;
- la date d'entrée dans la formation sanitaire ;
- l'affection ;
- la date de sortie.

Au vu de la fiche d'hospitalisation, l'organisme de gestion établit une prise en charge des frais médicaux de l'assuré.

Article 41 : La prise en charge est déposée par les médecins contrôleurs de l'organisme de gestion contre émargement d'une fiche de contrôle.

Article 42 : La prise en charge dûment complétée est retournée à l'organisme de gestion, accompagnée de la facture d'hospitalisation ainsi que les pièces justifiant les frais engagés à ce titre.

Article 43 : L'organisme de gestion assure directement aux formations sanitaires concernées, le paiement du montant des frais d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit hors ticket modérateur.

CHAPITRE III : DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Article 44 : La liste des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire est établie par dénomination commune internationale et classe thérapeutique avec la présentation et la forme.

La liste des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Protection Sociale.

Article 45 : La prise en charge de toute spécialité pharmaceutique s'effectue sur la base du prix public du médicament générique de la spécialité de référence lorsque ce dernier existe.

Article 46 : Lorsqu'une molécule ne figurant pas dans la liste des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire est incluse dans un protocole validé dans le cadre d'un consensus thérapeutique faisant partie de la convention nationale, la prise en charge s'effectue sur la base du prix public de ladite molécule.

CHAPITRE IV : DES PRESTATIONS DE MATERNITE

Article 47 : Les prestations de maternité comprennent l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'exams et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Article 48 : L'état de grossesse médicalement constaté de la femme assurée ou conjointe d'un assuré doit être déclaré par l'assuré au cours du troisième mois de grossesse à l'organisme de gestion.

Article 49 : Le droit à la prise en charge des prestations de maternité est ouvert à compter de la déclaration de grossesse jusqu'à la huitième semaine après l'accouchement.

Le droit à la prise en charge des prestations de maternité couvre les complications éventuelles de la grossesse et/ou de l'accouchement.

Article 50 : Pour bénéficier de la prise en charge des prestations de maternité, la femme assurée ou conjointe de l'assuré en état de grossesse doit subir trois examens médicaux aux périodes et dans les conditions définies aux articles ci-dessous.

Article 51 : Le premier examen a lieu au courant du troisième mois de grossesse. Il est pratiqué par une personne habilitée à cet effet. Le certificat du premier examen doit indiquer obligatoirement la date approximative prévue pour l'accouchement.

Article 52 : Les deuxième et troisième examens médicaux sont effectués par une personne habilitée à cet effet. Ils ont lieu respectivement au sixième et au septième ou au huitième mois de la grossesse.

Article 53 : Les certificats médicaux établis aux fins de prise en charge des prestations de maternité doivent mentionner clairement l'identité et la fonction de la personne habilitée qui a procédé à leur établissement ainsi que les références de la structure sanitaire.

Article 54 : En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, la prise en charge médicale relève de l'Assurance Maladie Obligatoire à partir de la date de constatation de la pathologie.

Article 55 : Il n'est pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire que trois échographies obstétricales par grossesse, sauf pathologie foetale ou maternelle.

Article 56 : L'assurée ou la conjointe d'un assuré titulaire d'une pension a droit aux prestations de maternité.

Article 57 : Les factures d'hospitalisation relatives à l'accouchement d'une assurée ou de la conjointe d'un assuré sont adressées à l'organisme de gestion accompagnées d'un certificat médical d'accouchement.

TITRE IV : DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

CHAPITRE I : DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ

Article 58 : Le taux du ticket modérateur à la charge de l'assuré est égal à un pourcentage des frais de santé consécutifs à :

- des soins ambulatoires ;
- des hospitalisations ;
- des dépenses pharmaceutiques ;
- des prestations de maternité ;
- des évacuations sanitaires à l'intérieur du territoire national.

Les taux du ticket modérateur pour l'ambulatoire et les hospitalisations sont respectivement de 30% et 20%.

Article 59 : Le ticket modérateur est proportionnel aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article 60 : L'assuré s'acquitte du ticket modérateur pour tous les soins ambulatoires, les hospitalisations, les dépenses pharmaceutiques. Il est payable directement auprès du prestataire de santé.

CHAPITRE II : DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 61 : La prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire des prestations de santé fournies à l'assuré ou à ses ayants droit correspond au paiement du montant des frais desdites prestations après déduction du ticket modérateur payé par l'assuré.

Article 62 : Le paiement des prestations de santé s'effectue directement par l'organisme de gestion aux fournisseurs des prestations sur la base de la tarification nationale de référence et des taux de couverture des prestations de santé.

Article 63 : Les prestations de santé faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La liste desdites prestations de santé exclues de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Protection Sociale.

Article 64 : La tarification nationale de référence des prestations de santé et les taux de couverture desdites prestations sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du ministre chargé de la Protection Sociale.

TITRE V : DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE

CHAPITRE I : DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Article 65 : Les établissements sanitaires sont classés compte tenu de leur nature, de leur plateau technique et de leurs qualités de confort et d'accueil.

Seuls les établissements agréés par le Ministère de la Santé peuvent passer des conventions avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 66 : Les établissements privés spécialisés en soins ambulatoires, en imagerie médicale ou en analyses biologiques ne peuvent être conventionnés que pour la spécialité reconnue par le Ministère de la Santé.

CHAPITRE II : DES PHARMACIES

Article 67 : Les officines de pharmacie et les dépôts de produits pharmaceutiques agréés par le Ministère de la Santé peuvent passer des conventions avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les officines de pharmacie et les dépôts de produits pharmaceutiques conventionnés sont tenus au respect de la liste et des tarifs des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

CHAPITRE III : DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE ET DES UNITES D'IMAGERIE MEDICALE

Article 68 : Les laboratoires de biologie et les unités d'imagerie médicale agréés par le Ministère de la Santé peuvent passer des conventions avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Une nomenclature des actes de biologie et d'imagerie médicale admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Protection Sociale.

CHAPITRE IV : DE L'IDENTIFICATION DES PRESTATAIRES DE SANTE

Article 69 : L'organisme de gestion attribue un code d'identification à chaque prestataire de santé dispensant, au titre de son activité principale, des actes ou prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'attribution du code d'identification est subordonnée à l'enregistrement du prestataire au Ministère de la Santé et à l'Ordre professionnel auquel il appartient.

Article 70 : Le code d'identification a pour objet d'identifier les prestataires conventionnés et de faciliter le contrôle de l'activité médicale des praticiens et établissements conventionnés.

Article 71 : Pour l'attribution du code, les informations suivantes sont exigées :

- nom de la structure de santé ;
- spécialité exercée ;
- adresse complète.

TITRE VI : DE LA DELIVRANCE DES PRESTATIONS

CHAPITRE I : DES CONDITIONS DE DELIVRANCE DES SOINS

Article 72 : Les soins dispensés aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire doivent être délivrés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur en la matière et dans le respect des clauses des conventions conclues avec l'organisme de gestion.

Article 73 : Les consultations médicales et les soins ambulatoires sont donnés au sein de l'établissement sanitaire sauf dans le cas où le bénéficiaire ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

Article 74 : Toute prise en charge de prestation de santé doit faire l'objet d'un accord préalable de l'organisme de gestion.

Un arrêté du ministre chargé de la Protection Sociale fixe la procédure de demande d'accord préalable par catégorie de prestation.

Article 75 : La délivrance des prestations ne peut commencer qu'à la suite de la réponse à la demande d'accord préalable. Celle-ci doit intervenir au plus tard dans les 48 heures suivant le dépôt de la demande.

Si l'organisme de gestion ne répond pas à la demande d'accord préalable dans les 48 heures celui est considéré comme acquis.

Toutefois, en cas d'urgence, le malade est immédiatement admis par l'établissement sanitaire et les soins lui sont délivrés, la demande d'accord préalable devant parvenir sans délai à l'organisme de gestion.

CHAPITRE II : DES FEUILLES DE SOINS

Article 76 : Les frais de soins ambulatoires délivrés par les établissements sanitaires ne sont pris en charge que si ceux-ci sont consignés sur des imprimés fournis par l'organisme de gestion appelés feuilles de soins.

Article 77 : Les prescripteurs sont tenus de n'inscrire sur les feuilles de soins que les médicaments figurant sur la liste des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 78 : Les feuilles de soins comportent des rubriques de renseignements dont l'indication conditionne l'ouverture des droits et la constatation des soins. Ces rubriques font apparaître :

- les nom, prénoms et l'identifiant de l'assuré ;
- les nom et prénoms de l'ayant droit bénéficiaire des actes ou prestations ;
- les nom et prénoms du prestataire ;
- la dénomination et le code d'identification de l'établissement dans lequel l'acte est effectué ;
- le montant des frais et celui de la participation de l'assuré ;
- la date à laquelle l'acte est effectué ou la prestation servie ;
- les numéros de code de l'acte figurant dans la nomenclature ;
- les médicaments inscrits sur la partie réservée à la prescription ;
- la signature du prestataire et, éventuellement, celle du patient ou de l'assuré.

Article 79 : Les feuilles de soins relatives aux actes effectués et aux prestations servies résultant d'une hospitalisation sont appelées bordereaux de facturation.

Les bordereaux de facturation, outre les renseignements indiqués ci-dessus, font apparaître les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation, les frais afférents aux prestations servies pendant l'hospitalisation. Ces frais sont :

- les frais de séjour du patient ;
- les frais correspondant aux actes effectués.

Les bordereaux de facturation sont signés par le responsable de la facturation de l'établissement.

Article 80 : Les soins de santé exécutés par des paramédicaux ne sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins différent.

Article 81 : Les analyses biologiques, examens d'imagerie médicale et toutes autres explorations complémentaires sont présentées sur des formulaires appelés feuilles d'examens.

Les feuilles d'examens comportent les rubriques suivantes :

- les nom, prénoms et l'identifiant de l'assuré ;
- les nom et prénoms de l'ayant droit bénéficiaire des actes ou prestations ;
- les nom et prénoms du prestataire ;
- la dénomination et le code d'identification de l'établissement dans lequel l'acte est effectué ;
- le montant des frais et celui de la participation de l'assuré ;
- la date à laquelle l'acte est effectué ou la prestation servie ;
- les numéros de code de l'acte figurant dans la nomenclature ;
- la signature du prestataire et, éventuellement, celle du patient ou de l'assuré.

Article 82 : Les modalités et conditions de mise à disposition des prestataires de santé conventionnés des formulaires de prescription sont déterminées par voie conventionnelle.

Article 83 : Sauf dispositions contraires prévues dans les conventions, les prestations de santé et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance.

CHAPITRE III : DU CONTROLE MEDICAL

Article 84 : Des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens assurent le contrôle médical pour le compte de l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire. A ce titre, ils sont chargés de :

- effectuer les contrôles relatifs aux assurés hospitalisés ;
- autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires ainsi que celles des fournitures médicales dans la limite de la liste des prestations couvertes par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- vérifier la conformité de la tarification à l'acte prescrit ;
- évaluer périodiquement la qualité des soins ;
- constater, le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire de santé.

Article 85 : Tout prestataire de santé signataire d'une convention avec l'organisme de gestion est tenu de permettre à celui-ci d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de prestations de santé ou de maternité.

Article 86 : Pour effectuer son contrôle, le médecin contrôleur a libre accès aux établissements ~~sanitaires~~ signataires de convention avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Tout renseignement et tout document administratif d'ordre individuel ou général utiles à sa mission sont tenus à sa disposition par le responsable de l'établissement sanitaire ou le médecin concerné dans le strict respect du secret professionnel.

Tout renseignement et tout document d'ordre médical individuel ou général sont tenus à sa disposition par les praticiens dans le strict respect du secret professionnel et de la déontologie médicale.

A tout moment, et en tant que de besoin, le médecin contrôleur peut procéder à l'examen d'un patient. Le praticien traitant peut y prendre part.

Article 87 : Lorsque le praticien contrôleur estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire des frais exposés par un assuré ou l'un de ses ayants droit dans un établissement sanitaire n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, l'organisme de gestion refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Article 88 : Lorsque le praticien contrôleur estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que le service ou l'établissement dans lequel se trouve l'assuré ou son ayant droit n'est pas approprié à son état pathologique, le praticien conseil informe le responsable du contrôle médical qui est habilité à demander le transfert du malade dans un établissement où l'intéressé est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Article 89 : Les médecins contrôleurs n'ont pas à s'immiscer de manière inappropriée dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Article 90 : Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du contrôle médical toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement du malade.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins contrôleurs doivent entre en rapport avec le médecin traitant dans le respect du secret médical.

CHAPITRE IV : DES PRESCRIPTIONS ET CONSOMMATIONS ABUSIVES DE SOINS

Article 91 : Est considéré comme abus de prescription les soins médicaux jugés complaisants par le contrôle médical.

Article 92 : Est considéré comme abus de consommation de soins, le fait pour l'assuré ou l'un de ses ayants droit de provoquer la répétition en série de prestations de santé injustifiées ou de se procurer des médicaments sans lien direct avec une affection immédiate ou en cours de traitement.

Article 93 : Lorsqu'il est établi que les soins médicaux sont complaisants, ceux-ci sont exclus de la prise en charge.

Sont également exclues de la prise en charge les prescriptions de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de l'assuré ou pour l'approvisionnement des trousse d'urgence.

Article 94 : Les constatations d'abus de soins par le contrôle médical sont notifiées à l'assuré. Cette notification est assortie d'un avertissement.

En cas de récidive, l'organisme de gestion oppose à l'assuré son refus de prise en charge des prestations consommées.

Article 95 : Les abus de délivrance de soins par les prestataires de santé sont portés devant la commission médicale de l'organisme de gestion. Au terme de ses délibérations, les mesures suivantes peuvent être prises à l'encontre du prestataire de soins de santé en fonction de la gravité des cas :

- avertissement écrit ;
- mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- suspension de la convention ;
- dénonciation de la convention paritaire.

Article 96 : En cas de récidive, l'assuré ou son ayant droit, est placé par l'organisme de gestion pour une période déterminée, devant l'obligation de la déclaration d'un médecin référent désigné d'office. Durant cette période, les services des médecins spécialistes sont obtenus sur transfert du médecin référent.

Sauf cas d'urgence, les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en violation des dispositions de l'alinéa 1^{er} du présent article ne sont pas prises en charge.

La durée fixée pour la période prévue à l'alinéa 1^{er} du présent article est de deux ans.

Au terme de cette période, et en cas de nouvelle récidive, l'assuré ou son ayant droit, a définitivement l'obligation de recours au médecin référent désigné d'office et les dispositions prévues à l'alinéa 2 du présent article s'appliquent.

Une liste des personnes soumises à la déclaration du médecin référent est communiquée périodiquement à l'ensemble des prestataires.

Article 97 : Les prestations, dont la prise en charge est rejetée par l'organisme de gestion, font l'objet d'une communication motivée du contrôle médical à l'assuré et aux prestataires intéressés.

Article 98 : En cas d'abus avéré sur les prestations consommées, l'organisme de gestion règle aux prestataires les frais y afférents sous réserve que sa responsabilité dans la délivrance des prestations soit établie. Il procède ensuite au recouvrement par tous moyens des sommes payées.

Si la responsabilité de l'organisme de gestion n'est pas avérée, les frais correspondants sont intégralement supportés par l'assuré.

CHAPITRE V : DE L'EXPERTISE MEDICALE

Article 99 : Les contestations d'ordre médical de toute nature relatives à l'application des dispositions du présent décret donnent lieu à une expertise médicale. Ces contestations sont d'abord portées devant le Médecin Conseil de l'organisme de gestion en vue d'une conciliation.

En cas d'échec de cette conciliation, un expert est désigné d'un commun accord, par le Médecin traitant et le Médecin Conseil ou, à défaut d'accord, par le Ministre de la Santé.

Article 100 : Pour l'application de la procédure d'expertise médicale, l'expert désigné convoque sans délai l'intéressé ou se rend à son chevet.

L'expert est tenu de remettre son rapport au Médecin Conseil de l'organisme de gestion et au Médecin traitant dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier.

Sauf le cas de circonstances particulières justifiant une prolongation exceptionnelle de ce délai, il est pourvu au remplacement immédiat de l'expert qui n'a pas pu remettre son rapport dans le délai prescrit.

L'avis de l'expert n'est susceptible d'aucun recours et s'impose aux parties.

Article 101 : Les frais de déplacement de l'assuré ou de ses ayants droit pour répondre à une convocation d'expertise médicale sont pris en charge par l'assurance maladie et remboursés sur justification.

Les frais de déplacement comprennent, le cas échéant, les frais de transport par le moyen le plus économique compatible avec l'état de santé du malade, et les frais de séjour dans la limite d'un plafond pendant la durée de la procédure d'expertise.

Article 102 : Lorsque l'expertise est prescrite à la demande de l'organisme de gestion, les honoraires dus au médecin traitant et au médecin expert, ainsi que leurs frais de déplacement sont à la charge de l'organisme de gestion et remboursés directement par lui.

Lorsque l'expertise est prescrite à la requête d'un assuré ou de ses ayants droit, et que leur contestation est reconnue manifestement abusive, l'organisme de gestion met à leur charge les honoraires et frais y afférents.

TITRE VII : DE LA GESTION FINANCIERE

CHAPITRE I : DE LA DECLARATION ET DU VERSEMENT DES COTISATIONS

Article 103 : La périodicité de versement des cotisations sociales par l'employeur à l'organisme de gestion est établie comme suit :

- les quinze (15) premiers jours de chaque mois, si l'employeur occupe plus de dix (10) salariés ;
- les quinze (15) premiers jours de chaque trimestre, si l'employeur occupe au plus dix (10) salariés.

Article 104 : Les cotisations des pensionnés sont versées par les organismes gérant des régimes de pensions dans les quinze (15) premiers jours de chaque mois.

Article 105 : Pour le calcul des cotisations afférentes à une période déterminée, tous les éléments de rémunération perçus pendant cette période doivent être pris en considération,

qu'il s'agisse de payes normales ou d'éléments occasionnels, réguliers ou exceptionnels, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

Article 106 : La rémunération est l'ensemble des sommes perçues en contrepartie du travail effectué à l'exclusion des frais professionnels, des indemnités représentatives de remboursement de frais et des prestations familiales.

Le montant de la rémunération à prendre en considération pour base de calcul des cotisations ne peut être inférieur en aucun cas au montant du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti en vigueur.

Article 107 : La déclaration de cotisations, suivie de paiement ou non, doit indiquer le montant total des rémunérations ayant servi de base au calcul des cotisations dues ou versées.

Article 108 : Lorsqu'un employeur ne déclare pas le montant des rémunérations soumises à cotisation ou lorsque sa comptabilité ne permet pas d'établir ce montant, il lui est appliquée une taxation d'office.

Article 109 : La taxation d'office est effectuée sur les bases suivantes :

- soit les rémunérations déclarées antérieurement, majorées de cinquante pour cent (50%), jusqu'à ce qu'il soit possible d'effectuer le décompte des cotisations sur des bases réelles ;
- soit les rémunérations forfaitaires appliquées à chaque travailleur, le nombre de travailleurs étant déterminé d'après des déclarations antérieures ou après enquête.

Article 110 : 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 ; dans ce cas, la part ouvrière ne peut dépasser cinquante pour cent du taux fixé pour ce régime ;
- une cotisation unique pour les pensionnés.

Article 111 : Les taux de cotisation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 112 : Le relevé nominatif des rémunérations soumises à cotisations est fourni par les employeurs selon la même périodicité et les mêmes modalités que le versement des cotisations.

Article 113 : Le modèle du relevé nominatif de rémunérations est fourni par l'organisme de gestion. Toutefois, les employeurs peuvent fournir leur relevé de rémunérations sur un support différent, pourvu qu'il comporte dans l'ordre toutes les informations requises, entre autres :

* en en-tête, pour l'identification de l'employeur :

- la dénomination ou la raison sociale et le sigle ;
- le numéro d'immatriculation de l'employeur à l'organisme de gestion ;
- l'adresse complète de l'employeur ;

* dans le corps, pour chaque travailleur occupé au cours de la période :

- le numéro d'assurance, à lui attribué par l'organisme de gestion ;
- le matricule paie dans l'entreprise ou sous lequel l'employeur le traite ;
- les nom et prénoms, éventuellement le nom de jeune fille ;
- la date d'embauche et, le cas échéant, la date de cessation d'emploi ;
- le temps de travail accompli au cours de la période, en heures ou en jours ;
- le montant brut de la rémunération de la période considérée y compris tous les avantages, primes et indemnités ;
- le montant de la rémunération soumis à cotisation ;
- la cotisation calculée au titre dudit travailleur pour la période considérée.

Article 114 : Le montant de la pénalité applicable pour défaut de production des relevés nominatifs dans les délais ci-dessus précisés est fixé, à raison d'une pénalité par relevé non fourni, à :

- 15.000 F pour les employeurs de moins de 10 salariés ;
- 30.000 F pour les employeurs de 10 à 100 salariés ;
- 45.000 F pour les employeurs de plus de 100 salariés.

Article 115 : En cas de cession de l'entreprise ou de cessation d'activité de l'employeur, le paiement des cotisations dues est immédiatement exigible. En cas de faillite ou de liquidation judiciaire, le paiement des cotisations dues à l'organisme de gestion est couvert du même privilège que le salaire.

Article 116 : Avant constatation des infractions aux dispositions du présent chapitre, la procédure de mise en demeure est appliquée.

La mise en demeure avant poursuite pour le recouvrement des cotisations impayées est faite par écrit et notifiée à l'employeur. Elle précise les sommes dues, en principal et les majorations de retard, et fixe un délai de quinze (15) jours dans lequel celles-ci devront être payées ou contestées.

CHAPITRE II : DES RESERVES

Article 117 : Sont constitués et maintenus par l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire, les fonds de réserve suivants :

- une réserve de trésorerie dont le montant ne peut être inférieur à la moyenne trimestrielle des dépenses constatées au cours des deux derniers exercices ;
- une réserve de sécurité qui doit rester au moins égale à la moyenne semestrielle des dépenses techniques constatées au cours des deux derniers exercices ;
- une réserve technique qui ne peut être inférieure au montant des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices.

Article 118 : La réserve de trésorerie est destinée à pallier les difficultés conjoncturelles de trésorerie. Son montant ne peut être inférieur à la moyenne trimestrielle des dépenses constatées au cours des deux derniers exercices.

Article 119 : La réserve de sécurité vise à faire face aux fluctuations aléatoires qui peuvent affecter les recettes au cours de l'année. Elle est au moins égale à la moyenne semestrielle des dépenses techniques constatées au cours des deux derniers exercices.

Article 120 : La réserve technique est destinée à éviter une fluctuation trop importante des cotisations durant une période déterminée. Elle ne peut être inférieure au montant total des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices.

Article 121 : La constitution progressive des différents fonds de réserve est assurée par des versements trimestriels effectués par l'organisme de gestion, représentant chacun 25% des dépenses prévisionnelles pour l'exercice en cours.

L'affectation aux différents fonds de réserve des sommes ainsi dégagées est décidée par le Conseil d'Administration lors de l'adoption du budget de l'organisme de gestion.

Article 122 : Les réserves affectées aux fonds de roulement et aux fonds de sécurité doivent être liquides et disponibles à tout moment.

Article 123 : Les fonds de réserve, les placements correspondant à chaque fonds, ainsi que leur produit sont comptabilisés séparément pour chaque fonds.

Les fonds doivent être placés à court, moyen et long terme selon le plan financier établi par le Conseil d'Administration et approuvé par le ministre chargé de la Protection Sociale.

Le plan financier doit réaliser la sécurité des fonds. Il vise à garantir une liquidité suffisante, un rendement optimal des placements ainsi que le développement économique et social de la Nation.