

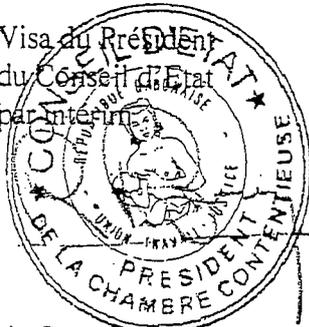
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA PREVOYANCE SOCIALE

REPUBLIQUE GABONAISE

Union – Travail – Justice

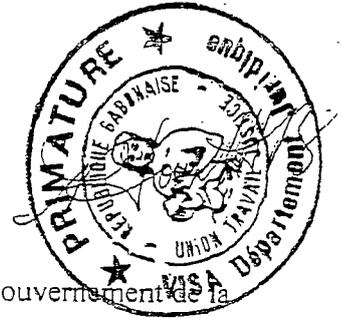
Visa du Président
du Conseil d'Etat
par intérim



~~00001304~~ 00969 /PR/MTEPS

fixant les modalités techniques de fonctionnement
du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de
Garantie Sociale

Le Président de la République,
Chef de l'Etat ;



Vu la Constitution ;

Vu le décret n° 00001304/PR du 28 décembre 2007 fixant la composition du Gouvernement de la République, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi n° 3/94 du 21 novembre 1994, modifiée par la loi n°12/2000 du 12 octobre 2000 portant Code du Travail de la République gabonaise ;

Vu l'ordonnance n° 1/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise ;

Vu la loi n° 001/2005 du 4 février 2005 portant Statut Général de la Fonction Publique ;

Vu l'ordonnance n° 0022/2007/PR du 21 août 2007 instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République Gabonaise ;

Vu la loi n° 034/2007 du 28 décembre 2007 portant ratification de l'ordonnance n°0022 /PR/2007 du 21 août 2007 sus-visée ;

Vu le décret n° 1113/PR/MSSBE du 09 août 1982 portant attributions et organisation du Ministère de la Sécurité Sociale et du Bien-être ;

Vu le décret n° 00221/PR/MTE du 06 février 1984 portant attributions et organisation du Ministère du Travail et de l'Emploi ;

Vu le décret n° 001189/PR/MRH du 19 juillet 1985, fixant les attributions et l'organisation du Ministère des Ressources Humaines ;

Le Conseil d'Etat consulté ;

Le Conseil des Ministres entendu ;

Décète :

Article 1 : Le présent décret, pris en application des dispositions des articles 51 de la Constitution et 107 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, fixe les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale.



Article 2 : Les dispositions du présent décret sont complétées, en tant que de besoin, par les délibérations du conseil d'administration rendues exécutoires.

TITRE I : DE L'ORGANISATION

CHAPITRE I : DE LA GESTION TECHNIQUE

Section I : Des définitions

Article 3 : Au sens du présent décret, les expressions suivantes sont définies comme suit :

- l'**assujettissement** désigne la situation d'une personne physique ou morale soumise au Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale ;
- l'**affiliation** constitue le rattachement d'une personne physique ou morale à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale eu égard à la situation d'assujettissement définie ci-dessus ;
- l'**immatriculation** est l'opération administrative qui consiste à inscrire une personne physique ou morale sur la liste des affiliés de la Caisse. Cette opération débouche sur l'attribution d'un numéro appelé « identifiant » ;
- l'**assuré** est la personne physique assujettie, affiliée puis immatriculée à la Caisse dont la situation ouvre des droits pour elle-même et pour ses ayants droit ;
- l'**ayant droit** est une personne physique dont les liens avec un assuré lui ouvrent des droits ;
- les **prestations** désignent l'ensemble des actes et des services ouverts aux assurés et à leurs ayants droit au titre du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale ;
- l'**employeur** est la personne publique ou privée, physique ou morale, de droit ou de fait sous la dépendance et au profit de laquelle une personne physique exécute des tâches contre une rétribution ;
- les **prestataires** désignent toutes les personnes physiques ou morales, conventionnées ou non, accomplissant des actes dans le cadre du fonctionnement technique du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale.

Section II : De l'immatriculation des Assurés

Article 4 : La Caisse procède à l'immatriculation de tous les assujettis définis aux articles 4, 5 et 7 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée.

Article 5 : Lors de la première prise de service de tout agent public, de membre d'une Institution Constitutionnelle ou de tout travailleur du secteur public, parapublic ou privé, l'employeur est tenu de le déclarer à la Caisse dans un délai de huit jours à l'aide d'un imprimé appelé « Demande d'immatriculation d'agent public, de membre d'Institution Constitutionnelle ou de travailleur » délivré par la Caisse.

Faute par l'employeur de déclarer l'agent public, le membre d'Institution Constitutionnelle ou le travailleur, l'immatriculation de celui-ci est effectuée soit à la requête de l'intéressé, soit d'office par la Caisse.



Article 6 : Le travailleur indépendant est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à la Caisse dans les trente jours qui suivent le début de son activité. La demande d'immatriculation est faite sur un imprimé intitulé « Demande d'immatriculation de travailleur indépendant » qu'il appartient à l'intéressé de se procurer auprès du service de la Caisse le plus proche de sa résidence.

Article 7 : L'adhésion d'un assujetti volontaire intervient à tout moment. Son immatriculation est effectuée à sa demande sur la base d'un imprimé intitulé « Demande d'immatriculation d'assuré volontaire » délivré par la Caisse.

Article 8 : Tout assujetti de nationalité étrangère résidant sur le territoire national doit, pour bénéficier des prestations au titre du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, justifier d'un titre de séjour en cours de validité, délivré par l'administration compétente.

Article 9 : Les personnes titulaires d'une pension ou d'une rente servie par un régime obligatoire de prévoyance sociale gabonais, sont immatriculées à la Caisse, à l'exclusion des rentes des risques professionnels.

L'immatriculation des assujettis cités à l'alinéa ci-dessus est effectuée à l'initiative de l'organisme payeur ou d'office par la Caisse.

Article 10 : Les personnes titulaires d'une pension ou d'une rente servie par un régime obligatoire de prévoyance sociale étranger, peuvent être immatriculées à la Caisse comme assujetties volontaires.

Article 11 : Pour être immatriculés à la Caisse, les élèves et les étudiants doivent être :

- inscrits dans un établissement d'enseignement secondaire général ou technique, supérieur, ou un établissement de formation professionnelle ;
- âgés de 30 ans au plus.

~~L'affiliation s'effectue lors de l'inscription dans l'établissement. Elle est prolongée d'année en année sur production des documents attestant la poursuite des études. Les élèves et étudiants sont déclarés à la Caisse par les établissements dans lesquels ils sont inscrits.~~

Article 12 : La liste des établissements mentionnés au paragraphe ci-dessus est déterminée par un arrêté ministériel conjoint du Ministre chargé de la Prévoyance Sociale et du Ministre de tutelle dont relève l'établissement d'enseignement ou de formation professionnelle concerné.

Article 13 : La demande d'immatriculation, établie sur des formulaires de couleurs différentes en fonction du statut de chaque assujetti, comporte les renseignements suivants :

- les nom et prénoms, et pour une femme mariée, son nom de jeune fille ;
- les noms et prénoms du père et de la mère ;
- la date et le lieu de naissance ;
- la nationalité au jour de la demande ;
- le sexe, la situation matrimoniale et le nombre total d'enfants à charge ;
- les nom, prénoms, dates et lieux de naissance de chaque enfant à charge ;
- l'adresse postale et la localité, l'adresse électronique le cas échéant ;
- le numéro de contact téléphonique le cas échéant ;
- le statut administratif : agent public, membre d'une Institution Constitutionnelle, salarié, travailleur indépendant, rentier ou pensionné, étudiant ou autre ;
- la position administrative : en activité ou retraité ;
- la date effective de prise de fonction ou d'embauche ;



- la dénomination et le numéro d'affiliation de l'employeur cotisant;
- le numéro d'identification de l'assujetti auprès d'autres institutions, le cas échéant ;
- le grade, l'indice et le numéro matricule attribué par la Direction de la Solde pour les agents publics et les membres des Institutions Constitutionnelles ;
- le nom de l'organisme payeur pour les titulaires de pension ou de rente ;
- pour les travailleurs indépendants, outre les informations contenues du premier au treizième tiret ci-dessus, les renseignements suivants sont requis :
 - nature de l'activité professionnelle au titre de laquelle l'immatriculation est demandée ;
 - selon le cas, numéro d'inscription au rôle des patentes ou des licences ainsi que la classe ou la catégorie d'affectation audit rôle, ou numéro d'enregistrement du Groupement des producteurs ou de la Société coopérative ;
- pour les élèves et étudiants, outre les informations contenues du premier au septième tiret ci-dessus, les renseignements suivants sont requis :
 - année de l'inscription scolaire ou universitaire ;
 - dénomination de l'établissement scolaire ou universitaire.

Article 14 : Lors de l'immatriculation de l'assujetti, il est également procédé à celle de ses ayants droit définis par l'article 8 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée.

Article 15 : Au titre de l'article 8 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, les enfants orphelins de père et de mère sont considérés comme enfants à charge.

Article 16 : La demande d'immatriculation d'un ayant droit, conjoint ou enfant à charge, comporte les renseignements suivants :

1. Conjoint :

- les nom, prénoms, le sexe, ainsi que, pour une femme mariée, son nom de jeune fille ;
- les noms et prénoms de son père et de sa mère ;
- la date et le lieu de naissance ;
- la nationalité au jour de la demande ;
- les nom, prénoms et le numéro d'immatriculation de l'assuré ;
- les dates de mariage et de décès si l'assuré est décédé ;
- le nombre total d'enfants à charge ;
- les nom, prénoms, la date et le lieu de naissance, la filiation de chaque enfant à charge ;
- l'adresse postale, l'adresse électronique le cas échéant ;
- le numéro de téléphone le cas échéant ;
- l'activité professionnelle et l'identification de son employeur, le cas échéant.

2. Enfant à charge :

- les nom et prénoms ;
- les noms et prénoms du père et de la mère ;
- la date et le lieu de naissance ;
- la nationalité au jour de la demande ;
- les nom, prénoms et le numéro d'immatriculation de l'assuré ;
- la date de décès si l'assuré est décédé ;
- les nom et prénoms du tuteur, le cas échéant ;
- l'adresse postale complète, l'adresse électronique le cas échéant ;
- le numéro de téléphone, le cas échéant.



Article 17 : Les demandes d'immatriculation doivent être transmises à la Caisse accompagnées de pièces justificatives suivantes :

- l'extrait d'acte de naissance ou le jugement supplétif de l'assujetti ;
- l'acte de mariage ou le livret de famille ;
- l'extrait d'acte de naissance ou le jugement supplétif des enfants à charge ;
- pour les enfants orphelins, l'acte de décès de chacun des deux parents ;
- pour les enfants adoptés, le jugement d'adoption ;
- pour les membres des Institutions Constitutionnelles et les agents publics en activité, une copie d'attestation de prise de service et du bulletin de solde datant de moins de trois mois ;
- pour les salariés, l'attestation d'emploi délivrée par l'employeur et le dernier bulletin de paie ;
- pour les travailleurs indépendants, la patente en cours de validité ;
- pour les assurés titulaires d'une pension ou d'une rente, une copie du titre de pension ou de la rente ;
- pour les élèves et les étudiants, le certificat d'inscription ou l'attestation de scolarité de l'année en cours ;
- une copie légalisée d'une pièce d'identité.

La Caisse peut, en cas de besoin, exiger tout autre document jugé nécessaire.

Article 18 : La Caisse accepte, pour la constitution des dossiers, les pièces justificatives certifiées conformes par l'autorité administrative compétente.

Article 19 : L'affiliation d'un assujetti obligatoire ou volontaire prend effet à la date de son immatriculation.

Article 20 : Nonobstant les dispositions de l'article 19 ci-dessus, l'affiliation des élèves et étudiants prend effet au début de l'année scolaire ou académique suivant la fin de celle au cours de laquelle ils perdent la qualité d'ayants droit.

Article 21 : En cas de cessation définitive d'activité de tout agent public, de membre d'une Institution Constitutionnelle, de travailleur du secteur public, parapublic ou privé, l'employeur est tenu d'en informer la Caisse sans délai, au moyen d'un imprimé appelé « Notification de cessation d'activité » délivré par celle-ci. Cet imprimé mentionne la date d'effet de la cessation d'activité.

Article 22 : Lorsqu'un assuré cesse de remplir les conditions requises pour bénéficier des prestations du fonds du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale auquel il est rattaché, il en est informé par la Caisse au moyen d'un imprimé intitulé « Notification de modification ou de cessation d'assujettissement ».

Article 23 : En cas de radiation d'un assuré de l'un des fonds, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour lui-même et ses ayants droit, pour le mois en cours et les trois mois civils suivants, à condition qu'il ait été immatriculé pendant une période continue de douze mois précédant immédiatement sa radiation.

Si pendant la période de maintien de droit citée à l'alinéa ci-dessus, l'intéressé vient à remplir les conditions requises en qualité d'assuré ou d'ayant droit pour bénéficier des prestations au titre d'un autre fonds, le droit aux prestations du fonds auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Article 24 : Les ayants droit d'un assuré décédé qui ne bénéficient pas des prestations du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale à un autre titre, continuent à en



bénéficiaire pendant une période de trois mois, au titre du fonds dont l'assuré relevait au moment du décès.

Article 25 : L'affiliation volontaire au Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale prend fin dans les cas où l'assuré :

- ne s'acquitte pas des cotisations dues dans les délais prescrits ;
- devient assujéti d'un autre fonds ;
- acquiert la qualité d'ayant droit d'un assuré ;
- cesse de résider sur le territoire national.

Article 26 : L'assujétissement d'un assuré au Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale cesse à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel les conditions requises ne sont plus remplies.

Article 27 : Lorsque dans un couple, chaque conjoint est assujéti et immatriculé à la Caisse, les prestations auxquelles il peut prétendre sont allouées au titre du fonds dont il relève.

Article 28 : Lorsque les enfants sont immatriculés par des parents qui ont tous deux la qualité d'assurés, ceux-ci désignent d'un commun accord celui auquel les enfants sont rattachés pour le bénéfice des prestations.

La désignation prévue à l'alinéa précédent est effectuée au moment de l'immatriculation.

Lorsque le parent désigné cesse d'ouvrir droit aux prestations au titre du fonds auquel il est rattaché, celles-ci sont dues du chef de l'autre parent assuré.

Section III : De l'immatriculation des Employeurs

Article 29 : Sont obligatoirement immatriculés à la Caisse en qualité d'employeur :

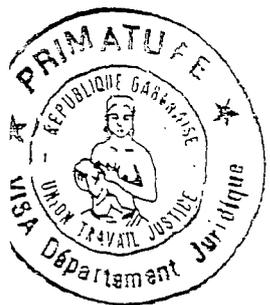
- toute personne physique ou morale du secteur public, parapublic ou privé, occupant un ou des travailleurs en qualité de salariés ou d'agent public ;
- l'employeur de gens de maison.

Article 30 : L'employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à la Caisse dans les huit jours qui suivent l'ouverture ou la réouverture de son activité.

Article 31 : La demande d'immatriculation de l'employeur mentionnée au premier tiret de l'article 29 ci-dessus, établie sur un imprimé fourni par la Caisse, comporte :

- les nom et prénoms de l'exploitant ou la raison sociale de l'entreprise ;
- 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 ;
- s'il s'agit d'une reprise d'établissement, le nom du prédécesseur et la date de reprise ;
- la nature de l'activité exercée ;
- l'effectif du personnel salarié.

Article 32 : La demande d'immatriculation de l'employeur mentionnée au deuxième tiret de l'article 29 ci-dessus, établie sur un imprimé fourni par la Caisse, comporte



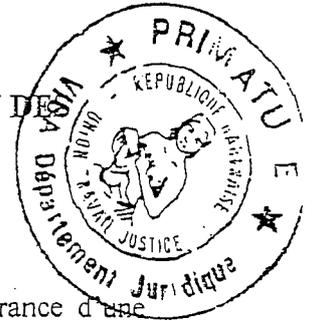
- les nom et prénoms, la profession et les adresses géographique et postale de l'employeur, adresse électronique le cas échéant ;
- la date d'engagement des gens de maison concernés ;
- l'effectif de ce personnel et la nature de son activité.

Article 33 : Dès réception de la demande mentionnée à l'article 30 ci-dessus, la Caisse délivre à l'employeur un numéro d'immatriculation appelé « identifiant ».

L'employeur est tenu de mentionner sur le bulletin de salaire ou de solde qu'il délivre ainsi que sur les documents destinés à la Caisse, son numéro d'immatriculation ainsi que celui de l'assuré.

CHAPITRE II : DE LA CARTE D'ASSURÉ ET DE L'IDENTIFICATION DES PRESTATAIRES

Section I : De la carte d'assuré



Article 34 : L'exploitation de la demande d'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assuré comportant, outre la durée de validité, la photographie et un numéro matricule, d'autres informations d'identification de l'intéressé déterminées par arrêté du Ministre de tutelle.

Les enfants âgés de plus de seize ans ne pouvant se prévaloir de la qualité d'ayant droit de l'assuré, reçoivent leur carte du fonds au titre duquel ils sont rattachés en fonction de leur situation personnelle.

Le contenu de la carte est susceptible d'être adapté à des spécifications techniques pour répondre à des exigences légales, réglementaires ou conventionnelles nouvelles.

Article 35 : En attendant l'établissement de la carte dans un délai de trois mois, une attestation provisoire d'immatriculation est délivrée à l'assuré. Elle contient tous les éléments d'identification ainsi que sa photographie.

L'attestation provisoire d'immatriculation est restituée à la Caisse lors du retrait de la carte. En cas de perte de l'attestation, les dispositions de l'article 38 ci-dessous s'appliquent.

Article 36 : La carte d'assuré est la propriété de la Caisse. Elle est strictement personnelle et valable sur toute l'étendue du territoire national.

La carte d'assuré doit être présentée à tout prestataire de santé et de service agréé par la Caisse pour toute sollicitation d'actes de santé ou de service connexe susceptibles d'être à la charge de cette dernière.

En cas de doute sur l'identité du détenteur, le prestataire est en droit d'exiger, en plus de la carte d'assuré, la présentation d'une pièce d'identité du porteur de ladite carte.

Article 37 : En cas de dysfonctionnement la rendant définitivement inexploitable, la carte est renouvelée par la Caisse. Pendant les délais d'établissement de la nouvelle carte, la Caisse retire la carte défectueuse et délivre à l'assuré une attestation d'immatriculation. La nouvelle carte est délivrée contre restitution de cette attestation.

Article 38 : En cas de perte de la carte d'assuré, une demande d'établissement d'un duplicata doit être présentée par l'assuré dans les quarante huit heures, jours ouvrables, suivant la date de constatation de la perte.

Pendant le délai d'un mois d'établissement de ce duplicata, la Caisse délivre une attestation provisoire tenant lieu de carte. Cette attestation contient les mêmes éléments d'identification que la carte initiale. La délivrance du duplicata est assortie d'une participation financière de l'assuré aux frais d'établissement dont le montant est fixé par délibération du Conseil d'administration.

Article 39 : La durée de validité de la carte d'assuré est fixée à sept ans. Les modalités de renouvellement de cette carte sont fixées par arrêté du Ministre de tutelle.

La carte d'assuré dont la validité a expiré est retirée par la Caisse en échange d'une nouvelle carte.

Article 40 : L'assuré qui change de situation sociale ou professionnelle et qui acquiert le bénéfice du droit aux prestations de santé au titre d'un autre fonds d'assurance maladie, est tenu de notifier à la Caisse sa nouvelle position. La Caisse procède au changement de position.

Article 41 : L'assuré qui cesse de remplir les conditions d'assujettissement au fonds auquel il est rattaché et qui n'est pas susceptible de bénéficier de prestations au titre d'un autre fonds, est tenu de restituer à la Caisse, dans un délai de huit jours, la carte d'assuré qui lui a été délivrée. Faute de quoi ladite carte est annulée de plein droit par la Caisse.

Les cartes non restituées font l'objet d'une opposition par la Caisse. A cet effet, la Caisse inscrit sur une liste destinée aux prestataires de santé et de service, les numéros des cartes faisant l'objet d'une opposition. Les modalités de mise à disposition de cette liste sont fixées par les conventions avec les praticiens.

Article 42 : Les personnes exerçant des activités multiples, soit en tant que salarié dans plusieurs entreprises, soit en conjuguant une activité salariée avec une activité de travailleur indépendant qui sont rattachées à un fonds au titre de leur activité principale, reçoivent leur carte d'assuré dudit fonds.

Section II : De l'identification du prestataire

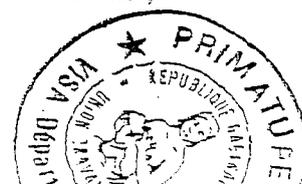
Article 43 : La Caisse affecte à chaque prestataire conventionné ou non un code d'identification.

Article 44 : Le code d'identification a notamment pour objet :

- de faciliter les relations entre le prestataire et la Caisse ;
- de permettre à l'assuré de connaître le prestataire en relation avec la Caisse ;
- de faciliter le contrôle de l'activité des professionnels de santé et établissements conventionnés ;
- de sécuriser les règlements effectués par la Caisse au prestataire.

Article 45 : Pour les praticiens de santé, les informations suivantes sont exigées pour l'attribution du code d'identification :

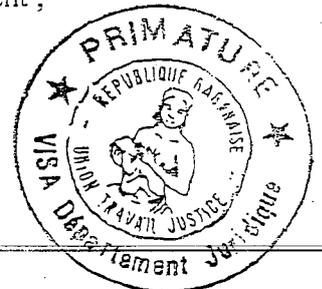
- Pour les professionnels médicaux, paramédicaux et assimilés exerçant à titre libéral ou salarié :
 - les nom et prénoms du praticien ;
 - le numéro de l'agrément de l'exercice délivré par le Ministère de la Santé ;
 - les spécialités exercées ;
 - le numéro d'identification à l'Ordre professionnel ;
 - le nom et la forme juridique de la structure médicale ;



- les adresses géographiques et postales professionnelles complètes ;
 - les coordonnées téléphoniques et électroniques, le cas échéant.
- Pour les professionnels de distribution de produits pharmaceutiques et assimilés exerçant à titre libéral ou salarié :
- les nom et prénoms du praticien ;
 - le numéro de l'agrément de l'exercice délivré par le Ministère de la Santé ;
 - les spécialités exercées ;
 - le numéro d'identification à l'Ordre professionnel ;
 - le nom et la forme juridique de la structure et spécialités exercées ;
 - les adresses géographiques et postales professionnelles complètes ;
 - les coordonnées téléphoniques et électroniques, le cas échéant.
- Pour les établissements médicaux, paramédicaux, de diagnostic, de soins, de traitements spécialisés et d'hospitalisation :
- le nom et la forme juridique de la structure médicale et assimilée de l'établissement ;
 - les nom et prénoms du dirigeant juridiquement responsable du fonctionnement de l'établissement ;
 - le numéro de l'agrément de l'exercice délivré par le Ministère de la Santé, le cas échéant ;
 - la dénomination des unités médicales et annexes de l'établissement ;
 - les prestations médicales et les annexes offertes au public ;
 - les adresses géographiques et postales complètes ;
 - les coordonnées téléphoniques et électroniques, le cas échéant.

CHAPITRE III : DE LA GESTION FINANCIERE

Section I : Des recettes



Article 46 : Les modalités de recouvrement des cotisations et des contributions forfaitaires dues par les employeurs et les assurés sont arrêtées selon les dispositions fixées par le conseil d'administration de la Caisse.

Le règlement des cotisations donne lieu à délivrance d'une quittance de paiement par la Caisse.

Article 47 : En application des dispositions de l'article 39, alinéa 1 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, le produit de la Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie est reversé mensuellement à la Caisse par les services de l'administration compétente.

Sous-section I : Des membres des Institutions Constitutionnelles, des agents publics et des travailleurs salariés

Article 48 : Le plafond mensuel des rémunérations soumises à cotisation est fixé par décret. La partie du salaire ou traitement qui excède ce plafond n'est pas soumise à cotisation.

Sont soumis à cotisation, dans la limite du plafond défini à l'alinéa ci-dessus, le salaire ou traitement de base des assurés et l'ensemble des primes et indemnités imposables.

Article 49 : Pour les assurés dont la rémunération est calculée sur une base forfaitaire, la détermination de l'assiette des cotisations doit prendre en considération l'ensemble des éléments imposables inclus dans le contrat de travail y compris ceux résultant d'éventuels avenants.

Article 50 : Le montant de la rémunération à prendre en considération pour le calcul des cotisations ne peut être inférieur en aucun cas, pour chaque assuré, au montant du salaire minimum interprofessionnel garanti.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa ci-dessus, une cotisation trimestrielle pour les gens de maison est fixée forfaitairement par arrêté du Ministre de tutelle.

Article 51 : Les taux de cotisations dues par les employeurs et les assurés au titre d'un salaire, d'une rente ou d'une pension ainsi que les montants des cotisations forfaitaires des élèves et étudiants, des assurés volontaires et des travailleurs indépendants sont fixés par décret.

Article 52 : Pour les salariés dont la rémunération fluctue au cours de l'année civile, les cotisations payées aux échéances sont régularisées annuellement sur la base de la moyenne mensuelle des salaires.

Pour les assurés rétribués sur la base d'un salaire fixe et de commissions, ces dernières sont incorporées à l'assiette des cotisations de la période à laquelle elles se rapportent.

En cas de modification avec effet rétroactif du salaire ou traitement de base soumis à cotisation, la Caisse procède à la régularisation du montant des cotisations dues pour la période antérieure à la date à laquelle la modification est prise en considération.

La différence éventuelle entre le montant des cotisations dues et celui des cotisations effectivement appelées fait l'objet d'un versement de régularisation ou d'un remboursement.

Article 53 : Si un travailleur est occupé au service de plusieurs employeurs, chacun d'eux est responsable du versement de la part des cotisations calculées, dans la limite du plafond, proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé.

Les entreprises exerçant leurs activités en différentes provinces du territoire ont la possibilité, après accord passé avec la Caisse, de produire les documents déclaratifs et de verser les cotisations dues pour l'ensemble de leurs salariés au siège de la Caisse à Libreville.

Article 54 : Le Directeur Général émet les ordres de recouvrement des cotisations et des contributions dues.

Les cotisations et les contributions sont comptabilisées conformément aux règles du plan comptable de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, en abrégé « CIPRES ».

Article 55 : Les cotisations dues au titre des assurés membres des Institutions Constitutionnelles, des agents publics et des travailleurs salariés sont appelées par la Caisse conformément aux dispositions de l'article 46 ci-dessus, qui adresse aux employeurs un « appel de cotisations » au titre de la période écoulée.

Dans les premiers jours du mois ou du trimestre du calendrier des exigibilités, les employeurs font parvenir à la Caisse, pour les membres des Institutions Constitutionnelles, les agents publics et les travailleurs salariés rétribués au titre du mois ou du trimestre précédent :

- une déclaration nominative des salaires ou traitements sur laquelle figurent pour chacun des intéressés



- ses nom et prénoms, numéro d'immatriculation, numéro matricule solde et service d'affectation pour les agents public ;
 - le montant du salaire de base soumis à cotisation, l'indice ou la solde forfaitaire pour les agents publics ;
 - le montant des primes et indemnités servies au titre du mois ou du trimestre écoulé et incluses dans l'assiette des cotisations en application des dispositions de l'article 48 ci-dessus ;
 - le montant du rappel éventuellement perçu au titre du mois ou du trimestre écoulé ;
 - le salaire brut soumis à cotisation ;
- le montant des cotisations dues telles que calculées sur l'état récapitulatif, selon le moyen de paiement de leur choix.

Article 56 : Lorsque la Caisse relève des discordances entre les informations requises à l'article 55 ci-dessus et celles qui lui sont transmises, elle retourne dans les meilleurs délais une liste nominative des divergences constatées entre les informations en sa possession et les renseignements portés sur l'état récapitulatif en invitant l'employeur à y donner suite avant la prochaine échéance d'appel des cotisations.

Article 57 : A défaut de la transmission à la Caisse dans les délais et sous la forme prévus des éléments de salaire ou traitements visés à l'article 55 ci-dessus, la Caisse adresse aux employeurs, avant le vingtième jour du mois ou du trimestre en cours, un relevé nominatif des salaires ou traitements et un appel de cotisations établis au vu de la déclaration la plus récente.

Article 58 : Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été acquittées, l'employeur est néanmoins tenu d'adresser, avant la date d'expiration du délai d'exigibilité des cotisations, la déclaration nominative des salaires ou traitements.

Article 59 : Le défaut de communication à la Caisse des salaires ou des traitements servant de base au calcul des cotisations entraîne l'application des dispositions de l'article 47 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée.

Article 60 : En cas de versement tardif ou incomplet des cotisations par l'employeur, ou l'assuré lorsque cette charge lui incombe, la pénalité prévue à l'article 44 alinéa 2 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée s'applique.

Article 61 : Les employeurs sont responsables du versement des cotisations précomptées mensuellement sur les rémunérations des assurés.

A partir du premier jour suivant la deuxième exigibilité, le non-versement des cotisations précomptées mensuellement par l'employeur est considéré comme une retenue indue du précompte et passible des peines prévues par les textes en vigueur.

Le versement partiel aux échéances des cotisations à hauteur des cotisations précomptées n'exonère pas l'employeur de la faute précitée.

Article 62 : Le recouvrement du ticket modérateur dû en cas d'évacuation sanitaire incombe à l'employeur qui est tenu de le reverser à la Caisse selon les modalités convenues.

Article 63 : Le paiement des salaires et traitements effectué après déduction de la retenue de la cotisation et le cas échéant, du ticket modérateur, vaut acquit de ceux-ci de la part de l'employeur à l'égard de l'assuré.



Article 64 : La majoration prévue à l'article 44 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée pour défaut de production aux échéances prescrites de la déclaration nominative des salaires, est due au titre des cotisations pour chaque salarié ou agent public dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise ou dans l'administration publique.

En cas de retard supérieur à deux mois, cette majoration est augmentée de un pour cent par mois de retard supplémentaire.

Le décompte du retard s'effectue par mois entier à compter de la date d'exigibilité.

Article 65 : La majoration est également applicable pour chaque inexactitude, sauf cas de bonne foi, concernant l'effectif des salariés ou agents, le montant des rémunérations ou le nombre de jours de travail déclarés.

Elle se calcule sur la différence entre le montant des cotisations dû à la suite du redressement opéré et le montant des cotisations correspondant à la déclaration inexacte.

L'appréciation de la bonne foi relève de la compétence de la Caisse. La décision de la Caisse peut être contestée devant la Commission de recours gracieux dans des conditions fixées par arrêté du Ministre de tutelle.

Article 66 : La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Article 67 : Les taux de cotisation sont fixés de manière à garantir que les recettes totales par fonds permettent de couvrir l'ensemble des dépenses de prestations, y compris les frais de gestion, et de disposer du montant nécessaire à la constitution des réserves.

Article 68 : Si les recettes provenant des cotisations deviennent inférieures aux dépenses courantes de prestations, malgré un prélèvement sur les fonds de réserve, le taux de cotisation peut être relevé de manière à garantir l'équilibre financier de la Caisse.

Le relèvement du taux de cotisation est prononcé par décret sur proposition du Ministre chargé de la Prévoyance Sociale.

Sous-section II : Du travailleur indépendant

Article 69 : Le travailleur indépendant s'acquitte auprès de la Caisse du montant des cotisations dues soit en espèces ou par chèque bancaire certifié directement au guichet, soit par virement postal ou bancaire.

Article 70 : Le versement effectif des cotisations donne lieu à la délivrance par la Caisse d'une quittance portant les mentions nécessaires à l'identification de l'intéressé, la catégorie de cotisations dont il relève et la période pour laquelle les cotisations dues ont été effectivement versées.

Sur sa demande, le travailleur indépendant peut s'acquitter en une seule fois du montant des cotisations dues pour la totalité de l'année civile en cours à l'occasion de l'appel des cotisations trimestrielles. Mention en est alors portée sur la quittance qui lui est délivrée par la Caisse.

Article 71 : Le montant des cotisations à la charge des travailleurs indépendants relevant des catégories professionnelles énumérées à l'article 10 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, est fixé compte tenu des capacités contributives des différentes catégories professionnelles concernées.



Pour ce faire, les travailleurs indépendants sont classés en trois catégories, correspondant chacune à un montant de cotisations.

Ces catégories regroupent les assujettis à la patente par classe, telles qu'énoncées au tableau A annexé au Code Général des Impôts Directs et Indirects, à savoir :

- *Première catégorie* : les travailleurs indépendants assujettis à la contribution des patentes au titre des classes 1 à 5 ;
- *Deuxième catégorie* : les travailleurs indépendants assujettis à la contribution des patentes au titre des classes 6 et 7 ;
- *Troisième catégorie* : les travailleurs indépendants assujettis à la Contribution des Patentes au titre des classes 8 et 9 et les membres d'un groupement de producteurs ou d'une société coopérative.

Article 72 : Le Directeur Général de la Caisse procède, avant le dernier jour de chaque trimestre civil, à l'appel des cotisations dues en adressant aux travailleurs indépendants un « avis de créance » au titre dudit trimestre, faisant apparaître notamment la catégorie professionnelle de l'intéressé et la période couverte par la cotisation à verser.

Article 73 : Les cotisations correspondantes du trimestre considéré doivent être versées à la Caisse dans les trente jours suivant la date prévue au calendrier des exigibilités prévu à l'article 46 ci-dessus.

Le travailleur indépendant retourne à la Caisse, en même temps que le montant de la cotisation, « l'avis de créance », complété le cas échéant des informations sur le changement de sa catégorie professionnelle.

Article 74 : Lorsqu'un changement dans l'activité professionnelle du travailleur indépendant a pour conséquence un changement dans la catégorie de cotisations dont il relève, il est fait application du nouveau montant à compter du premier jour du trimestre civil qui suit celui au cours duquel est intervenu le changement d'activité professionnelle.

~~**Article 75** : Le travailleur indépendant qui n'a pas procédé, dans les délais prescrits, au versement de l'intégralité des cotisations appelées ne peut bénéficier du service des prestations de la Caisse.~~

Article 76 : La reprise du service des prestations intervient à compter de la date à laquelle l'assuré s'est acquitté de ses obligations envers la Caisse.

Toutefois, en cas de force majeure ou de bonne foi dûment établie, le travailleur indépendant peut solliciter de la Caisse soit le report d'exigibilité des cotisations dues, soit une exonération exceptionnelle de cotisations pour une période qui ne peut excéder trois mois.

L'acceptation d'une telle requête par la Caisse permet le maintien du droit aux prestations pour la période sur laquelle porte la demande de report ou d'exonération.

Un même travailleur indépendant ne peut, en aucun cas, formuler plus d'une demande de report ou d'exonération au titre d'une même année civile.

Article 77 : Les dispositions du dernier alinéa de l'article 65 ci-dessus s'appliquent au travailleur indépendant qui n'a pas procédé au versement intégral des cotisations appelées dans les délais prescrits.



Article 78 : Sans préjudice des dispositions des articles 76 et 77 ci-dessus, les dispositions des articles 47 et 48 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée s'appliquent au travailleur indépendant qui se trouve dans la même situation énoncée à l'article 77 ci-dessus.

Ces dispositions sont également applicables pour le recouvrement du ticket modérateur dues par le travailleur indépendant en cas d'évacuation sanitaire à l'étranger.

Le défaut de règlement par le travailleur indépendant des sommes dont il est redevable envers la Caisse des suites d'une évacuation sanitaire à l'étranger produit le même effet sur le service des prestations que le défaut de règlement des cotisations appelées.

Article 79 : En cas de cessation d'activité du travailleur indépendant, les cotisations dues restent redevables envers la Caisse. Leur exigibilité est immédiate.

La procédure mentionnée à l'article 48 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée est applicable dès lors que le travailleur indépendant ne s'est pas acquitté dans un délai d'un mois de l'intégralité de ses cotisations.

Sous-section III : De l'assuré titulaire d'une rente ou d'une pension

Article 80 : La cotisation due sur le montant des pensions ou des rentes est précomptée mensuellement, dans la limite d'un plafond dont le montant est fixé par décret.

Les cotisations sont appelées chaque mois par la Caisse, dans les conditions fixées au présent article.

La Caisse fait parvenir aux organismes payeurs, avant le vingtième jour du mois en cours, un état intitulé « Appel de cotisations » qui comprend :

- un relevé nominatif reprenant, pour chacun des assurés, les montants soumis à cotisation ;
- un appel global des cotisations dues au titre du mois écoulé.

Article 81 : Avant le dernier jour du mois suivant la date prévue au calendrier des exigibilités, les organismes débiteurs adressent à la Caisse :

- le produit des cotisations réellement dues au titre du mois écoulé ;
- un exemplaire en retour du relevé nominatif, annoté des modifications de toute nature justifiant les différences éventuelles entre les cotisations appelées et les cotisations payées.

Sous-section IV : De l'élève et de l'étudiant

Article 82 : L'élève et l'étudiant mentionnés à l'article 4 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient des prestations de l'assurance maladie et de garantie sociale à condition de satisfaire au paiement d'une cotisation forfaitaire mentionnée à l'article 51 ci-dessus.

Article 83 : La cotisation forfaitaire prévue à l'article 82 ci-dessus est indivisible et fait l'objet d'un versement unique pour chaque année d'assurance, qui correspond à l'année scolaire ou académique.

Elle est recouvrée en même temps que les sommes dues pour frais de scolarité ou d'études et est reversée à la Caisse par les établissements où ils sont inscrits avant le dernier jour du mois suivant la date prévue au calendrier des exigibilités. *RG*

Article 84 : Sous réserve des dispositions prévues pour la date de prise d'effet de l'affiliation d'un assuré, la cotisation versée au moment de l'inscription d'un élève ou d'un étudiant entraîne sa prise en compte pour l'année scolaire ou académique.

Article 85 : L'élève ou l'étudiant qui acquiert en cours d'année la qualité de travailleur salarié ou assimilé, est astreint au précompte par l'employeur de sa contribution au régime d'assurance maladie du fait de son nouveau statut.

Sous-section V : De l'assuré volontaire

Article 86 : Les assurés volontaires sont, en vue du calcul de leur cotisation, classés en trois catégories, chacune des catégories correspondant à un montant forfaitaire de cotisations. Les catégories et les montants de cotisations sont fixés par décret.

La Caisse décide de l'affectation à l'une des catégories après une enquête sur les revenus des intéressés. La contestation de la décision de la Caisse relève de la compétence de la Commission de Recours Gracieux dans les conditions fixées par arrêté du Ministre de tutelle.

Article 87 : Les cotisations des assurés volontaires sont exigibles trimestriellement à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande d'affiliation à l'assurance volontaire.

Les cotisations des assurés volontaires sont payables avant le dernier jour du mois suivant la date prévue au calendrier des exigibilités.

Le règlement des cotisations donne lieu à la remise par la Caisse, d'une quittance valant attestation de paiement pour l'ouverture des droits à prestations.

Les cotisations peuvent être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables. La Caisse porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer.

Article 88 : La majoration pour retard de paiement prévue à l'article 44 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée est applicable aux assurés volontaires.

Article 89 : Sans préjudice des dispositions de l'article 48 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, l'assuré volontaire qui s'abstient de payer la cotisation trimestrielle à l'échéance prescrite est radié du régime d'assurance maladie volontaire.

Section II : Des dépenses

Article 90 : En application de l'article 36 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, les dépenses de la Caisse comprennent :

- les dépenses techniques constituées par les frais de gestion liés :
 - à l'immatriculation des assujettis ;
 - au recouvrement des cotisations et contributions ;
 - au paiement des prestations de santé et de maternité ;
 - au paiement de toute autre prestation gérée par la Caisse ;
- les dépenses de fonctionnement relatives aux frais de gestion administrative et de personnel ;



- les dépenses d'investissement se rapportant à :
 - l'acquisition ou à la réhabilitation des biens immeubles ;
 - l'acquisition des biens meubles ;
- les dépenses d'actions sociales de la Caisse.

Article 91 : Les frais de gestion administrative et de personnel mentionnés à l'article 90 ci-dessus sont constitués par les frais de fonctionnement des services administratifs et financiers de la Caisse et des services extérieurs qui lui sont rattachés.

Les frais de gestion technique sont composés des dépenses mentionnées au premier tiret de l'article 90 ci-dessus.

Article 92 : Chaque fonds contribue aux dépenses de fonctionnement, d'action sociale et aux dépenses techniques telles qu'énoncées à l'article 90 ci-dessus, selon une clé de répartition fixée par décret.

Les frais de gestion administrative et de personnel font l'objet d'une gestion commune des différents fonds.

Le montant affecté annuellement par chaque fonds aux dépenses mentionnées à l'alinéa 1 du présent article ne peut être supérieur aux ratios prudentiels de gestion déterminés par la CIPRES.

Article 93 : Les frais de gestion technique font l'objet d'une gestion séparée pour chaque fonds.

Article 94 : Les dépenses d'actions sociales sont financées par des prélèvements effectués sur chaque fonds. Celles-ci ne peuvent excéder 0,50 % du montant des prestations payées par fonds au cours de l'exercice considéré.

Article 95 : Les ordres de paiement sont émis par le Directeur Général de la Caisse. Ils sont exécutés par l'Agent Comptable après visa du Contrôleur Financier et comptabilisés selon les règles du plan comptable de la CIPRES et le manuel de procédures administratives, comptables et financières de la Caisse.

Section III : Du bilan et des comptes de gestion

Article 96 : Au 31 décembre de chaque année, un bilan comptable des activités de la Caisse est établi par l'Agent Comptable et présenté au Conseil d'Administration pour approbation dans un délai de cinq mois.

Ledit bilan, qui est complété par les comptes de gestion de l'exercice écoulé, doit être accompagné du rapport du Commissaire aux Comptes.

Article 97 : Les cotisations dues et non recouvrables font l'objet d'un état spécial accompagnant le bilan ; leur admission en non-valeur est décidée par le Conseil d'Administration.

Article 98 : Dans la limite des pouvoirs qui lui sont conférés par les Statuts, la Caisse est engagée, notamment dans le fonctionnement des comptes courants bancaires et postaux, par la double signature :

- du Directeur Général ou par délégation, de l'un des Directeurs Généraux Adjointes d'une part ;
- de l'Agent comptable ou par délégation, de l'un des Fondés de Pouvoirs d'autre part.



Article 99 : Pour la gestion des prestations, chaque fonds détient un compte bancaire distinct.

Section IV : Des réserves.

Article 100 : Sont constituées au sein de chaque fonds du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, des réserves qui ont pour objectifs :

- de faciliter les opérations de trésorerie de la Caisse ;
- d'assurer la stabilité de chaque fonds.

Article 101 : Sont constituées et maintenues par la Caisse les réserves suivantes :

- un fonds de roulement commun à l'ensemble des fonds dont le montant ne peut être inférieur à un semestre de dépenses de gestion administrative et de personnel constatées au cours des deux derniers exercices ;
- une réserve de sécurité par fonds qui est au moins égale à un semestre de dépenses techniques constatées au cours des deux derniers exercices précédents, dans chaque fonds ;
- une réserve technique par fonds qui ne peut être inférieure à un semestre du montant total des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices, dans chaque fonds.

Article 102 : La constitution progressive de ces différentes réserves est assurée par des versements annuels effectués par la Caisse, eu égard aux résultats de l'exercice en cours au titre de chaque fonds.

L'affectation des réserves au titre de chaque fonds est décidée par le Conseil d'Administration lors de l'examen et de l'adoption des états financiers de la Caisse.

Article 103 : Les réserves affectées aux fonds de roulement et aux fonds de sécurité doivent être liquides et disponibles à tout moment.

Article 104 : Les réserves, les placements correspondants, ainsi que leur produit sont comptabilisés par fonds d'origine.

Les réserves doivent être placées à court, moyen et long terme selon le plan financier établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'autorité de tutelle.

Ce plan financier doit réaliser en premier lieu la sécurité réelle de ces réserves, ensuite garantir une liquidité suffisante à la Caisse et enfin faciliter un rendement optimal dans leur placement.

TITRE II: DES PRESTATIONS DE SANTE ET DE MATERNITE

CHAPITRE I : DE LA PRISE EN CHARGE

Article 105 : Les frais occasionnés par la délivrance de soins de santé ou de maternité à un assuré ou à l'un de ses ayants droit sont supportés par :

- la Caisse, sous la forme d'une prise en charge partielle ou totale ;
- l'assuré, sous la forme d'une participation financière personnelle désignée par le terme « ticket modérateur »



Section I : De la prise en charge par la Caisse

Article 106 : La prise en charge par la Caisse des frais des soins de santé ou de maternité de l'assuré correspond, dans la limite du plafond autorisé, au montant total des frais après déduction du ticket modérateur.

Article 107 : Les pathologies et les programmes de prévention faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ou d'organisations internationales ne sont pas pris en charge par la Caisse, à l'exception des maladies opportunistes.

La liste desdites pathologies et les programmes sont fixés par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance sociale.

Les affections résultant des épidémies déclarées par les autorités compétentes relèvent de la responsabilité du Ministère en charge de la santé.

Section II : De la participation de l'assuré

Article 108 : Le montant du ticket modérateur à la charge de l'assuré est égal à un pourcentage des frais de santé ou de maternité consécutifs à :

- des soins externes médicaux et paramédicaux, des actes d'analyses, de laboratoire et d'imagerie médicale liés directement aux soins ;
- des hospitalisations ;
- des dépenses pharmaceutiques et d'appareillages ;
- des évacuations sanitaires à l'étranger.

Article 109 : Le ticket modérateur qui peut être proportionnel aux tarifs servant de base au calcul des prestations, peut aussi être fixé à une somme forfaitaire.

Il peut varier selon la nature des prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, les catégories de conventionnement des établissements.

Les taux ou sommes forfaitaires du ticket modérateur sont fixés par décret.

Article 110 : L'assuré s'acquitte directement auprès du praticien ou de l'établissement de santé agréé par la Caisse, du ticket modérateur pour tous les soins externes, les hospitalisations, les dépenses pharmaceutiques et d'appareillages.

Article 111 : Dans le cadre de l'exécution du programme d'actions sociales décidé par le Conseil d'Administration de la Caisse, l'assuré peut être exceptionnellement exonéré du paiement du ticket modérateur. Le montant de celui-ci peut également être limité.

Article 112 : L'assuré membre d'une Institution Constitutionnelle, agent public ou salarié bénéficiant d'une évacuation sanitaire à l'étranger supporte un ticket modérateur en participant aux frais de transport et d'hospitalisation dans une proportion fixée par décret, en fonction de son traitement ou de son salaire.

Cette participation est versée directement par l'intéressé, ou récupérée par prélèvements effectués, soit par l'employeur sur le salaire de l'assuré, soit par le service compétent sur le traitement de l'agent public, soit par l'organisme débiteur sur les pensions des assurés ou des titulaires de rentes.



En cas de décès du malade évacué, le solde dû n'est pas mis en recouvrement par la Caisse.

Article 113 : Le taux et les modalités de participation des travailleurs indépendants et des assurés volontaires aux frais d'évacuation sanitaire sont fixés par décret.

Le montant de chaque prélèvement effectué en application des dispositions ci-dessus est intégralement reversé à la Caisse dès que ledit prélèvement a été opéré.

Article 114 : En cas de demande de remboursements fractionnés de la participation à la charge de l'assuré, la requête du demandeur est soumise à la Commission de Recours gracieux du Conseil d'Administration de la Caisse.

Les prélèvements effectués en application des dispositions ci-dessus doivent tenir compte des règles relatives aux quotités saisissables des rémunérations.

Article 115 : Les gabonais économiquement faibles, les élèves et les étudiants sont exonérés du paiement du ticket modérateur en cas d'évacuation sanitaire.

CHAPITRE II : DES PRESTATIONS DE SANTE

Article 116 : Les prestations de santé couvertes par l'assurance maladie comprennent :

- les soins externes ;
- les hospitalisations ;
- les produits pharmaceutiques et les appareillages ;
- les évacuations sanitaires à l'étranger.

Section I : Des soins externes

Article 117 : Sont considérés comme soins externes, l'ensemble des soins requis par l'état de santé d'un malade non hospitalisé, qu'il s'agisse de consultations médicales, de soins infirmiers, de soins dentaires, d'examen radiologiques ou d'imagerie médicale, d'examen de laboratoire, de petite chirurgie ou de toute autre prestation à caractère médical ou paramédical.

Article 118 : Les consultations médicales prises en charge sont celles effectuées par des professionnels de santé liés à la Caisse par une Convention. Elles sont données au cabinet du praticien ou dans un établissement de soins, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

Le bénéfice des soins à domicile est soumis à l'accord préalable du contrôle médical de la Caisse

Article 119 : Les frais occasionnés par la délivrance de soins externes à un assuré ou à l'un de ses ayants droit par un établissement ou par un praticien non conventionné ne peuvent faire l'objet d'une éventuelle prise en charge selon des tarifs et modalités arrêtés par le Conseil d'Administration de la Caisse qu'après avis du Contrôle Médical.

Article 120 : Sauf autorisation préalable de la Caisse, 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 de l'état de santé 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 ;
- les renouvellements d'ordonnance sans consultation, visite médicale ou sans limitation de durée.

Article 121 : 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 peut autoriser ledit médecin à se procurer ces données auprès du médecin traitant.

Article 122 : Dans les cas prévus par la nomenclature des actes et la convention conclue avec les dentistes et chirurgiens dentistes, la prise en charge des prestations est soumise à la présentation d'un devis préalable. Ce devis doit décrire de façon détaillée le traitement envisagé et les matériaux utilisés.

Article 123 : Aucun acte de la nomenclature des actes médico-dentaires concernant l'orthodontie ne peut être pris en charge plus d'une fois.

Section II : Des hospitalisations

Article 124 : Les frais d'hospitalisation comprennent dans la limite du plafond mentionné à l'article 117 ci-dessus :

- les frais d'hôtellerie hospitalière à l'exclusion de toute dépense à caractère personnel ;
- les frais correspondant 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 des médicaments administrés au patient en rapport avec son état ;
- les frais occasionnés par le transfert, sur le territoire national, d'un malade d'une structure sanitaire vers une autre, ainsi que les frais correspondant à son retour à sa résidence habituelle. En cas de décès, les frais de mise en bière et de transport du corps.

Article 125 : 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, sauf cas d'urgence. Dans ce cas, seuls les soins d'urgence ou de première nécessité effectués dans les quarante huit heures sont pris en charge.

La reconnaissance de l'urgence est constatée par le Médecin traitant et confirmée par la Caisse.

Article 126 : Les frais de transport pris en charge par la Caisse sont ceux correspondant au moyen de transport le plus économique compatible avec les exigences de l'état de santé du malade.

La reconnaissance des exigences de l'état de santé du malade est établie par le Médecin traitant et confirmée par la Caisse.

Article 127 : Lors de son admission en milieu hospitalier, le patient doit justifier de sa qualité d'assuré ou d'ayant droit, sauf cas d'urgence ou de force majeure.

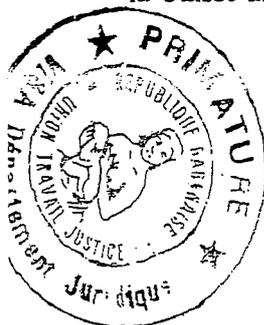
Article 128 : En cas d'hospitalisation d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit, une prise en charge doit être demandée à la Caisse dans les délais fixés dans la convention signée entre



l'établissement et la Caisse. Au-delà de ces délais, la Caisse est fondée à refuser le paiement des frais antérieurs à la date où elle a eu connaissance de l'hospitalisation.

Pour l'obtention de la prise en charge, l'établissement sanitaire concerné envoie à la Caisse une fiche appelée « Fiche d'hospitalisation », qui mentionne obligatoirement :

- le nom de l'établissement sanitaire concerné ;
- le code d'identification à la Caisse ;
- le nom, le prénom et le numéro d'identification de l'assuré donnant droit ;
- la date d'entrée dans la formation sanitaire ;
- le code de l'affection diagnostiquée à l'admission ;
- la date de sortie prévisible.



Au vu de la fiche d'hospitalisation, la Caisse établit un accord de prise en charge des frais médicaux de l'assuré.

Article 129 : L'accord de prise en charge est déposé par les services du Contrôle Médical de la Caisse, contre émargement d'une fiche de contrôle.

Article 130 : Sauf cas de décès, la facture d'hospitalisation est présentée à l'assuré lors de la sortie de l'hôpital. Ce dernier a l'obligation de la signer pour éventuellement apprécier la réalité des actes inscrits.

La prise en charge dûment complétée est retournée à la Caisse, accompagnée de la facture d'hospitalisation ainsi que des pièces justifiant les frais engagés à ce titre.

Article 131 : La Caisse assure directement aux formations sanitaires concernées, le paiement du montant des frais d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit, déduction faite du montant du ticket modérateur.

Section III : Des évacuations sanitaires

Article 132 : La Caisse prend en charge les frais d'évacuation sanitaire à l'étranger de l'assuré ou de ses ayants droit.

Ne peut faire l'objet d'une évacuation sanitaire que l'assuré ou l'un de ses ayants droit atteint d'une affection curable ne pouvant être traitée sur le territoire national, compte tenu des moyens humains et techniques disponibles.

Un arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance sociale, pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse, précise les modalités d'évacuation sanitaire.

Article 133 : Les travailleurs indépendants, les assurés volontaires, ainsi que leurs ayants droit ne peuvent prétendre à une évacuation sanitaire que s'ils sont quittes envers la Caisse du montant des cotisations appelées.

Article 134 : L'évacuation sanitaire est sollicitée par le médecin traitant. La demande doit porter obligatoirement mention des éléments nécessaires à l'identification du malade, assuré ou ayant droit.

Outre les informations citées à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, la demande d'évacuation sanitaire doit contenir le diagnostic précis et les motivations de celle-ci.

La demande d'évacuation sanitaire, accompagnée du dossier médical du malade sous pli fermé, est transmise à la Caisse par le médecin traitant.

Article 135 : Lors de la réception d'une demande d'évacuation sanitaire, la Caisse fait parvenir immédiatement ladite demande, accompagnée du dossier médical, au médecin conseil.

Le médecin conseil convoque sans délai la commission médicale qui statue sur la nécessité de l'évacuation.

En cas d'urgence, le médecin conseil prend la décision d'évacuation.

Article 136 : Les évacuations sanitaires s'effectuent par priorité vers les formations sanitaires avec lesquelles la Caisse a passé des conventions.

Si le malade se rend de sa propre initiative dans une formation sanitaire autre que celle désignée par la Caisse, l'intégralité des frais d'hospitalisation dans cet établissement est à sa charge.

Article 137 : L'éventuel accompagnant du malade évacué est désigné par la commission médicale de la Caisse sur la base de l'état de santé de l'assuré.

Article 138 : Les frais d'évacuation sanitaire pris en charge par la Caisse comprennent :

- les dépenses de transport ;
- les dépenses d'hospitalisation mentionnées à l'article 124 ci-dessus ;
- les frais de mise en bière et de transport du corps, en cas de décès.

Article 139 : Toutes les dépenses non motivées par l'état du malade, notamment les dépenses de déplacement ou de séjour présentant un caractère personnel, ne peuvent en aucun cas être prises en charge par la Caisse.

~~Article 140 : Sur présentation de factures détaillées émises en monnaie du pays d'accueil, la Caisse paie directement le montant des frais engagés aux établissements concernés ainsi qu'à l'entreprise assurant le transport et, le cas échéant, celui de l'éventuel accompagnant de l'assuré.~~

Article 141 : En cas de décès du malade évacué, les frais de mise en bière et de transport du corps du lieu d'évacuation au lieu de départ sont pris en charge dans la limite d'un plafond fixé par arrêté du Ministre de tutelle.

Article 142 : La prise en charge des frais de transport de l'éventuel accompagnant s'effectue sur la base des tarifs les plus économiques pratiqués, au moment de l'évacuation sanitaire, par les compagnies aériennes.

Article 143 : Une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé par la Caisse est attribuée à l'éventuel accompagnant afin de couvrir les frais de déplacement et de séjour à l'étranger nécessités par le transfert et la prise en charge du malade évacué.

Article 144 : Les frais de séjour d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit qui est obligé de suivre à l'étranger un traitement ambulatoire prescrit par le médecin traitant de la structure d'accueil, sont pris en charge dans la limite d'un forfait journalier fixé par la Caisse.

L'attribution de ce forfait journalier n'intervient que si la Caisse ne peut pas assurer, dans le cadre des conventions à l'étranger, l'hébergement du malade évacué.



La durée et les conditions du séjour des soins ambulatoires à l'étranger sont indiquées à la Caisse par le médecin traitant de la structure d'accueil.

La Caisse ne peut prendre en charge un séjour au-delà de celui indiqué par le médecin traitant de la structure d'accueil.

Article 145 : En cas de prolongation de séjour pour raison médicale, le médecin conseil de la Caisse est saisi d'une demande y relative par la structure d'accueil.

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant de la structure d'accueil indiquant le motif et la durée de la prolongation du séjour.

Le médecin conseil prend attache avec le médecin traitant et statue sur la nécessité et l'opportunité de la prolongation du séjour.

Article 146 : En cas d'accord du médecin conseil, la Caisse prend toutes les dispositions nécessaires pour faire parvenir à la structure d'accueil une avance sur le montant correspondant à la prise en charge des frais supplémentaires. Le montant de l'avance ne peut excéder les trois quarts du montant calculé.

Si le malade évacué fait l'avance des frais supplémentaires correspondants à la prolongation du séjour pour raison médicale, le remboursement desdits frais ne peut être sollicité que si la procédure prévue à l'alinéa 1 de l'article 145 ci-dessus a été respectée et que le médecin conseil a statué sur la demande de prolongation du séjour.

Article 147 : Les décisions d'évacuation sanitaire prises par la Caisse s'imposent, du fait de leur caractère d'urgence, aux services administratifs gabonais, notamment à ceux chargés de l'Immigration.

Section IV : Des produits pharmaceutiques et appareillages

Article 148 : La liste des médicaments et les conditions de prise en charge des produits et appareillages sont fixées par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance Sociale.

CHAPITRE III : DES PRESTATIONS DE MATERNITE

Section I : Des dispositions générales

Article 149 : Les prestations de maternité comprennent l'ensemble des frais de consultation, médicaux, pharmaceutiques, d'examen de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale, d'hospitalisation relative à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

L'ensemble de ces frais est comptabilisé dans l'assurance maternité à compter de la déclaration de grossesse jusqu'au 30^{ème} jour après l'accouchement.

Article 150 : La femme assurée, conjointe ou ayant droit de l'assuré en état de grossesse doit subir trois examens médicaux aux périodes et dans les conditions définies aux articles 151 et suivants ci-dessous.

Les certificats médicaux établis à cette occasion doivent mentionner clairement l'identité et la fonction du médecin ou de la sage-femme qui a procédé à leur établissement.

Article 151 : Le premier examen a lieu au plus tard dans le courant du troisième mois de grossesse. Il est pratiqué par un médecin ou, à défaut, par une sage-femme.



Le certificat du premier examen doit indiquer obligatoirement la date approximative prévue pour l'accouchement.

Le délai de trois mois mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé, en cas de force majeure tenant notamment à l'éloignement des unités médicales appropriées du lieu de résidence de l'intéressée, à la situation pathologique ou sociale de la femme enceinte.

Article 152 : Les deuxième et troisième examens médicaux sont effectués par un médecin ou, à défaut, par une sage-femme.

Ils ont lieu respectivement au sixième et au septième ou au huitième mois de la grossesse. Ces examens sont attestés par des certificats médicaux.

Dans le cas de prolongation du délai de production du certificat médical mentionné au troisième alinéa du précédent article, l'intéressée n'est soumise qu'à un seul examen médical complémentaire, effectué vers le huitième mois de grossesse.

Section II : De la prise en charge

Article 153 : En application des dispositions de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, les soins occasionnés par l'accouchement d'une assurée, conjointe ou ayant droit d'un assuré sont pris en charge à cent pour cent, dans la limite d'un plafond fixé par un arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance sociale.

Article 154 : En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, la prise en charge médicale relève de l'assurance maladie à partir de la date de constatation de la pathologie.

Article 155 : La Caisse ne prend en charge que trois échographies obstétricales par grossesse, sauf pathologie fœtale ou maternelle.

Article 156 : Les factures d'hospitalisation relatives à l'accouchement d'une assurée, la conjointe ou l'ayant droit d'un assuré sont adressées à la Caisse accompagnées du certificat médical d'accouchement.

CHAPITRE IV : DES PRESTATAIRES

Section I: Des établissements de santé

Article 157 : Les établissements de santé sont classés compte tenu de leur nature, de leur valeur technique et de leurs qualités de confort et d'accueil. La Caisse ne peut passer des conventions qu'avec des établissements agréés par le Ministère chargé de la Santé et selon leur classification.

Les cabinets privés spécialisés en soins ambulatoires, en imagerie médicale ou en analyses biologiques ne peuvent être conventionnés, sauf cas prévu par la convention, que pour une seule spécialité.

Article 158 : Les tarifs des honoraires dus aux praticiens sont déterminés par un arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance Sociale.



Section II : Des pharmacies conventionnées

Article 159 : Les pharmacies et les dépôts pharmaceutiques agréés par le Ministère chargé de la Santé peuvent passer des conventions avec la Caisse.

Les pharmacies et dépôts conventionnés sont tenus au respect de la liste mentionnée à l'article 148 ci-dessus.

Article 160 : Lorsqu'un médicament prescrit par un professionnel de santé conventionné ne figure pas sur la liste des médicaments fixée par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance Sociale, le pharmacien dispose d'un droit de substitution dont les modalités sont établies par les textes en vigueur.

Section III : Des laboratoires de biologie, de radiologie et d'imagerie médicale

Article 161 : Les laboratoires de biologie, de radiologie et d'imagerie médicale agréés par le Ministère chargé de la Santé peuvent passer des conventions avec la Caisse.

Une nomenclature des actes de biologie, de radiologie et d'imagerie médicale est déterminée par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Prévoyance Sociale.

Section IV : Des transporteurs sanitaires

Article 162 : Les transporteurs sanitaires agréés par le Ministère chargé de la Santé peuvent passer des conventions avec la Caisse.

CHAPITRE V : DE LA DELIVRANCE DES SOINS

Section I : Des feuilles de soins

Article 163 : Les honoraires des médecins, les frais de soins externes délivrés par les praticiens, ne sont pris en charge que si ceux-ci sont consignés sur des imprimés établis par la Caisse appelés « Feuilles de soins ». Elles peuvent être sur support électronique ou papier.

Article 164 : Les médecins sont tenus de ne prescrire sur les feuilles de soins que les médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article 148 ci-dessus.

Article 165 : 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 :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, celui de son ayant droit ;
- les nom, prénoms du praticien et son code d'identification ;
- la dénomination et le code d'identification de l'établissement dans lequel l'acte est effectué ;
- le montant des honoraires 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 praticien et celle du patient.

Article 166 : 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 à l'article 165 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 frais des médicaments administrés au patient en rapport avec son état.

Article 167 : Sauf cas d'incapacité du patient, les feuilles de soins sont signées par l'intéressé et par le praticien ayant effectué l'acte ou servi les prestations.

Pour les prestations effectuées en cas d'hospitalisation, les bordereaux de facturation sont signés, sauf cas d'incapacité du patient, par celui-ci et par le responsable de la facturation de l'établissement.

En cas d'hospitalisation, l'établissement sanitaire a l'obligation de donner au patient une copie du bordereau de facturation.

Article 168 : Les soins de santé exécutés par des professionnels paramédicaux conventionnés ne sont pris en charge par la Caisse que sur présentation d'une ordonnance médicale délivrée par un praticien conventionné ou exerçant dans un établissement conventionné.

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

Article 169 : Les examens d'analyses biologiques, de radiologie et d'imagerie médicale et toutes autres explorations complémentaires sont prescrits sur des formulaires appelés « Feuilles d'examens ». Les feuilles d'examens comportent des rubriques citées du premier au sixième tiret de l'article 165 ci-dessus.

Article 170 : Les modalités et conditions de mise à disposition aux médecins conventionnés des formulaires de prescription sont déterminées par voie conventionnelle.

Article 171 : Sauf dispositions contraires prévues dans les conventions, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance.

Article 172 : Les prestations servies par les transporteurs sanitaires sont consignées sur un imprimé appelé « Manifeste de transport médicalisé » fourni par la Caisse.

Section II : Du contrôle médical

Article 173 : En application des dispositions de l'article 59 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens assurent le contrôle médical pour le compte de la Caisse. A ce titre ils sont chargés :

- d'effectuer les contrôles relatifs aux assurés hospitalisés ;
- d'autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires, ainsi que celles des fournitures médicales ;
- de vérifier la conformité de la tarification à l'acte prescrit ;
- de constater, le cas échéant, les actes injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire.



Article 174 : Tout établissement sanitaire, tout professionnel de santé exerçant en cabinet ou en clinique à titre libéral ayant conclu une convention avec la Caisse est tenu de permettre à celle-ci d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de prestations de santé ou de maternité.

Pour effectuer son contrôle, le praticien contrôleur a librement accès aux établissements de diagnostics, de soins médicaux et paramédicaux mentionnés à l'alinéa ci-dessus.

Tout renseignement et tout document administratif d'ordre individuel ou général utiles à sa mission sont tenus à la disposition du praticien contrôleur par le responsable de l'établissement sanitaire ou le professionnel de santé concerné, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

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

Article 175 : Lorsque le praticien contrôleur estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que la prise en charge par la Caisse 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, la Caisse rejette la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Article 176 : 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 contrôleur informe le Directeur du contrôle médical de la Caisse.

Dans ce cas, ce dernier saisit à son tour le Médecin conseil de la Caisse, seul habilité en la matière et qui prend le cas échéant, les mesures nécessaires au transfert du malade dans un établissement où l'intéressé est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Article 177 : Les praticiens 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 178 : Les professionnels de santé traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du contrôle médical de la Caisse 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 praticiens contrôleurs doivent entrer en rapport avec le professionnel de santé traitant, dans le respect du secret médical.

Article 179 : Certains actes médicaux, paramédicaux et prestations nécessitent une autorisation préalable du contrôle médical pour être pris en charge par la Caisse.

La Caisse détermine les prestations soumises à l'autorisation préalable du contrôle médical. Ces prestations ne peuvent être prises en charge que si cette autorisation a été acquise.

Article 180 : Les actes soumis à autorisation préalable ne sont pris en charge par la Caisse qu'à concurrence des montants autorisés par le Médecin conseil, dans la limite du plafond fixé par décret.



Article 181 : Dans tous les cas, la Caisse peut être saisie directement pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par l'assuré ou ses ayants droit, soit par le praticien traitant.

L'autorisation doit toujours être sollicitée par écrit. La demande adressée à la Caisse doit être motivée et accompagnée de toutes les pièces et rapports permettant à celle-ci de faire une appréciation judicieuse.

La décision ou avis de la Caisse est notifiée à l'assuré, ou à ses ayants droit, à charge pour celui-ci d'en informer le praticien traitant.

Article 182 : Lorsque le dossier soumis à la Caisse est incomplet, une demande d'instruction complémentaire est renvoyée à l'assuré ou au praticien qui sollicite l'autorisation.

Article 183 : En cas de fourniture d'un appareillage, le devis fourni par le professionnel de santé traitant est soumis à un accord préalable.

Section III : De la prescription et de la consommation abusives de soins

Article 184 : Est considéré comme abus de prescription médicale, les actes médicaux jugés complaisants par la Caisse. La complaisance est caractérisée par l'inadéquation de l'acte à l'état du patient.

Article 185 : Est considéré comme abus de consommation de soins par la Caisse, le fait pour l'assuré ou l'un de ses ayants droit :

- de provoquer la répétition en série de prestations injustifiées ;
- de se procurer des médicaments sans lien direct avec une affection immédiate ou en cours de traitement, aux fins de stockage ou de voyage.

Article 186 : Lorsqu'il est établi par la Caisse que des actes médicaux sont complaisants, ceux-ci sont exclus de la prise en charge.

Sont également exclues 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 trousseaux d'urgence.

Article 187 : Conformément à l'article 60 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, les constatations d'abus de consommation de soins par la Caisse sont notifiées à l'assuré. Cette notification est assortie d'un avertissement.

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

Article 188 : Les abus de délivrance de soins par les professionnels de santé sont portés devant la Commission médicale de la Caisse. Au terme de ses délibérations, les mesures suivantes peuvent être prises à l'encontre du prestataire, en fonction de la gravité des cas. Il s'agit :

- de l'avertissement écrit ;
- de la mise en surveillance, avec inscription sur une liste, pendant une période déterminée ;
- de la suspension de la convention ;
- de la dénonciation de la convention. *RB*



Article 189 : Au terme d'une période de suspension résultant de l'application à son encontre des dispositions de l'article 188 ci-dessus, le prestataire peut réintégrer le dispositif conventionnel, sous réserve de l'accord préalable de la Caisse.

En cas de prescriptions ou de délivrance de soins abusifs à caractère itératif, la Caisse peut prononcer la radiation définitive du prestataire concerné.

Article 190 : Les prestations dont la prise en charge est rejetée par la Caisse font l'objet d'une communication motivée de la Caisse à l'assuré et aux prestataires intéressés.

Article 191 : En cas d'abus sur des prestations consommées par l'assuré et ses ayants droit, la Caisse règle aux prestataires les frais y relatifs, sous réserve que leur responsabilité dans la délivrance des prestations ne soit pas établie.

Elle procède ensuite auprès de l'assuré au recouvrement des sommes payées au même titre que celui effectué pour le ticket modérateur en cas d'évacuation sanitaire à l'étranger pour les assurés membres des Institutions Constitutionnelle, agents publics ou salariés.

Ces dispositions concernent également les abus relevés sur les prestations servies à l'assuré volontaire, au travailleur indépendant, à l'élève, à l'étudiant ou à la personne économiquement faible. Le recouvrement de ces frais est effectué par tous moyens.

Article 192 : En cas de récidive, l'assuré ou l'un de ses ayants droit, est placé par la Caisse 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 demande 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.

Article 193 : La durée fixée pour la période prévue à l'alinéa 1^{er} de l'article 192 est de deux ans. Au terme de cette période, et en cas de nouvel abus, l'assuré ou l'un de ses ayants 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 conventionnés.

Section IV : De l'expertise médicale

Article 194 : 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 tout d'abord portées devant le médecin conseil en vue d'une conciliation.

En cas d'échec de la conciliation, un expert est désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la Caisse ou, à défaut d'accord, par le Ministre chargé de la Santé.

Article 195 : Pour l'application de la procédure d'expertise médicale prévue à l'article 194 ci-dessus, 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 la Caisse et au médecin traitant dans un délai maximum d'un mois à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier. *AD*



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

Les conclusions de l'expert ne sont pas susceptibles de recours et s'imposent au médecin traitant et à la Caisse.

Article 196 : Les frais de déplacement de l'assuré ou de ses ayants droit qui doivent quitter leur lieu de résidence pour répondre à une convocation d'expertise médicale sont à la charge de la Caisse.

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 197 : Lorsque l'expertise est prescrite à la demande de la Caisse, les honoraires dus au médecin traitant et au médecin expert, ainsi que leurs frais de déplacement sont à la charge de la Caisse.

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

CHAPITRE VI: DES ACTIONS SOCIALES

Article 198 : Aux termes de l'article 80 de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, bénéficient de subventions allouées par la Caisse, les institutions et organismes publics et privés à but non lucratif, ainsi que les associations caritatives qui mènent des actions de conception, d'information, d'éducation, de formation, de recherche, de prévention, de dépistage à caractère sanitaire, médico-social et social.

Article 199 : Les demandes de subventions sont adressées au Conseil d'administration de la Caisse accompagnées des pièces suivantes :

- une copie des statuts ou du texte fondateur de l'institution ou de l'organisme ;
- l'autorisation d'exercice délivrée par les Autorités administratives compétentes ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- les rapports d'activités des deux dernières années ;
- un plan d'utilisation de la subvention sollicitée assorti d'un chronogramme ;
- un engagement à accepter les contrôles de la Caisse sur la conformité de l'utilisation de la subvention.

Article 200 : Bénéficient des prestations exceptionnelles, les assurés qui se trouvent dans une situation économique précaire et dont les ressources financières sont insuffisantes pour faire face à des dépenses importantes dues aux soins de santé, tels que le ticket modérateur en cas d'hospitalisation et d'évacuation sanitaire, l'achat ou le renouvellement d'appareils ou de prothèses, ainsi que toute autre prestation non prise en charge par la Caisse.

Article 201 : Les demandes de prestations exceptionnelles sont adressées à la Caisse accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une copie de la carte d'assuré ;
- une copie des factures d'hospitalisation et autres frais ;
- l'original des certificats médicaux ;



- une copie du dernier bulletin de solde, de paie ou un état d'imposition, le cas échéant.

Un rapport d'enquête sociale diligentée par la Caisse complète le dossier de demande.

Article 202 : Les demandes de prestations exceptionnelles doivent être formulées sur un imprimé établi par la Caisse.

Article 203 : Les subventions et les prestations exceptionnelles sont octroyées, dans la limite du budget voté annuellement à cet effet par le Conseil d'administration.

Article 204 : Les décisions du Conseil d'Administration en matière d'action sociale sont prises au vu des éléments contenus dans les dossiers qui lui sont soumis.

Toutefois, le Conseil d'Administration peut décider soit de faire recueillir des informations complémentaires, soit de convoquer l'intéressé pour mieux apprécier le bien-fondé de la requête.

Article 205 : Le Directeur Général de la Caisse peut également, en tant que de besoin, solliciter du Conseil d'administration, l'octroi d'une subvention au profit d'une institution ou d'un organisme mentionné à l'article 198 ci-dessus.

Article 206 : En cas d'urgence et dans la limite du plafond fixé par ses soins, le Conseil d'administration peut donner délégation au Directeur Général pour décider de l'octroi d'une prestation exceptionnelle.

Article 207 : La subvention accordée au titre d'une année n'est pas automatiquement reconductible l'année suivante.

Article 208 : Les décisions prises par le Conseil d'administration en matière d'action sociale ne sont pas susceptibles de recours.

CHAPITRE V: DU CONTRÔLE ET DU CONTENTIEUX

Section I : Du contrôle

Article 209 : Le contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale est assuré par des contrôleurs assermentés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale. Ces contrôles ont pour but :

- d'apprécier la réalité de la qualité d'assuré au titre d'un fonds du régime obligatoire d'assurance maladie ;
- d'apprécier la réalité de la qualité d'employeur ou de travailleur indépendant ;
- de dresser, en cas d'infraction aux dispositions de l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée et du présent décret, des procès verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Les agents habilités à effectuer les contrôles ont accès à toutes les pièces utiles à l'établissement de la réalité dans le respect du secret professionnel.



Section II : De la prescription et du contentieux

Article 210 : Au titre du présent décret, la prescription est définie comme étant le délai au terme duquel sont éteints :

- le paiement ou le service par la Caisse d'une prestation demandée par l'assuré ou ses ayants droit ;
- le recouvrement par la Caisse d'une prestation indûment payée ;
- le recouvrement par la Caisse des cotisations des assurés.

Article 211 : Est prescrite par deux ans l'action du bénéficiaire pour le remboursement des Prestations médicales engagées depuis six mois.

Article 212 : Est prescrite par cinq ans le règlement des factures des prestataires de soins.

Article 213 : Est prescrite par trois ans l'action par l'employeur en remboursement des cotisations indûment versées à la Caisse à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Article 214 : Est prescrite par cinq ans l'action par la Caisse en recouvrement des prestations indûment payées à un bénéficiaire à compter de la date du paiement desdites prestations, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article 215 : La prescription des cotisations, des majorations de cotisations et redevances obligatoires est de trente ans s'il est prouvé que les cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées par l'employeur.

La prescription court à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure adressés à l'employeur.

Article 216 : Lorsque l'évènement ouvrant droit aux prestations est du à la faute d'un tiers, la Caisse délivre à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par l'ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 susvisée, sous réserve d'un droit de recours contre le tiers responsable.

L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément aux règles du droit commun, la réparation du préjudice causé.

Toutefois, la Caisse est subrogée de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le montant des prestations octroyées.

Le règlement amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne peut être opposé à la Caisse que si elle a été invitée à participer à ce règlement.

Article 217 : Les réclamations formulées contre les décisions prises par la Caisse sont obligatoirement portées devant la Commission de Recours Gracieux.

Le requérant dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de ladite Commission pour saisir la juridiction compétente.

Si aucune décision de la Commission de Recours Gracieux n'est notifiée au requérant dans le délai de deux mois suivant la date du dépôt de sa réclamation, celui-ci doit considérer sa demande comme approuvée. RB



Article 218 : Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter d'obtenir, pour lui-même ou pour un tiers, des prestations qui ne sont pas dues, est passible des peines prévues par les dispositions des articles 301 à 303 du code pénal réprimant le délit d'escroquerie. Il sera tenu en outre de rembourser à la Caisse les sommes indûment payées par cette dernière, augmentées des frais de recouvrement.

TITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 219 : Lors de la constitution de la Caisse, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, la Direction Générale des services informatiques, la Direction Générale du Budget, la Direction Générale des services du Trésor, la Direction Générale des Impôts, fournissent à celle-ci un état récapitulatif de l'ensemble des membres des Institutions Constitutionnelles, des agents publics, des salariés, des travailleurs indépendants inscrits dans leurs fichiers qu'ils soient ou non bénéficiaires de prestations.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale et la Direction Générale des services du Trésor communiquent à la Caisse la liste nominative des assurés bénéficiaires titulaires d'une pension ou d'une rente, ainsi que le montant des prestations servies et la liste de leurs ayants droit.

Article 220 : Des textes réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les dispositions de toute nature nécessaires à l'application du présent décret.

Article 221 : Le présent décret, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistré, publié selon la procédure d'urgence et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Libreville, le 14 NOV. 2008

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat ;

EL HADI OUMAR SOONGO ONDIMBA

Le Premier Ministre,
Chef du Gouvernement ;

Jean EYEGHENDONG

Le Ministre du Travail, de l'Emploi
et de la Prévoyance Sociale ;

Jean-François NDON

LE MINISTRE

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique;

Me Denise N'GASSA

Le Ministre de la Préfecture Nationale;

ALI BONGO ONDIMA

Le Ministre de l'Intérieur, de la Décentralisation,
des Collectivités Locales, chargé de la
Sécurité et de l'Immigration

André MBA OBAME

Le Ministre de la Fonction Publique et de la Modernisation
de l'Etat, chargé des Relations avec le Parlement
et des Institutions constitutionnelles

Alain MENSAN ZOGUELE

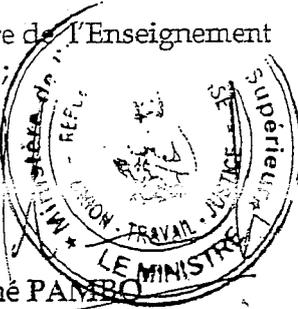
Le Ministre de l'Enseignement Technique, de
la Formation Professionnelle et de l'Insertion
Professionnelle des Jeunes

Pierre André KOMBE

Le Ministre de l'Education Nationale
et de l'Instruction Générale;

Michel MENGA MIASSONE

Le Ministre de l'Enseignement
Supérieur :



Dieudonné PAMBO

Le Ministre de la Planification et de
la Programmation du Développement :



Richard Auguste ONOUM

Le Ministre de l'Economie, des Finances,
du Budget et de la Privatisation :



Blaise LOUEMBE