

2005-006

**Ordonnance n° _____ portant institution
d'un régime d'assurance maladie**

Le Conseil Militaire Pour la Justice et la Démocratie a délibéré et adopté ;

Le Président du Conseil Militaire Pour la Justice et la Démocratie, Chef de l'Etat, promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :

Article Premier : Il est institué un régime d'assurance maladie de base obligatoire fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques, au profit des personnels visés à l'article 2 ci-dessous, et de leurs ayant droit.

Article 2 : Le régime d'assurance maladie de base s'applique aux trois groupes d'assurés suivants :

- 1°) aux parlementaires, et aux fonctionnaires et agents de l'Etat (Groupe I);
- 2°) aux personnels des Forces armées, en position d'activité (Groupe II) ;
- 3°) aux titulaires de pension de retraite de parlementaire, et aux titulaires de pensions de retraite, civiles ou militaires issus des groupes I et II (Groupe III).

Titre I : Champ d'application

Chapitre Premier : Bénéficiaires

Article 3 : Bénéficient du régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance :

- l'assuré social ;
- le conjoint de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap physique, les empêchant d'exercer une activité rémunérée.

Chapitre II : Prestations garanties

Article 4 : Le régime d'assurance maladie de base garantit pour les personnes mentionnées à l'article 3 ci-dessus, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

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

L'assurance maladie obligatoire donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par décret, au remboursement ou à la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs, et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation, traitement et services auxiliaires ;
- les soins hospitaliers : consultation, chirurgie, traitements non chirurgicaux, médicaments pendant le séjour hospitalier ;
- les médicaments listés ;
- les évacuations pour soins nécessaires listés ;

sont fixées, par arrêté conjoint du ministre des Finances, du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Fonction Publique, les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire qui sont couverts par le régime de base.

Article 5 : Sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, et, en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ou traditionnelle.

Titre II : Gestion du régime d'assurance maladie de base

Article 6 : Il est créé un établissement public à caractère administratif, chargé de la gestion du régime d'assurance maladie de base prévu par la présente ordonnance, ci-après désigné « l'organisme gestionnaire ».

L'organisation administrative et financière de cet organisme et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret. Elles seront définies, le cas échéant, par dérogation aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements publics à caractère administratif, de manière à faciliter la bonne exécution des missions de l'institution et assurer la participation de l'ensemble des Intérêts.

A cet effet, les dérogations pourront porter notamment sur :

- l'organisation administrative ;
- le statut du personnel ;
- le régime des marchés et contrats ;
- le régime de la comptabilité.

Article 7 : La mission de l'organisme gestionnaire consiste à :

- assurer les conditions d'équilibre financier du régime d'assurance maladie de base ;
- améliorer l'offre et la couverture sanitaire aux assurés ;
- contribuer à optimiser les services des prestataires du secteur de la santé ;
- contrôler l'allocation des ressources aux prestataires.

Dans ce cadre, l'organisme gestionnaire s'emploie à :

- gérer les coûts de santé, par une tarification réelle et des incitations pour une utilisation rationnelle des moyens ;
- favoriser l'esprit de solidarité entre les assurés ;
- améliorer la prévoyance des ressources nécessaires ;
- contribuer au développement d'un secteur médical efficace et compétitif.

Titre III : Conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge

Chapitre Premier : Conditions de remboursement ou de prise en charge

Article 8 : Le régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance garantit le remboursement ou la prise en charge directe de tout ou partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire un régime complémentaire d'assurance maladie, en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances, de la Santé, de la Fonction Publique et de la Défense Nationale.

Article 9 : Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'organisme gestionnaire est effectué :

- à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- sous forme de forfait, par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou de prépaiement ;
- sous forme de capitation.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par arrêté des ministres chargés des Finances et de la Santé sur proposition de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire.

Article 10 : La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties et pour les médicaments est fixée :

- par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et de la Santé le cas échéant ;
- par voie de convention négociée, en application du chapitre II du présent titre.

Pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par les ministres chargés des Finances et de la Santé, sur proposition de l'organisme gestionnaire.

Article 11 : Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national.

Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, dans les limites fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état.

Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur, selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Article 12 : L'assuré conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente ordonnance et les textes pris pour son application.

Article 13 : Sont fixés par voie réglementaire :

- les modalités de dépôt des documents attestant des frais engagés par l'assuré ainsi que le délai de ce dépôt ;
- le délai maximum pour le remboursement des frais médicaux aux assurés par l'organisme gestionnaire ainsi que le délai maximum pour l'obtention des cartes de prise en charge ;
- le délai maximum pour le déboursement au profit du prestataire de soins en cas de tiers payant.

Article 14 : L'inobservation par l'assuré des procédures et réglementations ouvrant droit au remboursement ne fait pas perdre le bénéfice de ce remboursement quand il s'est avéré, dans des conditions fixées par voie réglementaire, qu'elle est totalement indépendante de la volonté de l'intéressé, en particulier quand elle est due à son état de santé.

Chapitre II : Modalités de conventionnement

Article 15 : Les relations entre les fournisseurs des prestations de soins et l'organisme gestionnaire sont régies par des conventions qui sont conclues entre ledit organisme gestionnaire et les représentants de ces fournisseurs.

Les conventions déterminent en particulier les domaines suivants :

- 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 fournisseurs des prestations de soins ;
- les mécanismes de résolution des litiges.

Les modalités, les procédures de conclusion, ainsi que l'adhésion aux dites conventions sont fixées par décret.

Article 16 : Les conventions citées à l'article précédent sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

A défaut d'accord sur les termes des conventions, le ministre reconduit d'office la convention précédente, lorsqu'elle existe, ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire provisoire.

Les textes de conventions et les arrêtés d'approbation sont publiés au Journal Officiel.

Article 17 : Le ministre de la Santé peut décider, sur demande de l'organisme gestionnaire et sans préjudice des sanctions ordinaires, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de présenter ses observations.

Cette mise hors convention est décidée pour une durée déterminée.

Les conditions et modalités de mise hors convention et de réintégration à la convention sont établies par voie réglementaire.

Article 21 : Les praticiens et les directeurs des cliniques et 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 traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 22 : Aucun bénéficiaire des prestations prévues par la présente ordonnance ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, le remboursement des frais engagés au titre des prestations de soins, objet du contrôle est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 23 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme gestionnaire à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès du ministre chargé de la santé, qui désigne un médecin expert pour procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

Article 24 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par décret.

Titre IV : Gestion et contrôle des prestations de l'organisme gestionnaire

Chapitre Premier : Conditions d'ouverture, de maintien, de suspension ou de fermeture du droit aux prestations

Article 25 : L'ouverture du droit aux prestations de l'organisme gestionnaire est subordonnée au paiement préalable des cotisations. L'organisme gestionnaire est fondé à suspendre le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas été effectivement acquitté.

Toutefois, dans le cas où l'assuré concerné ou l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante, ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, l'organisme gestionnaire est tenu de continuer le service des prestations à ces personnes tout en demandant à l'Etat, en sa qualité d'employeur, de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

Article 26 : L'organisme gestionnaire est tenu de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties au régime d'assurance maladie de base et de valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations.

Article 27 : Les personnes qui cessent de remplir des conditions pour relever, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit, du régime d'assurance géré par l'organisme gestionnaire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions

ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois.

Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour le bénéfice d'un autre régime d'assurance maladie de base ou du régime d'assistance médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

Article 28 : Les ayants droits de l'assuré décédé qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie, à quelque titre que ce soit, continuent de bénéficier, pendant une période de deux années, des prestations du régime de l'organisme gestionnaire.

Chapitre II : Règles d'affiliation, d'immatriculation et de gestion

Article 29 : Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre du régime de base, l'assuré et ses ayants droit doivent être affiliés et déclarés à l'organisme gestionnaire.

Article 30 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis aux régimes de l'organisme gestionnaire sont fixées par décret.

Chapitre III : Des incompatibilités

Article 31 : Il est interdit à l'organisme gestionnaire de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux.

Toutefois, l'organisme gestionnaire peut, dans les conditions définies par une législation particulière, contribuer à l'action sanitaire de l'Etat, en conformité avec la politique nationale de santé.

Titre V : Dispositions relatives à l'organisation financière et au contrôle technique

Chapitre Premier : Ressources financières

Article 32 : les ressources du régime d'assurance maladie prévues par la présente ordonnance sont constituées par :

- les cotisations prévues par la présente ordonnance, et les majorations, astreintes et pénalités de retard qui leurs sont éventuellement appliquées ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements et valorisation des fonds ;
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie de base, en vertu de législation ou de réglementations particulières ;
- subventions, dont et legs.

Article 33 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération des personnes assujetties.

Pour les Groupes I et II, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés, y compris les indemnités et primes.

Pour le Groupe III, la cotisation est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayant cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Article 34 : Le taux de cotisation est fixé par décret.

Il doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier des opérations relatives à chacun des trois groupes d'assujettis, en tenant compte des sommes soumises à cotisation, des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et du prélèvement pour chacun des trois groupes d'assujettis, ainsi que pour alimenter les réserves prévues à l'article 38 ci-dessous.

Lorsque les contraintes de l'équilibre financier du régime de base l'exigent, la cotisation peut être modulée entre les groupes d'assujettis, et répartie entre ces groupes et l'Etat.

En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation est opéré par décret.

L'organisme gestionnaire est tenu d'appliquer un plan comptable spécifique, en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur. Il tient une comptabilité séparée pour les opérations relevant de chaque groupe d'assurés.

Article 35: Il est interdit à l'organisme gestionnaire d'utiliser les ressources du régime d'assurance maladie de base à des fins autres que celles prévues par la présente ordonnance.

Article 36 : L'organisme gestionnaire est tenu de constituer une réserve de sécurité et une réserve pour la couverture des frais de soins restant à payer pour les prestations garanties par la présente ordonnance.

Les modalités de constitution, de fonctionnement et de représentation de ces réserves sont fixées par décret.

Les fonds représentatifs de ces réserves, ainsi que les excédents éventuels entre les produits et les charges du régime géré par l'organisme gestionnaire, doivent être déposés, contre rémunération, auprès des organismes désignés à cette fin par celui-ci.

Chapitre II : Contrôle technique de l'organisme gestionnaire

Article 37 : Sans préjudice des autres formes de contrôles relevant de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Finances, l'organisme gestionnaire est soumis au contrôle technique de l'Etat, qui a pour objet de veiller au respect des dispositions de la présente ordonnance et des textes pris pour son application.

Ce contrôle technique s'exerce sur pièce et sur place.

A cet effet, l'organisme gestionnaire est tenu de produire à l'administration tous états, comptes rendus, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler la situation financière, l'émission et le recouvrement des cotisations, le règlement des dossiers, la constitution et la représentation des réserves et l'application des conventions conclues avec les prestataires de soins.

Article 38 : Le contrôle technique sur place, s'exerce par des fonctionnaires délégués à cet effet par l'administration.

Article 39 : Lorsque le rapport de vérification sur pièces ou sur place fait état d'observation, il est communiqué à l'organisme gestionnaire qui dispose d'un délai de 30 jours pour présenter ses explications par écrit et, le cas échéant, faire connaître les mesures qu'il compte prendre pour redresser la situation.

Titre VI : Contentieux, recours, sanctions et subrogation

Chapitre Premier : Contentieux, recours et sanctions

Article 40 : Le recours contre le rejet d'une demande de remboursement des prestations de l'organisme gestionnaire ou de restitution des cotisations indûment perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté à l'organisme gestionnaire dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

Est puni d'une amende de cent mille à cinq millions d'ouguiya :

- quiconque obtient ou facilite l'obtention ou tente de le faire par le biais de l'escroquerie ou présentation de fausses déclarations, des prestations qui ne lui sont pas dues ;
- toute personne qui coopère avec les bénéficiaires des dispositions de la présente ordonnance afin d'obtenir des prestations indues ;
- toute personne qui détourne les bénéficiaires des dispositions de la présente ordonnance vers un établissement sanitaire, un cabinet médical, une pharmacie, un laboratoire ou vers toute autre structure sanitaire, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire ;
- tout fournisseur de prestation de soins qui demande, en se basant sur les dispositions de la présente ordonnance, une rémunération pour des actes professionnels non accomplis ou de produits non délivrés ; ou qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

En cas de récidive, le montant de l'amende est doublé.

Les sanctions prévues par les dispositions de la présente ordonnance n'empêchent pas l'application des sanctions pénales plus sévères ou des sanctions administratives prévues par la législation en vigueur.

L'organisme gestionnaire se réserve le droit de demander des dommages et intérêts au contrevenant dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés.

Chapitre II : Subrogation ; actions en responsabilité et nullités

Article 41 : L'organisme gestionnaire est subrogé au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre les tiers responsables du dommage dans les limites des prestations octroyées à la victime.

En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droits doivent assigner en intervention l'organisme gestionnaire, conformément à la législation en vigueur.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à l'organisme gestionnaire qu'autant que celui-ci a été également invité à y participer, par lettre recommandée et ne devient définitif que soixante jours après l'envoi de cette lettre.

L'organisme gestionnaire peut, en cas de non-respect des dispositions de deux alinéa précédents, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans les limites de ce qui a été dépensé.

Article 42 : Si la victime ou ses ayants droit ont intenté une action en justice contre le tiers responsable en réparation du préjudice subi, ceux-ci doivent indiquer, en tout état de la procédure, que la victime est bénéficiaire du régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance.

A défaut de cette indication et faute pour la victime ou ses ayants droit de rembourser les sommes indûment perçues, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant quatre ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme gestionnaire.

Article 43 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente ordonnance.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires aux droits et actions qui leur sont reconnus aux termes de la présente ordonnance n'est pas opposable à l'organisme gestionnaire.

Article 44 : Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre l'organisme gestionnaire sont prescrites après deux ans à partir de la date de la naissance du droit.

Les actions de l'organisme gestionnaire contre les personnes à qui des avantages au titre de ce régime ont été octroyés indûment sont prescrites après deux ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu.

La prescription des autres actions notamment celles se rattachant aux cotisations est régie par les règles de droit commun et les dispositions régissant les organismes de sécurité sociale.

Titre VII : Dispositions finales

Articles 45 : Les dispositions de la présente ordonnance seront précisées, le cas échéant, par décret.

Article 46 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires.

Article 47 : La présente ordonnance sera publiée au Journal Officiel.

Fait à Nouakchott, le 29 SEP 2005

Colonel Ely Ould Mohamed Vall



**Le Premier Ministre
Sidi Mohamed Ould Boubacar**



**Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales
Saadna Ould Baheïda**

