

Lorsqu'un employeur n'a pas demandé l'immatriculation d'un salarié au régime général de base de la couverture maladie universelle, ce dernier peut s'adresser à l'IPS-CNAM.

L'IPS-CNAM enjoint l'employeur de régulariser la situation du salarié dans un délai d'un mois.

A l'expiration de ce délai, l'IPS-CNAM, procède d'office à son immatriculation au régime général de base de la couverture maladie universelle.

L'employeur défaillant reste seul débiteur de la totalité des cotisations dues par le salarié.

Art. 14. — La demande d'immatriculation d'un assujetti est établie sur un formulaire fourni par l'IPS-CNAM. Le formulaire précise la liste des pièces qui accompagnent la demande d'immatriculation.

Il est procédé à l'immatriculation de l'assujetti par l'attribution à celui-ci d'un numéro d'immatriculation unique après son enrôlement biométrique.

Art. 15. — L'employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à l'IPS-CNAM, dans un délai de huit jours à compter de la date de la première embauche d'un salarié.

Art. 16. — Il est procédé à l'immatriculation de l'employeur assujetti par son identification et son enregistrement dans les fichiers de l'IPS-CNAM en qualité de collecteur des cotisations dues au titre du régime général de base de la couverture maladie universelle. Il lui est attribué un numéro d'immatriculation qui lui est notifié.

Art. 17. — L'employeur est tenu de justifier, en cas de contrôle, qu'il est affilié au régime général de base de la couverture maladie universelle ainsi que tous ses travailleurs, au moyen d'une attestation délivrée par l'IPS-CNAM.

#### CHAPITRE 5

##### *Dispositions transitoires et finales*

Art. 18. — Les employeurs en activité disposent d'un délai de quinze jours, à compter de la date de l'entrée en vigueur du présent décret, pour procéder à leur immatriculation au régime général de base de la couverture maladie universelle.

Art. 19. — La couverture complémentaire du risque maladie est assurée par les organismes, sociétés ou entreprises relevant du Code de la conférence interafricaine des marchés d'assurances, les mutuelles sociales soumises aux dispositions du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et les institutions de microfinance ou micro-assurance dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont fixées par la loi.

La mise en œuvre de toute couverture complémentaire n'est autorisée qu'au bénéfice de personnes assujetties à la couverture maladie universelle et en règle vis-à-vis de celle-ci.

Art. 20. — Un arrêté du ministre chargé de la Protection sociale précise en tant que de besoin les modalités d'application du présent décret.

Art. 21. — Le ministre de l'Emploi et de la Protection sociale est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire.

Fait à Abidjan, le 25 janvier 2017.

Alassane OUATTARA.

**DECRET n° 2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture Maladie universelle.**

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Sur rapport conjoint du ministre de l'Emploi et de la Protection sociale et du ministre de la Santé et de l'Hygiène publique,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale ;

Vu la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie universelle ;

Vu le décret n° 96-876 du 25 octobre 1996 portant classification des Etablissements sanitaires publics ;

Vu le décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de Prévoyance sociale dénommée, « Caisse nationale d'Assurance Maladie », en abrégé IPS-CNAM ;

Vu le décret n° 2017-12 du 10 janvier 2017 portant nomination du Premier Ministre, chef du Gouvernement ;

Vu le décret n° 2017-14 du 11 janvier 2017 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 2017-45 du 25 janvier 2017 portant attributions des membres du Gouvernement ;

Le Conseil des ministres entendu,

DECRETE :

#### CHAPITRE I

##### *Dispositions générales*

Article 1. — Au sens du présent décret, il faut entendre par :

— *centre médical référent*, le centre par lequel l'assuré de la CMU débute son parcours de soins, pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des dépenses de soins de santé par la Couverture Maladie universelle ;

— *établissement sanitaire public de premier contact*, le Centre de Santé rural, le Centre de Santé urbain, la Formation sanitaire urbaine et le Centre de Santé communautaire ;

— *établissement sanitaire public du second niveau*, le Centre hospitalier régional et l'Hôpital général.

— *établissement sanitaire privé*, l'établissement sanitaire appartenant à une personne physique ou morale de droit privé ;

— *parcours de soins*, l'itinéraire de référence des patients d'un établissement sanitaire à un autre d'échelon plus élevé tout en respectant la pyramide sanitaire.

Art. 2. — Le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture Maladie universelle.

#### CHAPITRE 2

##### *Conditions d'ouverture et de suspension du droit aux prestations de soins de santé*

Art. 3. — L'ouverture du droit aux prestations de soins de santé de la Couverture Maladie universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Art. 4. — Un délai de carence préalable consécutif, à compter du paiement de la première cotisation, est obligatoire avant l'ouverture du droit aux prestations de soins de santé.

Le délai de carence prévu par le précédent alinéa est de trois mois pour les personnes de nationalité ivoirienne et de six mois pour les personnes de nationalité étrangère.

Art. 5. — En cas de cessation de paiement de la cotisation, le droit aux prestations de soins de santé est suspendu par l'IPS-CNAM, trois mois à compter de la date de cessation de paiement.

Lorsqu'au terme du délai de trois mois prévu à l'alinéa précédent, l'assuré ne s'acquitte pas des cotisations dues, son droit aux prestations de santé lui est retiré. Son droit aux prestations de soins de santé n'est rétabli qu'après paiement de toutes les cotisations dues et l'observation d'une nouvelle période de délai de carence de trois mois consécutifs, à compter de la date de paiement des cotisations.

#### CHAPITRE 3

##### *La carte d'assuré*

Art. 6. — L'IPS-CNAM met à la disposition de chaque assuré une carte d'assuré valable sur toute l'étendue du territoire national.

La carte d'assuré est uniquement un support d'identification de l'assuré. Elle ne constitue pas un droit d'accès aux prestations de soins de la Couverture Maladie universelle.

Art. 7. — La carte d'assuré est la propriété de l'IPS-CNAM. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci.

Art. 8. — La carte d'assuré est personnelle. Elle comporte notamment la photographie de l'assuré, les éléments nécessaires à son identification et son numéro d'immatriculation.

Les conditions d'établissement, d'obtention et de forme de la carte d'assuré de la Couverture Maladie universelle sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la Protection sociale.

#### CHAPITRE 4

##### *Le contrôle de l'accès aux prestations de soins de santé*

Art. 9. — La carte d'assuré doit être présentée à tout prestataire de soins de santé pour toute sollicitation de prestations à la charge de l'IPS-CNAM.

Pendant le délai d'établissement de la carte d'assuré, l'attestation d'affiliation est présentée au prestataire de soins de santé pour bénéficier des soins.

Art. 10. — Le prestataire de soins de santé est tenu de vérifier, avant la fourniture d'une prestation, à la fois l'identité de l'assuré et la validité de ses droits.

A défaut de vérification prévue à l'alinéa précédent, la prestation de soins de santé n'est pas prise en charge par l'IPS-CNAM.

Art. 11. — L'IPS-CNAM est tenue de rendre disponible en permanence l'information permettant aux prestataires de soins de santé et aux organismes gestionnaires délégués de prestation de vérifier la situation des droits des assurés de la CMU.

#### CHAPITRE 5

##### *Le parcours de soins*

Art. 12. — L'assuré est tenu, pour bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé par l'IPS-CNAM, d'observer un parcours de soins coordonné sur le territoire national.

Art. 13. — L'assuré doit, au moment de sa demande d'immatriculation ou au plus tard dans un délai de deux mois suivant celle-ci, indiquer un centre médical référent.

Art. 14. — L'assuré ne peut changer de centre médical référent qu'après un délai de six mois.

Toutefois, en cas de défaillance du centre médical référent choisi, l'assuré peut le changer sans attendre la fin du délai de six mois.

Pour changer de centre médical référent, l'assuré doit informer l'IPS-CNAM de sa volonté de changement et indiquer le nom du nouveau centre médical référent.

L'IPS-CNAM indique à l'assuré qui veut changer de centre médical référent, la date à partir de laquelle il peut débuter son parcours de soins auprès du nouveau centre médical référent. Cette date ne peut excéder quinze jours calendaires à compter de la date de réception de la demande par l'IPS-CNAM.

Art. 15. — L'assuré choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de premier contact ou les établissements sanitaires privés conventionnés.

Toutefois, lorsqu'il n'existe pas d'établissements sanitaires publics de premier contact ou d'établissements sanitaires privés conventionnés dans sa zone de résidence habituelle, l'assuré choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de second niveau.

Lorsque l'assuré opte pour un établissement sanitaire privé conventionné, le parcours de soins au sein de l'établissement sanitaire privé conventionné débute chez un médecin généraliste.

Les actes de soins sont pris en charge en dehors du centre médical référent, lorsqu'il s'agit :

- d'une consultation et de soins de pédiatrie pour les assurés ayant moins de quinze ans ;
- d'une consultation et de soins d'ophtalmologie ;
- d'une consultation et de soins de dentisterie ;
- d'une séquence de soins pour une pathologie identifiée ;
- de soins itératifs dans le cadre d'un plan élaboré par le centre référent ou en concertation avec un spécialiste ;
- d'une urgence ;
- d'une consultation hors de sa zone de résidence habituelle au sein d'un établissement sanitaire public de premier contact ou d'un établissement sanitaire privé conventionné.

Art. 16. — Lorsque le plateau technique du centre médical référent de l'assuré ne permet pas sa prise en charge médicale, l'assuré est référé vers un établissement sanitaire ayant la capacité de délivrer les prestations de soins de santé exigées par son état de santé.

#### CHAPITRE 6

##### *La prise en charge des prestations de soins de santé*

Art. 17. — La prise en charge des prestations de soins de santé par l'IPS-CNAM est réalisée selon le barème financier de référence des mécanismes de prise en charge des frais de santé.

Art. 18. — Les frais occasionnés par la prise en charge des prestations de soins de santé sont couverts par :

- l'assuré dans le cadre du régime général de base, sous la forme d'une participation financière personnelle désignée par le terme « ticket modérateur » ;
- l'IPS-CNAM, sous la forme d'une prise en charge partielle ou totale.

Art. 19. — La prise en charge des frais de soins par l'IPS-CNAM est effectuée :

- à l'acte, sur la base de la liste des prestations garanties ;
- sous forme de forfait par pathologie ;
- par capitation ;
- selon tout mécanisme permettant de garantir la performance, l'efficacité, la pérennité et la viabilité de la Couverture Maladie universelle.

Art. 20. — Lorsque l'assuré a choisi son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de premier contact, l'IPS-CNAM peut verser à cet établissement sanitaire, un montant forfaitaire dénommé « capitation » pour la prise en charge financière des prestations de soins de santé qu'il délivre. Dans ce cas, l'assuré s'acquitte du ticket modérateur.

Les modalités de la prise en charge par capitation sont déterminées par voie conventionnelle entre l'IPS-CNAM et les établissements sanitaires conventionnés.

Les conventions relatives à la prise en charge des assurés de la Couverture Maladie universelle par la capitation doivent être approuvées par délibération du Conseil d'administration de l'IPS-CNAM.

#### CHAPITRE 7 Dispositions finales

Art. 21. — Un arrêté du ministre chargé de la Protection sociale précise en tant que de besoin les modalités d'application du présent décret.

Art. 22. — Le ministre de l'Emploi et de la Protection sociale et le ministre de la Santé et de l'Hygiène publique assurent, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire.

Fait à Abidjan, le 25 janvier 2017.

Alassane OUATTARA.

*DECRET n° 2017-108 du 15 février 2017 portant modification du décret n° 2012-365 du 18 avril 2012 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des régimes de pensions gérés par la Caisse générale de Retraite des Agents de l'Etat, en abrégé CGRAE.*

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Sur rapport conjoint du ministre de l'Emploi et de la Protection sociale, du ministre du Budget et du Portefeuille de l'Etat, du ministre de l'Economie et des Finances et du ministre de la Fonction publique et de la Modernisation de l'Administration,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale ;

Vu l'ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des régimes de pensions gérés par la Caisse générale de Retraite des Agents de l'Etat, en abrégé CGRAE, telle que modifiée par l'ordonnance n° 2017-107 du 15 février 2017 ;

Vu le décret n° 2012-365 du 18 avril 2012 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des régimes de pensions gérés par la Caisse générale de Retraite des Agents de l'Etat, en abrégé CGRAE ;

Vu le décret n° 2017-12 du 10 janvier 2017 portant nomination du Premier Ministre, chef du Gouvernement ;

Vu le décret n° 2017-14 du 11 janvier 2017 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 2017-45 du 25 janvier 2017 portant attributions des membres du Gouvernement ;

Le Conseil des ministres entendu,

DECRETE :

Article 1. — Il est inséré un article 5.1 entre l'article 5 et l'article 6 du décret n° 2012-365 du 18 avril 2012 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des Régimes de Pensions gérés par la Caisse générale de Retraite des Agents de l'Etat, en abrégé, CGRAE, libellé comme suit :

« Article 5.1 (nouveau). — La pension de retraite est majorée de dix pour cent en ce qui concerne les titulaires ayant au moins trois enfants ayant chacun au moins seize ans au moment de leur départ à la retraite et de cinq pour cent supplémentaires par enfant au-delà du troisième, ayant toujours au moins seize ans au moment de leur départ à la retraite, sans que le total de la pension majorée puisse excéder le montant des émoluments ayant servi de base au calcul de ladite pension. Le nombre d'enfants pris en compte au titre de cette majoration est limité à six.

Le montant de la majoration est réduit progressivement et proportionnellement jusqu'à son extinction, chaque fois qu'un enfant atteint l'âge de vingt-et-un ans.

Le fonctionnaire admis à faire valoir ses droits à la retraite a droit aux allocations familiales servies aux agents en activité et dans les mêmes conditions.

Est interdit, du chef d'un même enfant, le cumul des avantages prévus aux alinéas 1 et 3 du présent article ».

Art. 2. — Les articles 4 et 13 du décret n° 2012-365 du 18 avril 2012 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des régimes de pensions gérés par la Caisse générale de Retraite des Agents de l'Etat, en abrégé CGRAE, sont modifiés comme suit :

Art. 4. (nouveau). — L'âge minimum auquel il est fait référence aux points 1°, 2°, 3°, 4° et 5° de l'article 7 de l'ordonnance, est fixé à dix-huit ans.

Pour le décompte final des annuités liquidables, tel que prévu à l'article 10 de l'ordonnance, la fraction de semestre égale ou supérieure à trois mois est comptée pour six mois. La fraction de semestre inférieure à trois mois est négligée. Le maximum des annuités liquidables de la pension de retraite est fixé à quarante.

La pension est basée sur les derniers émoluments soumis à retenue afférents à l'emploi ou au grade et à l'échelon, occupés effectivement depuis six mois au moins par le fonctionnaire au moment de son admission à la retraite ou, dans le cas contraire, sauf s'il y a eu rétrogradation par mesure disciplinaire, sur les émoluments afférents à l'emploi ou au grade et à l'échelon antérieurs ».

« Art. 13 (nouveau). — La jouissance de la pension du conjoint survivant est immédiate ».

Art. 3. — Le ministre de l'Emploi et de la Protection sociale, le ministre du Budget et du Portefeuille de l'Etat, le ministre de l'Economie et des Finances et le ministre de la Fonction publique et de la Modernisation de l'Administration sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire.

Fait à Abidjan, le 15 février 2017.

Alassane OUATTARA.