LOI N° 060-2015/CNT PORTANT REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO. JO N°07 DU 18 FEVRIER 2016

LE CONSEIL NATIONAL DE LA TRANSITION

Vu la Constitution ;
Vu la Charte de la transition ;
Vu la résolution n°001-2014/CNT du 27 novembre 2014, portant validation du mandat des membres du Conseil national de la transition ;

a délibéré en sa séance du 05 septembre 2015
et adopté la loi dont la teneur suit :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

_

CHAPITRE 1 : DE L'OBJET ET DES PRINCIPES GENERAUX

_

Article 1 : Il est institué un régime d'assurance maladie obligatoire dénommé « *régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso* ».

_

Article 2 : Le régime d'assurance maladie universelle bénéficie aux populations sans distinction de race, de nationalité, de sexe, d'origine et d'antécédent pathologique.

_

Article 3 : La couverture du risque maladie de la présente loi est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité, de non-discrimination, de mutualisation des risques, d'efficience et de responsabilité générale de l'Etat.

_

Article 4 : Conformément aux principes visés à l'article 3 ci-dessus, l'Etat veille à :
- la participation de chaque assuré social au financement des charges du régime d'assurance maladie universelle dans la mesure de ses ressources ;
- l'accès effectif et équitable de chaque bénéficiaire du régime d'assurance maladie universelle aux prestations de soins de santé ;
- la bonne gouvernance du régime d'assurance maladie universelle ;
la pérennité financière du régime.

_

CHAPITRE 2 : DES DEFINITIONS

_

Article 5 : Au sens de la présente loi, on entend par :

_

- **affiliation** : le rattachement de l'assuré social aux organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle ;

_

- **assujetti** : toute personne, sans discrimination aucune, se trouvant dans l'obligation de s'affilier au régime d'assurance maladie universelle ;

_

- **assujettissement** : l'ensemble des circonstances de fait ou de droit qui fait entrer une personne physique dans le champ d'application du régime d'assurance maladie universelle ;

_

- **assurance maladie** : le dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;

_

- **assuré social** : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'une immatriculation à un organisme de gestion du régime d'assurance maladie ;

_

- **assureur privé** : toute société commerciale d'assurance agréée au Burkina Faso pour la pratique de la branche maladie ;

_

- **convention** : tout accord de volonté conclu entre un organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé ;

_

- **convention de gestion déléguée** : tout contrat passé entre un organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle et un organisme tiers, ayant pour objet la délégation de compétences dévolues ;

_

- **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 ;

_

- **dispositif médical** : l'ensemble de matériels médico-technique indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;

_

- **exonération d'une prestation de soins** : l'action de dispenser partiellement ou totalement de l'obligation de payer les coûts de prestation de soins pour une maladie ;

_

- **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 ;

_
- maladie : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente ;

_
- médecin/Chirurgien-dentiste Conseil : le praticien exerçant un contrôle médical pour le compte des organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle ;

_
- mise hors convention : la suspension d'un prestataire de soins de santé pour non-respect ou violation des termes de la convention ;

_
- mutuelle sociale : 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 liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ;

_
- organisation professionnelle de santé : toute structure ou organisation de professionnels de santé intervenant dans le domaine spécifique de la santé ;

_
- organisme de gestion : organisme chargé de la gestion du régime d'assurance maladie universelle ;

_
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;

_
- panier de soins : l'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;

_
- pensionné : toute personne titulaire d'une pension allouée en vertu des régimes suivants :
. le régime des pensions du secteur privé ;
. le régime des pensions des fonctionnaires, militaires, magistrats et des collectivités territoriales ;
. le régime des pensions de la fonction parlementaire ;
. le régime des pensions des travailleurs indépendants.

_
- période de stage : le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré ;

_
- prestataire de soins de santé : toute structure soignante exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel de santé 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 social ;

_

- prise en charge : la couverture financière par l'assurance maladie des frais de soins dont bénéficie le patient de la part d'un prestataire de soins de santé conventionné ;

_

- régime de sécurité sociale : l'ensemble des dispositions fixant les droits et obligations d'une catégorie de personnes au regard de la sécurité sociale ;

- risque : événement susceptible de supprimer ou de diminuer la capacité de gain d'un assuré social ou encore d'augmenter ses charges ;

_

- sécurité sociale : la protection que la société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques à caractère obligatoire, contre les risques sociaux susceptibles d'entrainer une disparition ou une réduction sensible de leur gain, du fait de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de chômage, de l'invalidité, de la vieillesse, du décès ;

- société de gestion maladie de type privé : toute société commerciale qui, grâce à des ressources humaines spécialisées, un système d'information et à des accords avec l'offre de soins gère, accompagne, conseille, audite ou assiste les régimes de couverture maladie du secteur public, des assureurs privés, des entreprises et des mutuelles sociales ;

_

- subrogation : toute opération par laquelle une personne ou une chose est substituée à une autre dans un rapport juridique. Elle peut être fondée sur une disposition légale ou sur un contrat ;

_

- ticket modérateur : partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré social et qui n'est pas couverte par le 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 ;

_

- 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 1 : DES ASSUJETTIS

_

Article 6 : Sont assujetties au régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi :

- toute personne physique domiciliée sur le territoire national ;
- toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui emploie au moins un travailleur salarié au sens de la législation en vigueur.

CHAPITRE 2 : DES BENEFICIAIRES

Article 7 : Sont éligibles au bénéfice du régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi :
- les personnes physiques assujetties ;
- les membres de la famille à charge ;
- les indigents.

Article 8 : Les membres de la famille à charge de l'assujetti sont :
- le (s) conjoint (s) non salarié (s) de l'assuré ;
- les enfants à charge.

Article 9 : Sont considérés comme enfants à charge, les enfants qui vivent avec l'assuré social et dont celui-ci assume de façon permanente l'entretien si ces enfants rentrent, en outre, dans une des catégories suivantes :

- les enfants de l'assuré social ;
- les enfants du conjoint de l'assuré social ;
- les enfants sous tutelle conformément à la loi ;
- les enfants adoptés par l'assuré social ou son conjoint conformément à la loi.

Toutefois, la condition de cohabitation est censée remplie, si la non présence de l'enfant du foyer des parents est dictée par des raisons de santé ou d'éducation.

Article 10 : L'enfant à charge est immatriculé dès sa naissance, dès sa mise sous tutelle ou dès son adoption s'il n'était pas immatriculé. Il perd la qualité d'enfant à charge à l'âge de vingt et un ans.

L'âge est porté à vingt-six ans pour l'enfant qui poursuit des études supérieures.

L'enfant qui souffre d'un handicap demeure enfant à charge s'il ne peut exercer un métier ou une profession lui permettant de se prendre en charge.

CHAPITRE 3 : DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

Article 11 : Le régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi garantit la prise en charge des frais des prestations de soins curatifs, préventifs, promotionnels et ré adaptatifs.

_

Article 12 : Le régime d'assurance maladie couvre le risque maladie sur la base d'un panier de soins défini par décret pris en Conseil des ministres, conformément aux principes visés par l'article 3 de la présente loi.

_

TITRE III : DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

CHAPITRE 1 : DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

_

Article 13 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit la prise en charge directe, de tout ou partie, des frais de soins de santé par les organismes de gestion, l'autre partie restant à la charge de l'assuré social, le cas échéant.
Toutefois, l'assuré social conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

_

Article 14 : La liste des maladies donnant droit à exonération des frais de soins et les conditions dans lesquelles cette exonération des frais de soins est accordée sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

_

Article 15 : Le bénéficiaire du régime d'assurance maladie universelle conserve le libre choix du praticien, dans le respect des procédures en vigueur dans le système de santé, de l'établissement de santé, du pharmacien et du fournisseur des appareillages et des dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par la présente loi et les textes pris pour son application.

_

Article 16 : 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 administrés sur le territoire national.

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

_

CHAPITRE 2 : DU CONVENTIONNEMENT

_

Article 17 : Les rapports entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé, publics ou privés, sont définis dans le cadre de conventions nationales ou individuelles conclues conformément aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application à l'initiative et sous la conduite des organismes de gestion concernés.

_

Article 18 : Les conventions nationales sont conclues entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie d'une part et les organisations professionnelles de santé représentées à l'échelle nationale, d'autre part.

_

Article 19 : Lorsqu'une convention nationale est approuvée, tout prestataire de soins de santé membre de la profession est réputé adhérent d'office à ladite convention.

Tout prestataire de soins de santé qui ne désire pas adhérer à la convention nationale, doit en faire déclaration aux organismes de gestion avec ampliation aux organismes de gestion déléguée et à son organisation professionnelle, lorsqu'elle existe.

_

Article 20 : Les conventions individuelles sont conclues entre un organisme de gestion du régime d'assurance maladie et un prestataire de soins de santé.

_

Article 21 : Les conventions fixent notamment :
- les obligations des parties contractantes ;
- le tarif national de référence relatif à la prestation des 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 de santé ;
- les mécanismes de résolution des litiges ;
- leurs conditions et modalités de conclusion et de rupture.

_

Article 22 : Un modèle type pour chaque convention est établi sur proposition des organismes de gestion après consultation des représentants des organisations professionnelles de santé et approuvé par décret pris en Conseil des ministres.

_

Article 23 : Les prestations de soins de santé garanties ne sont prises en charge par le régime d'assurance maladie universelle que lorsqu'elles sont délivrées par un prestataire de soins de santé, qu'il soit public ou privé, ayant signé une convention individuelle ou relevant d'une convention nationale avec les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

_

Article 24 : Les organismes de gestion peuvent décider et sans préjudice des sanctions prononcées par les ordres nationaux des professionnels de santé, de placer un prestataire de soins de santé hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de s'expliquer.

_

_

Article 25 : La prise en charge des frais des prestations de soins de santé garanties par la présente loi s'effectue, quel que soit le prestataire de soins de santé conventionné, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention.

CHAPITRE 3 : DES CONTROLES MEDICAL ET ADMINISTRATIF

Article 26 : Les organismes de gestion chargés de gérer le régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi organisent un contrôle médical et un contrôle administratif.

Article 27 : Le contrôle médical a pour objet, notamment :
- de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis ;
- d'apprécier le respect des normes et procédures des prestations de soins de santé ;
- de vérifier et d'évaluer la conformité du plateau technique ;
- de constater les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 28 : Le contrôle médical est confié à des praticiens conseils recrutés à plein temps ou par voie de convention par les organismes de gestion. Le contrôle médical se fait en étroite collaboration avec les services compétents du ministère chargé de la santé.

Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

Article 29 : Les praticiens en charge du contrôle médical sont chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins de santé et l'observation de leur accommodation avec l'état de santé des bénéficiaires ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins de santé fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés sociaux ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins de santé soumises à accord préalable ;
- la vérification sur site des éléments techniques de la convention et de l'effectivité de la prestation.

Article 30 : Le praticien chargé du contrôle médical peut convoquer la personne intéressée à son bureau, ou effectuer une visite soit à son domicile, soit au lieu d'hospitalisation.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé du contrôle médical.

Article 31 : Les établissements de santé, quel que soit leur statut, doivent permettre le libre accès des praticiens chargés du contrôle médical aux lieux d'hospitalisation et mettre à leur disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission de contrôle.

Article 32 : Aucun bénéficiaire des prestations de soins de santé prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, la prise en charge des prestations de soins de santé est suspendue pour la période pendant laquelle le contrôle a été rendu impossible.

Article 33 : Les contestations d'ordre médical relatives à l'état de santé de l'assuré social donnent lieu à l'application d'une procédure d'expertise médicale. Ces contestations sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin-conseil de l'organisme de gestion, ou, à défaut d'accord, par le ministre en charge de la santé sur une liste établie par lui.

L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours et il s'impose à l'assuré social ainsi qu'à l'organisme de gestion sauf inscription de faux.

Un décret prit en Conseil des ministres détermine les conditions et modalités du contrôle médical ainsi que de l'expertise médical.

Article 34 : Les praticiens chargés du contrôle médical sont tenus au secret professionnel et médical conformément aux codes de déontologie des professionnels de santé.

Avant leur entrée en fonction, ils prêtent le serment suivant devant la Cour d'appel de leur ressort siégeant en audience solennelle : *« Je jure de bien et fidèlement remplir ma mission avec dignité, conscience, indépendance, probité et humanité, et de respecter les obligations prévues par la loi et les règlements».*

Article 35 : Les praticiens chargés de contrôle médical ont qualité pour dresser, en cas de violation des dispositions de la présente loi, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Article 36 : Le contrôle administratif a pour objet, notamment :

- de vérifier l'effectivité de l'affiliation et de l'immatriculation des personnes assujetties ;
de s'assurer du recouvrement des cotisations sociales ;
- de s'assurer du respect des procédures en matière de fourniture des prestations du régime ;
- de veiller à l'application des dispositions édictées en matière d'assurance maladie universelle ;
- d'éclairer de ses conseils et de ses recommandations les employeurs publics ou privés et les assurés sociaux ;
- de porter à l'attention de l'autorité compétente les violations et abus qui ne sont pas

spécifiquement couverts par les dispositions légales existantes ;
- de participer à la coordination et au contrôle des services et organismes concourant à l'application de la législation en matière d'assurance maladie universelle.

Article 37 : Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés des organismes de gestion. Ces contrôleurs prêtent le serment énoncé à l'article 34 de la présente loi.

Les personnes physiques ou morales soumises au contrôle administratif sont tenues de recevoir les contrôleurs de jour comme de nuit. Les oppositions ou obstacles à l'action des contrôleurs sont passibles des mêmes peines que celles prévues par les dispositions du Code de travail en matière d'inspection du travail.

Les conditions et les modalités du contrôle administratif sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

TITRE IV : DE LA GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

CHAPITRE 1 : DES ORGANES DE GESTION ET DE REGULATION

Article 38 : La gestion du régime d'assurance maladie universelle est assurée par un établissement public de prévoyance sociale appelé « Organisme de gestion ».

Nonobstant les dispositions de l'alinéa 1 du présent article, la gestion du régime d'assurance maladie universelle est assurée par un organisme de gestion distinct pour ce qui concerne la prise en charge des éléments des forces armées nationales et des membres de leurs familles.

Article 39 : Les organismes de gestion prévus à l'article 38 ci-dessus sont créés par décret pris en Conseil des ministres.

L'organisation, les attributions et le fonctionnement des organismes de gestion sont fixés par leurs statuts qui sont adoptés par décret pris en Conseil des ministres.

Article 40 : Les organismes de gestion visés à l'article 38 ci-dessus, peuvent déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée, notamment les autres établissements de prévoyance sociale, les mutuelles sociales, les assureurs privés et les sociétés de gestion maladie de type privé. La délégation des fonctions est constatée par une convention de gestion déléguée.

Article 41 : Il est interdit à un organisme de gestion déléguée de cumuler la fonction de gestion des prestations de soins de santé garanties de l'assurance maladie universelle avec la gestion d'établissement 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.

Les organismes de gestion déléguée doivent se conformer, dans un délai de trois ans, aux dispositions relatives aux présentes incompatibilités.

_

Article 42 : Un organe de régulation de l'assurance maladie universelle supervise les relations entre les organismes de gestion, les organismes de gestion déléguée et les prestataires de soins de santé ou tous autres prestataires en relation avec lesdits organismes de gestion.
L'organe de régulation est créé par décret pris en Conseil des ministres.

_

CHAPITRE 2 : DES REGLES D'AFFILIATION ET D'IMMATRICULATION

_

Article 43 : L'affiliation des personnes assujetties aux organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle se fait soit à titre individuel directement auprès desdits 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.

En tout état de cause, l'employeur public ou privé est responsable de l'affiliation du personnel qu'il emploie.

_

Article 44 : L'affiliation et l'immatriculation aux organismes de gestion prennent effet au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel les assurés sociaux ont satisfait aux formalités d'immatriculation.

_

Article 45 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis au régime d'assurance maladie universelle, des personnes à leur charge ainsi que des indigents, sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

_

CHAPITRE 3 : DES RESSOURCES ET DE LA GESTION FINANCIERE

_

Article 46 : Les ressources du régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi sont constituées par :
- les cotisations des personnes assujetties ;
- les subventions de l'Etat ;
- le revenu des placements ;
- les dons et legs ;
- les majorations, astreintes et pénalités de retard dues aux cotisations des employeurs ;
- les pénalités financières appliquées aux situations de fraudes avérées ;
- toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie universelle en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 47 : La cotisation est déterminée sur la base du coût du panier de soins. Le coût du panier de soins et les modalités de subvention de l'Etat sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Article 48 : L'Etat est débiteur vis-à-vis des organismes de gestion :
- de la totalité de la cotisation des indigents et est responsable de son versement ;
- de toute ou partie de la cotisation d'autres catégories d'assurés déterminées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 49 : La cotisation du régime d'assurance maladie universelle est repartie entre le travailleur et son employeur.

L'employeur public ou privé est débiteur de la cotisation due aux organismes de gestion du régime institué par la présente loi. Il est responsable de son versement y compris la part mise à la charge du travailleur et qui est précomptée sur la rémunération de celui-ci lors de chaque paie.

Article 50 : Les travailleurs indépendants assujettis au régime d'assurance maladie universelle sont individuellement débiteurs vis-à-vis de l'organisme de gestion de leur cotisation et de celle des membres de la famille à charge le cas échéant. Ils sont responsables du versement de ladite cotisation.

Article 51 : Un décret pris en Conseil des ministres détermine les conditions et les modalités de répartition et de prélèvement de la cotisation ainsi que les délais de son versement aux organismes de gestion.

Article 52 : Les ressources collectées par le régime d'assurance maladie universelle sont exclusivement employées :

- à la prise en charge des prestations de soins de santé au bénéfice des assurés ;
- à la gestion administrative du régime d'assurance maladie universelle conformément aux normes prudentielles définies par la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale ;
- à la subvention des activités de régulation ;
- à des actions de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'amélioration de l'offre de soins ;
- aux frais relatifs aux missions assignées aux organismes de gestion déléguée ;
- à la constitution de réserves financières.

Article 53 : Un décret pris en Conseil des ministres fixe le taux et les modalités des ressources affectées aux actions de promotion de la santé, de prévention de la maladie, d'amélioration de l'offre de soins et aux frais relatifs aux missions assignées aux organismes de gestion

déléguée.

Article 54 : Les organismes de gestion constituent des réserves financières. La nature et les modalités de constitution de ces réserves sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 55 : Le régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi est géré selon le principe d'équilibre financier entre les ressources stables et les dépenses du régime.

Une étude actuarielle externe est réalisée au moins tous les cinq ans afin de consolider la pérennité de l'équilibre financier du régime.

CHAPITRE 4 : DES CONDITIONS D'OUVERTURE, DE MAINTIEN ET DE SUSPENSION DU DROIT AUX PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE GARANTIES

Article 56 : 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 social ou par un tiers.

Article 57 : Lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, les organismes de gestion continuent le service des prestations de soins de santé garanties à ces personnes.

Article 58 : La jouissance du droit aux prestations de soins de santé garanties est subordonnée à l'observation d'une période de stage préalable au cours de laquelle aucune prestation n'est due.

La durée de la période de stage préalable est de trois mois, à partir de la date d'effet de l'immatriculation.

Article 59 : Les membres de la famille à charge de l'assuré décédé continuent de bénéficier, pendant une période de six mois à compter de la date du décès, des prestations du régime. Passé ce délai, ils changent de statut d'assuré social.

Article 60 : Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien et de suspension des droits aux prestations ainsi que les conditions de changement de qualité d'assuré social au régime de l'assurance maladie universelle sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 61 : Les prestations ne sont pas couvertes :

- lorsque le bénéficiaire ne réside pas sur le territoire national, sauf dans les cas couverts par les accords de réciprocité ou les conventions internationales ratifiées ;
- lorsque le bénéficiaire n'utilise pas les établissements de santé mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de son état de santé.

CHAPITRE 5 : DU CONTROLE DE GESTION

Article 62 : Les organismes de gestion sont soumis aux contrôles des corps de contrôle de l'Etat ainsi qu'à ceux de la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale, conformément à la réglementation en vigueur.

Les contrôles effectués par les corps de contrôle de l'Etat s'étendent aux organismes de gestion déléguée en ce qui concerne les opérations financières et comptables relevant de la délégation de gestion.

Les contrôles sont obligatoirement réalisés à l'effet de s'assurer de la bonne santé financière du régime d'assurance maladie universelle.

TITRE V : DES RECOURS GRACIEUX, DES CONTENTIEUX, DES PRESCRIPTIONS ET DES DISPOSITIONS PENALES

CHAPITRE 1 : DES RECOURS GRACIEUX

Article 63 : 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 moyen 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 64 : Les attributions, la composition 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 2 : DES CONTENTIEUX

Article 65 : 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 66 : 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 indûment versées à la victime ou des frais des prestations dont elle a bénéficié.

_

Article 67 : 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 indûment perçues, une action en paiement desdites sommes est intentée contre eux par les organismes de gestion du régime.

_

Article 68 : 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.

_

CHAPITRE 3 : DES PRESCRIPTIONS

_

Article 69 : 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 67 ci-dessus.

_

Article 70 : 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 71 : Les actions de l'organisme de gestion contre les bénéficiaires ou les fournisseurs de prestations de soins de santé à qui des avantages au titre du régime d'assurance maladie universelle ont été octroyées indûment sont prescrites conformément aux dispositions du code civil. 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 4 : DES DISPOSITIONS PENALES

_

Article 72 : Est passible d'une amende de cent mille (100 000) francs CFA à trois cent mille (300 000) francs 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 les dommages et intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

_

Article 73 : Est puni d'une amende de dix à cent fois le montant de la fraude ou de l'abus constaté 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 sanctions prévues par le code pénal.

_

Article 74 : Est puni d'une amende de dix à cent fois le montant de la fraude ou de l'abus constaté et du remboursement des sommes indûment perçues au titre du régime d'assurance maladie universelle, le prestataire de soins de santé qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

_

Article 75 : Les professionnels de santé ou les responsables des établissements de santé qui contreviennent aux dispositions de l'article 30 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 six cent mille (600 000) à deux millions (2 000 000) de francs CFA.

_

Article 76 : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans le présent chapitre.

_

Article 77 : 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 dispensées à l'intéressé au titre de l'indigence.

_

Article 78 : Les sanctions prévues par les dispositions de la présente loi n'empêchent pas l'application des sanctions pénales et administratives prévues par la législation en vigueur.

_

TITRE VI : DES DISPOSITIONS DIVERSES, TRANSITOIRES ET FINALES

_

CHAPITRE 1 : DES DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

_

Article 79 : Les conditions d'application de la présente loi sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 80 : 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 au régime d'assurance maladie universelle dans le délai transitoire de deux ans fixé à l'alinéa 1 du présent article.

Article 81 : Les employeurs publics ou privés et les travailleurs visés à l'article 80 de la présente loi peuvent transformer leur couverture médicale en couverture complémentaire.

CHAPITRE 2 : DES DISPOSITIONS FINALES

Article 82 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures.

Article 83 : La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Ainsi fait et délibéré en séance publique
à Ouagadougou, le 05 septembre 2015

Pour le Président du Conseil national
de la transition,
le premier Vice-président

Honoré Lucien NOMBRE

Le Secrétaire de séance

Rahamata Leatitia KOUDOUGOU