
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES**CHAPITRE I : DEFINITIONS**

Article 1 : Au sens de la présente loi, on entend par :

- **assujetti**, toute personne obligatoirement rattachée à l'un des régimes de la Couverture Maladie Universelle ;
- **assuré**, toute personne immatriculée à l'un des régimes de la Couverture Maladie Universelle ;
- **convention**, le contrat passé entre l'organisme de gestion de la Couverture Maladie Universelle et les prestataires de soins de santé ou leurs représentants ;
- **convention de gestion déléguée**, tout contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et un organisme tiers, ayant pour objet la délégation de compétences dévolues par la présente loi ;
- **médecin ou pharmacien conseil**, tout praticien exerçant un contrôle médical ou pharmaceutique pour le compte d'un régime de Couverture Maladie Universelle ;
- **organisme de gestion**, l'organisme en charge de la gestion du régime général de base ou du régime d'assistance médicale ;
- **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 personne ou structure soignante exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel participant aux soins à fournir aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ;
- **prise en charge**, la couverture financière des frais de soins dont bénéficie le patient de la part d'un prestataire de soins de santé ;

- **système de capitation**, le mécanisme par lequel la Couverture Maladie Universelle paye directement au prestataire de soins de santé un montant forfaitaire par bénéficiaire dont il a la charge, que celui-ci recoure ou non à des prestations de soins de santé, à l'exclusion du ticket modérateur ;
- **système de tiers-payant**, le mécanisme par lequel la Couverture Maladie Universelle paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur ;
- **ticket modérateur**, la partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas couverte par le régime général de base de la Couverture Maladie Universelle.

CHAPITRE II : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 2 : Il est institué par la présente loi, un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire, dénommé Couverture Maladie Universelle.

Article 3 : La Couverture Maladie Universelle comprend :

- un régime contributif, dit régime général de base ;
- un régime non contributif, dit régime d'assistance médicale, qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies, telles que définies par décret.

La Couverture Maladie Universelle peut être étendue à des régimes non prévus par la présente loi.

Article 4 : Est assujetti à la Couverture Maladie Universelle, l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire.

Les conditions et modalités particulières d'assujettissement à chacun des régimes sont précisées par décret.

Article 5 : Bénéficient des prestations de la Couverture Maladie Universelle, les personnes physiques assujetties, affiliées à l'un de ses régimes, dont la validité des droits est en cours.

Article 6 : Sont garanties les prestations de soins inhérentes à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle, à l'exclusion des accidents du travail et maladies professionnelles. Cette garantie peut être étendue à certaines prestations de prévention du risque

maladie, pour autant qu'elles présentent un intérêt économique ou de santé publique.

Article 7 : La liste des affections, la nomenclature des actes de soins, médicaux et chirurgicaux, ainsi que les médicaments couverts par la garantie sont définis par décret.

Article 8 : Les prestations garanties ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national, sauf dispositions particulières dans le cadre de conventions de sécurité sociale.

Article 9 : Sont exclues du champ des prestations garanties par la Couverture Maladie Universelle, toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes de soins, médicaux et chirurgicaux, ainsi que des médicaments établie par le décret mentionné à l'article 7 ci-dessus.

CHAPITRE III : PRINCIPES

Article 10 : La Couverture Maladie Universelle est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité et de mutualisation des risques.

Les assurés sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la religion, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

TITRE II – PRISE EN CHARGE

CHAPITRE I : MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Article 11 : La Couverture Maladie Universelle garantit la prise en charge d'une partie des frais de soins de santé par l'organisme de gestion ; l'autre partie restant à la charge de l'assuré, sauf dispositions contraires précisées par décret.

Article 12 : La prise en charge des frais de soins de santé par la Couverture Maladie Universelle est effectuée :

- à l'acte, sur la base de la liste des prestations garanties mentionnée à l'article 7 de la présente loi ;
- sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- par capitation ;

- selon tout mécanisme permettant de garantir la performance, l'efficacité, la pérennité et la viabilité de la Couverture Maladie Universelle.

Les mécanismes de prise en charge des frais de santé par l'organisme de gestion pour chacun des régimes sont fixés par décret.

Article 13 : Le barème financier de référence des mécanismes de prise en charge des frais de santé est fixé par décret, sur proposition de l'organisme de gestion et après avis des Ministres chargés de la Protection sociale et de la Santé.

Article 14 : Pour bénéficier de la prise en charge des prestations garanties par la Couverture Maladie Universelle, l'assuré est tenu d'observer un parcours de soins dont les modalités sont définies par décret.

CHAPITRE II : CONVENTIONNEMENT

Article 15 : Les prestations garanties ne sont prises en charge par la Couverture Maladie Universelle que lorsqu'elles sont délivrées par un prestataire, qu'il soit public ou privé, ayant signé une convention individuelle ou adhéré à une convention collective avec l'organisme en charge de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

Article 16 : Les conventions régissent les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins conventionnés. Elles comprennent notamment :

- les obligations des parties contractantes ;
- le barème financier de référence relatif à la délivrance 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 ;
- les mécanismes de résolution des litiges.

Les modalités et les procédures de conclusion desdites conventions sont fixées par décret.

Article 17 : L'organisme de gestion peut, sans préjudice des sanctions prononcées par les ordres professionnels, prononcer la suspension ou la rupture de la convention, pour non-respect ou violation de ses termes par le prestataire de soins.

Les conditions et modalités de la suspension et de la rupture des conventions sont déterminées par décret.

CHAPITRE III : CONTRÔLE MEDICAL

Article 18 : L'organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier auprès des prestataires de soins la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 19 : Le contrôle médical est confié à des médecins et à des pharmaciens conseils agréés par l'organisme de gestion, chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

Article 20 : Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent exercer la fonction de prestataires de soins.

Article 21 : Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins et pharmaciens conseils peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire des prestations de soins ;
- accéder au dossier médical du bénéficiaire des prestations de soins ;
- demander des éclaircissements aux prestataires de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire des prestations de soins ;
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge de tout bénéficiaire des prestations de soins.

Article 22 : Les praticiens ou les directeurs des établissements de santé sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux de délivrance des prestations et d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

Les médecins traitant peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire des prestations de soins ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 23 : Aucun bénéficiaire des prestations de soins prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, la prise en charge des prestations de soins est suspendue pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 24 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme de gestion à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance du bénéficiaire des prestations de soins.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'administration en charge de la Protection Sociale, qui désigne un médecin expert agréé pour procéder à un nouvel examen. **La décision prise sur la base des conclusions du médecin expert agréé est insusceptible de recours.**

Article 25 : Les modalités du contrôle médical, les conditions et les délais dans lesquels celui-ci s'exerce sont fixés par décret.

TITRE III –GESTION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

CHAPITRE I : AFFILIATION ET IMMATRICULATION

Article 26 : Pour bénéficier des prestations de la Couverture Maladie Universelle, l'assujetti doit être affilié et déclaré à l'organisme de gestion.

Article 27 : A chaque assuré, il est attribué un numéro d'immatriculation unique pour la Couverture Maladie Universelle.

Le numéro d'immatriculation unique de chaque assuré et de chaque employeur assujetti à la Couverture Maladie Universelle devient l'identifiant unique du système de sécurité sociale en Côte d'Ivoire et remplace tout autre système d'identification des assurés sociaux.

Article 28 : L'affiliation d'un assuré prend effet à compter de la date de son immatriculation.

Article 29 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis sont fixées, pour chaque régime, par décret.

CHAPITRE II : CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Article 30 : L'ouverture du droit aux prestations de la Couverture Maladie Universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Article 31 : Une période de stage préalable à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire. La durée de cette période de stage est fixée par décret.

Article 32 : L'organisme de gestion est tenu de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et de valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de la Couverture Maladie Universelle.

Article 33 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever de l'un des régimes de la Couverture Maladie Universelle, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période déterminée par décret.

Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir les conditions pour le bénéfice de l'autre régime mentionné à l'article 3, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est invalidé.

Article 34 : Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont définies par décret.

TITRE IV – ORGANISATION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE, COMPTABLE ET TECHNIQUE

CHAPITRE I : ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 35 : La gestion et la régulation de la Couverture Maladie Universelle sont confiées à une Institution de Prévoyance Sociale, créée par décret.

Article 36 : L'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle peut déléguer certaines de ses compétences à des organismes gestionnaires délégués. Les organismes gestionnaires délégués ont obligatoirement l'un des statuts suivants :

- Institution de Prévoyance Sociale ;
- Société relevant du code CIMA ;
- Mutuelle Sociale au sens du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ;
- Société Commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion technique du risque maladie.

Les termes de la délégation de compétences de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle aux organismes gestionnaires délégués sont précisés par une Convention de délégation qui doit être approuvée par l'autorité de tutelle.

Article 37 : L'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle est administrée par un Conseil d'Administration dont la composition peut déroger aux dispositions de la loi n°99-476 du 02 août 1999 portant définition et organisation des institutions de Prévoyance sociale, selon des conditions et modalités déterminées par décret.

CHAPITRE II : INCOMPATIBILITES

Article 38: Il est interdit de cumuler la gestion des risques prévus par la présente loi avec la gestion administrative, technique ou financière d'un établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins de santé ou d'hospitalisation ou d'un établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, de matériels, de dispositifs et d'appareillages médicaux.

Les organismes gestionnaires délégués doivent se conformer, dans un délai de **deux (02) ans** à compter de la signature de la Convention de délégation de compétences par l'organisme de gestion de la Couverture Maladie Universelle, aux dispositions relatives aux présentes incompatibilités.

CHAPITRE III : LES RESSOURCES ET DEPENSES

Article 39 : Les ressources de la Couverture Maladie Universelle sont constituées par :

- les cotisations, majorations, pénalités et intérêts de retards ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements ;
- les subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;

- les dons et legs ;
- toutes autres ressources affectées à la Couverture Maladie Universelle en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 40 : Les taux et assiettes, les modalités et procédures de paiement ou de recouvrement des cotisations sont précisés par décret.

Article 41 : Le niveau et les modalités des subventions de l'Etat et des collectivités territoriales sont déterminés par la loi de finances.

Article 42 : Les ressources collectées par la Couverture Maladie Universelle sont employées à titre principal pour :

- la prise en charge des prestations de soins au bénéfice des assurés, pouvant inclure les actions de promotion de la santé et de prévention ;
- la gestion administrative du système de couverture maladie dans la limite des ratios de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, en abrégé CIPRES ;
- la constitution de réserves de sécurité ;
- les placements.

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

Il est interdit à l'organisme de gestion ou aux organismes gestionnaires délégués d'utiliser les ressources de la Couverture Maladie Universelle à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

Article 43 : L'organisme de gestion est tenu de constituer des réserves financières.

La nature et les modalités de constitution de ces réserves sont fixées par décret.

Article 44 : L'organisme de gestion est tenu d'appliquer le plan comptable défini par la CIPRES.

CHAPITRE IV : GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE

Article 45 : La Couverture Maladie Universelle instituée par la présente loi vise un objectif d'équilibre financier entre ressources et dépenses de chacun des régimes.

Une étude actuarielle externe est réalisée tous les trois ans afin d'apprécier la pérennité de l'équilibre financier de chacun des régimes, dont les résultats

sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

Article 46 : Les comptes et opérations de la Couverture Maladie Universelle sont soumis tous les trois ans à un audit comptable et financier externe dont les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS FISCALES

Article 47 : L'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle jouit pour toutes ses activités sociales d'un régime fiscal privilégié ainsi défini :

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

Article 48 : Les cotisations versées à titre obligatoire ou volontaire à l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle et les prestations payées par elle sont exonérées d'impôts et taxes.

Article 49 : Les pièces et actes relatifs à l'application de la législation de la prévoyance sociale sont délivrés gratuitement et exemptés de droit de timbre et d'enregistrement.

Article 50 : L'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle dispose pour le recouvrement de ses créances, de prérogatives et privilèges analogues à ceux du Trésor Public. Ses privilèges prennent rang immédiatement après les créances de salaire.

Article 51 : Les biens et les deniers de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle sont insaisissables et aucune opposition ne peut être pratiquée sur les sommes qui lui sont dues. Les créanciers porteurs de titre exécutoire peuvent, à défaut d'un règlement immédiat, se pourvoir devant le Conseil d'Administration de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle, qui est tenu de procéder à l'inscription du crédit au budget suivant et à son paiement.

CHAPITRE VI : CONTRÔLE TECHNIQUE

Article 52 : Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux régimes de la Couverture Maladie Universelle est assuré dans des conditions définies par décret.

TITRE V – CONTENTIEUX ET RECOURS, NULLITE, PRESCRIPTIONS ET SANCTIONS

CHAPITRE I – CONTENTIEUX ET RECOURS

Article 53 : Les litiges nés de l'application des lois et règlements en vigueur en matière de couverture maladie visant les assurés et les employeurs, à l'exclusion des contestations d'ordre médical et à l'exception des affaires pénales et des litiges qui appartiennent exclusivement en fonction de leur nature à un autre contentieux, sont de la compétence des juridictions de droit commun du ressort de la résidence habituelle de l'assuré ou du siège social en Côte d'Ivoire de l'employeur intéressé.

Article 54 : Avant d'être soumises aux juridictions compétentes, les réclamations formées contre les décisions prises par l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle sont obligatoirement portées, par lettre recommandée ou tout autre moyen de notification avec accusé de réception, devant une commission de recours gracieux.

Les attributions, l'**organisation** et le fonctionnement de la commission de recours gracieux sont fixés par le décret de création et les statuts particuliers de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

Article 55 : L'employeur ou l'assuré qui **contrevient** aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application est poursuivi devant les juridictions pénales, soit à la requête du Ministère Public, éventuellement sur la demande du ministère en charge de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et notamment de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

Le tribunal peut ordonner que le jugement soit publié dans la presse et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

Article 56 : L'organisme gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle est subrogé au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre le tiers responsable 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 droit 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 légalement invité à y participer.

L'organisme gestionnaire peut, en cas de non-respect des dispositions des deux alinéas précédents, se retourner contre le bénéficiaire des prestations de soins qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants des prestations dont il a bénéficié.

CHAPITRE II – NULLITE

Article 57 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi.

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

CHAPITRE III – PRESCRIPTIONS

Article 58 : L'action publique résultant des infractions de l'employeur ou de son préposé ou de l'assuré aux dispositions de la présente loi est prescrite conformément aux délais de prescription prévus par le Code de Procédure pénale.

Article 59 : L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un assuré, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration des délais prescrits.

Article 60 : Les actions des bénéficiaires et des prestataires de soins contre l'organisme gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle sont prescrites après deux années à partir de la date de la naissance du droit.

Article 61 : Les actions de l'organisme gestionnaire contre les bénéficiaires ou les fournisseurs de prestations de soins à qui des avantages au titre de la Couverture Maladie Universelle ont été octroyés indûment sont prescrites après quatre années. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article 62 : La prescription des autres actions est régie par les règles de droit commun.

CHAPITRE IV – SANCTIONS

Article 63 : Est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs CFA, quiconque, à quelque titre que ce soit, par fraude ou fausse déclaration, obtient ou tente d'obtenir des prestations qui ne lui sont pas dues.

Article 64 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, toute personne qui détourne les bénéficiaires de droits en vertu des dispositions de la présente loi, vers un prestataire de soins, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par la présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire.

Article 65 : Est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs CFA, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention qui peut lui être infligée.

Article 66 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, le praticien ou le directeur d'établissement de santé qui refuse le contrôle médical.

Article 67 : Est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs CFA, tout employeur ou assuré qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme de gestion ou aux personnes assermentées dans le cadre de la vérification du respect de l'obligation d'affiliation à la Couverture Maladie Universelle.

Article 68 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'affiliation dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 69 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 70 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues.

Article 71 : 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.

Article 72 : L'organisme de gestion se réserve le droit de demander au contrevenant des dommages et intérêts dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés.

TITRE VI – DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 73 : Les Institutions de Prévoyance Sociale disposent d'un délai de trois ans pour procéder à la réimmatriculation des assurés sociaux relevant d'autres régimes de prévoyance sociale.

Article 74 : Un décret pris en Conseil des Ministres fixe les modalités d'application de la présente loi.

Article 75 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi, notamment la loi n°2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle.

Article 76 : La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait et adopté en séance publique

Abidjan, le 06 Mars 2014

Un Secrétaire
de l'Assemblée nationale

Un Vice-président
de l'Assemblée nationale

KOUAME Koffi Norbert

SILUE Kagnon Augustin