

SG-IPR

3848 3069

23 AOU

OBJET: Diplome de Master et programme de stage

	SG <input checked="" type="checkbox"/>	DC <input type="checkbox"/>	Assistante Ministre <input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> M'au carte
SECRETARIAT GENERAL + SR	SG	CPM	CI	SSS	UCC				<input type="checkbox"/> Pour inform
CABINET + SR	DC	CI1	CI2	CI PROJETS	CO	AC	CM1		<input checked="" type="checkbox"/> Pour exploit et suite à d
CMFE	CM2	SAS	CI/CPM	UCC	CAAF	IT	ASSISTANTE MICROCOM		<input type="checkbox"/> Pour représen et compte
CABINET MO. CMFES	OC	CI1	CI2	OC	AG				<input type="checkbox"/> A classer
CONSEILLERS DE DEPARTEMENT	CC/JUR	CI/OSOE	CI/MANF	CI/ERM	CI/MAN	CI/ENI	CI/F	Autre	de Juri
DIRECTIONS	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC		
	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC		
AUTRES ADMINISTRATIONS	ONPN	ONAF	GINODI	ANPECT	INCF	FIMF	ENCF		
	ISSO/LOP	PALAM	RFSDA	PROES	PRODES	PRONDES	PROAR-RO		

Le Ministre
Secrétaire Général

OBJET : Diplôme de Master et Programme de stage « ABE initiative 2017 ».

Madame le Ministre,

Dans le cadre de la coopération technique bilatérale, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) invite notre pays à présenter des candidats au programme de bourse d'études en Master intitulé l'Initiative Africaine de l'Enseignement Professionnel en faveur des jeunes (Initiative ABE « African Business Education (ABE) », prévu au titre de l'année 2017-2018.

Ce programme, vise à apporter un soutien aux jeunes africains pour leur permettre de développer des compétences efficaces et variées pour le développement du continent et en même temps apporter un concours réel aux secteurs privés japonais dans leur expansion en Afrique.

Sont concernées pour ce programme les filières ci-dessous :

- Agriculture et agro-industrie ;
- Pêche et transformation des produits halieutiques ;
- Architecture et génie civil ;
- Electronique et électromécanique
- Management ;
- Informatique ;
- Mathématiques et physique ;
- Environnement ;
- Biologie.

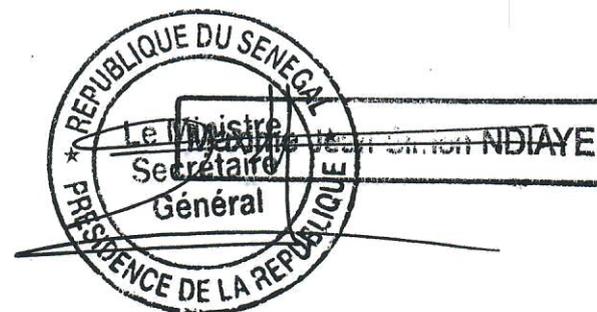
Peuvent faire acte de candidature, les agents répondant aux conditions suivantes :

- être agent de l'administration au niveau central ou local ;
- avoir, au moins, une expérience professionnelle de six (06) mois dans les filières retenues ;
- être titulaire d'une Licence ;
- avoir une bonne maîtrise de l'anglais écrit et parlé ;
- être âgé de 39 ans au plus ;
- ne pas servir dans le domaine militaire.

Madame Mariama SARR
Ministre de la Femme, de la
Famille et de l'Enfance

DAKAR

25 AOU 2017
3009



.../...

Pour plus de renseignements et le retrait du formulaire de candidature, les agents sont priés de se rapprocher de la Direction de la Coopération Technique 106, rue Carnot à Dakar ou de consulter les sites web aux adresses suivantes : <http://education-japan.org/africa> ou <http://www.jica.go.jp/senegal/english/activities/private06.html>.

Le dossier de candidature est composé des pièces suivantes :

- formulaire de candidature ;
- choix de l'université (préinscription) ;
- plan de recherche (formulaire) ;
- photocopie légalisée du relevé de note (traduit en anglais) ;
- photocopie légalisée du diplôme (traduit en anglais) ;
- lettre de recommandation ;
- photocopie du passeport en cours de validité ;
- certificat de maîtrise de la langue anglaise ;
- huit photos d'identité récentes (dont deux sur le formulaire).

Le formulaire, dûment rempli, devra me parvenir, par voie hiérarchique, au plus tard, **le 02 octobre 2017**.

LOI INSTITUANT LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AU SENEGAL

EXPOSE DES MOTIFS

En 2001, le Sénégal a inscrit dans sa Constitution le droit à la santé et l'a déclaré comme fondamental et devant être garanti par l'Etat à tous les citoyens.

A cette fin, conformément à l'engagement du Président de la République, le Gouvernement a entamé en 2012 un processus vers l'universalisation de la couverture contre le risque lié à la maladie. Avant cette date, seuls les salariés, les agents du secteur public et leurs ayants-droits (11% de la population), en vertu des lois sur le salariat et sur la Fonction publique, bénéficiaient d'un régime organisé de protection contre la maladie leur garantissant la prise en charge de leurs dépenses de santé. Dans un contexte de pauvreté, cette situation rendait inaccessible les soins de santé à la majeure partie de la population.

C'est pourquoi, en 2012, une stratégie d'extension de la couverture maladie au monde rural et au secteur informel a été conçue et mise en œuvre, s'appuyant principalement sur un régime d'assurance mutuelle.

Le projet de loi a pour principale ambition de donner un caractère légal aux orientations politiques retenues. Il traite des sujets suivants

- Les principes de la CMU
- Le pilotage des régimes
- Le financement des régimes
- Le fonctionnement des régimes
- Le contrôle des régimes
- Le contentieux de la CMU.

S'agissant des principes, le premier souci du projet de loi est de pérenniser la couverture maladie universelle et de la rendre irréversible. La loi consacre ainsi un droit à la protection contre la maladie pour toute personne résidant régulièrement au Sénégal. L'Etat est débiteur de ce droit et il doit mettre en place et coordonner le financement des régimes garantissant à toute personne ne bénéficiant pas de l'assurance maladie salariée, une couverture.

Le régime d'assurance maladie communautaire (Régime général) et le régime d'assistance médicale, principaux leviers depuis 2012 de l'extension de la CMU, sont inscrits dans la loi. Ce sont toutefois des régimes supplétifs. Autrement dit, si la personne est déjà couverte, elle peut ne pas s'y affilier.

Le projet de loi donne par ailleurs à l'Etat le pouvoir de rendre obligatoire l'assurance maladie pour des catégories de personnes qu'il détermine, après s'être toutefois assuré que tous les prérequis sont réunis (le choix du régime est libre).

Il crée également les conditions d'une fusion à venir des régimes salariés et non-salariés.

En ce qui concerne le pilotage des régimes, la loi consacre un système parapublic, à l'image de celui de l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire placé sous la tutelle de l'Etat mais dont la gestion est déléguée à des organismes de prévoyance de droit privé agissant sous le contrôle d'un organisme public.

En ce qui concerne le financement et le fonctionnement des régimes, le projet de loi, pour une grande part, se limite à conférer un caractère légal aux politiques actuelles afin de les pérenniser.

Pour ce qui est enfin du contrôle et du contentieux de l'assurance maladie, des procédures légales sont créés pour pallier la lacune principale actuelle du système à savoir l'absence d'un dispositif efficace de détection des abus et fraudes et leur sanction. Un contentieux spécial à l'assurance maladie est créé, à l'image de ce qui a cours dans de nombreux pays ; cela, afin de réduire les délais de procédure qui auraient été inévitables dans un système où le contentieux de l'assurance maladie est de droit commun, c'est-à-dire soumis aux procédures classiques.

Tels sont les motifs du présent projet de loi.

LOI INSTITUANT LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AU SENEGAL

TITRE PREMIER- DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.

Toute personne résidant au Sénégal a droit à la prise en charge de ses dépenses de santé par un régime de couverture maladie.

A ce titre, il est institué par la présente loi, sous la responsabilité de l'Etat, un système de protection contre le risque lié à la maladie dénommé Couverture Maladie Universelle (CMU), constitué d'un volet Assurance maladie et d'un volet Assistance médicale.

Article 2.

I- Un paquet de services minimum, appelé « CMU de base », est garanti par l'Etat à toutes les personnes résidant au Sénégal, dans les conditions de la présente loi. Il couvre, à quatre-vingt pour cent (80%) au moins, le coût des services suivants :

- Dans les cases de santé et les postes de santé
 - i. Les consultations ;
 - ii. Les soins ;
 - iii. Les médicaments ;
 - iv. Les services de prévention
- Dans les centres de santé
 - i. Les consultations ;
 - ii. Les soins ambulatoires ;
 - iii. L'hospitalisation jusqu'à cinq jours en dernière catégorie ;
 - iv. Les soins liés à la maternité ;
 - v. Les médicaments ;
 - vi. Les services de prévention.

II- Pour satisfaire aux dispositions du numéro I du présent article, l'Etat peut exiger d'un groupe socio-professionnel déterminé la souscription d'une assurance maladie. Il peut également subordonner le bénéfice de certains services publics aux mêmes conditions.

Article 3.

Au sens de la présente loi, on entend par :

Case de santé : Structure de santé ne disposant pas de la personnalité juridique, gérée par les communautés, reconnue par le District sanitaire dans le ressort duquel elle est située et où les soins sont effectués par un acteur communautaire de santé.

Centre de santé : Structure de santé ne disposant pas de la personnalité juridique, appartenant à l'Etat ou à une collectivité locale, placée sous la responsabilité technique d'un médecin et autorisée à hospitaliser des patients.

Etablissement public de santé : Structure de santé disposant de la personnalité juridique, appartenant à l'Etat ou à une collectivité locale, et régi par législation relative aux structures hospitalières.

Organisme de prévoyance : Organisme de droit public ou de droit privé chargé du service des prestations dans le cadre d'un des régimes de couverture maladie.

Parcours obligatoire de soins : Circuit organisé à partir du poste de santé ou du centre de santé que les patients doivent impérativement respecter pour bénéficier d'une prise en charge par les régimes de la Couverture Maladie Universelle.

Poste de santé : Structure de santé ne disposant pas de la personnalité juridique, appartenant à l'Etat ou à une collectivité locale, placée sous la responsabilité technique d'un infirmier ou d'une sage-femme.

Ticket modérateur : Part des dépenses de santé qui n'est pas prise en charge par un régime de couverture et qui est, en principe, à la charge du patient.

Article 4.

Un organisme public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, dont l'organisation et le fonctionnement sont régis par décret, assure la gestion du service public de la Couverture Maladie Universelle. Il assure la tutelle des différents régimes qui le constituent, sauf ceux qu'un décret exclut expressément de sa compétence ou confie à un autre organe.

TITRE II- DU VOLET ASSURANCE MALADIE

Article 5.

Le volet assurance maladie est constituée d'un régime de couverture de droit commun dit Régime général et de régimes spéciaux destinés à la couverture de groupes spécifiques.

Article 6.

Les régimes de couverture maladie des populations du secteur informel et du monde rural dont la création est prévue par des législations particulières relèvent des dispositions du présent titre.

Chapitre I. Des dispositions communes aux différents régimes du volet assurance maladie

Section 1. Dispositions générales

Article 7.

Les régimes spéciaux du volet assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article 8 ci-dessous, sont créés par arrêté du ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle. Il peut, si les circonstances le requièrent, prendre un arrêté conjoint avec le ministre dont relèvent les bénéficiaires, pour la création du régime concerné. L'arrêté mentionne obligatoirement :

- les bénéficiaires du régime ;
- les organismes chargés du service des prestations ;
- le paquet de services couvert, qui est au moins égal à la « CMU de base » visée à l'article 2 de la présente loi ;
- le montant des droits d'adhésion, de la cotisation et la quote-part subventionnée éventuellement ;
- le parcours obligatoire de soins.

Article 8.

Le régime spécial d'assurance maladie des travailleurs salariés, par dérogation aux dispositions de l'article 7 de la présente loi, est créé et organisé par décret. Celui-ci en détermine le ministre et l'organisme de tutelle.

Section 2. Modalités et conditions de la prise en charge

Article 9.

L'affiliation à un des régimes d'assurance maladie garantit au bénéficiaire la prise en charge directe par l'organisme de prévoyance d'une partie des frais couverts par le régime.

Article 10.

Le bénéficiaire, sauf dispositions particulières propres à certains régimes ou s'il a souscrit une couverture complémentaire qui l'en dispense, doit s'acquitter auprès du prestataire ou du pharmacien, du paiement d'un ticket modérateur dont le taux par type de prestation est fixé par l'arrêté organisant le régime.

Article 11.

L'Etat ou les collectivités locales peuvent prendre en charge tout ou partie des droits d'adhésion, de la cotisation et du ticket modérateur des personnes résidant au Sénégal qui ne sont pas en mesure de s'en acquitter.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Article 12.

Le ministre chargé de la Santé, le ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle, le ministre chargé des Finances et le ministre chargé du Commerce déterminent, sur proposition de l'organisme de gestion de la couverture Maladie universelle, après avis simples des ordres professionnels concernés, des organisations nationales les plus représentatives des prestataires de soins et des représentants des organismes de prévoyance du régime concerné, les tarifs des prestations prises en charge dans le cadre des différents régimes.

Section 3. Agrément des prestataires de soins et des pharmacies

Article 13.

Les soins ayant été effectués auprès d'un prestataire de soins non agréé et les produits pharmaceutiques qui ont été acquis dans une pharmacie non agréée ne sont pas pris en charge.

Les médicaments ou produits pharmaceutiques prescrits par un prestataire de soins non agréé ne sont pas pris en charge.

Article 14.

Les structures de santé gérées exclusivement par l'Etat ou les collectivités locales sont agréées d'office.

Toutefois, elles sont soumises à une évaluation périodique de la qualité des soins et de leurs services, réalisée par l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle ou sous sa responsabilité. Les recommandations issues de cette évaluation sont soumises au ministre chargé de la Santé

Article 15.

Les structures de santé privées et les officines de pharmacie sont agréées à leur demande par l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle.

L'agrément peut être retiré ou suspendu par l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle.

Les modalités d'agrément, de retrait et de suspension d'agrément sont prévues par décret.

Section 4. Le contrôle médical

Article 16.

L'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle effectue auprès des prestataires de soins et des pharmaciens les contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments ou prestations donnant lieu à prise en charge ou remboursement le cas échéant par les organismes de prévoyance.

Article 17.

L'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle effectue un contrôle médical régulier ayant pour objet, notamment, de vérifier l'intérêt thérapeutique des prescriptions et

des soins et leur conformité aux normes, et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

A cet effet, l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle est habilité à recruter des agents contrôleurs ou à désigner des praticiens-conseils en vue d'assurer le contrôle prévu à l'alinéa précédent. Il ne peut être opposé à ces derniers le secret médical ou professionnel.

Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent appartenir à la structure contrôlée.

Un décret précise, dans le respect du secret médical, les modalités de ce contrôle.

Article 18.

L'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle, notamment en cas de suspicion de fraude ou d'abus de prescription commet un de ses agents contrôleurs ou un praticien-conseil, pour consulter le dossier du patient.

Le prestataire ne peut pas opposer à ce dernier le secret médical ou professionnel.

Article 19.

En cas d'abus ou de fraude constaté par le contrôleur, l'organisme de prévoyance demande au prestataire le remboursement des frais médicaux déjà payés. Si la facture n'a pas encore été payée par l'organisme de prévoyance, celle-ci en refuse le paiement. Elle peut exiger en outre du prestataire le remboursement des honoraires versés au praticien-conseil. Les créances nées en application du présent alinéa au profit de l'organisation de prévoyance autorisent celle-ci à en imputer la valeur sur les sommes qu'elle doit par ailleurs au prestataire.

Un décret précise les modalités d'application du présent article et un arrêté du ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle fixe le tarif des prestations des praticiens-conseils.

Article 20.

Si les praticiens-conseils ou les agents contrôleurs de l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle estiment qu'une prestation à exécution successive prescrite n'est pas médicalement justifiée, ils en informent l'organisme de prévoyance qui en suspend le service.

Article 21.

Tout bénéficiaire d'une prestation est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle ou son mandataire. En cas de refus, s'il s'agit de prestations à exécution successive, leur bénéfice est suspendu pendant toute la période où le contrôle a été refusé.

Article 22.

Les contestations d'ordre médical par le patient ou le prestataire portant sur les contrôles se font par saisine d'un organe de règlement des différends de la Couverture Maladie Universelle, dont l'organisation et le fonctionnement sont déterminés par décret.

Section 5. Financement des régimes

Article 23.

Les ressources des régimes du volet assurance maladie sont constituées par :

- 1° les cotisations et droits d'adhésion ;
- 2° les produits financiers ;
- 3° les dons et legs ;
- 4° les subventions publiques ;
- 6° toute ressource non interdite par la loi.

Article 24.

Les cotisations versées au titre de la Couverture Maladie Universelle et les prestations payées dans ce cadre sont exonérées d'impôts et taxes.

Chapitre II. Des dispositions spécifiques au Régime général

Article 25.

Il est institué un régime d'assurance maladie dénommé régime général dont relèvent toutes les personnes qui ne sont pas soumises par des législations spéciales à un autre régime de couverture maladie ou qui ne relèvent pas des régimes spéciaux visés à l'article 5 de la présente loi.

Un arrêté du ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle organise le régime général, sous réserve des autres dispositions du présent titre.

Article 26.

Le paquet de services couvert dans le cadre du Régime général est défini par arrêté du ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle. Dans tous les cas, il couvre, à quatre-vingt pour cent (80%) ou plus un paquet constitué des services suivants au moins :

- Dans les cases de santé et les postes de santé
 - i. Les consultations ;
 - ii. Les soins ;
 - iii. Les médicaments ;
 - iv. Services préventifs
- Dans les centres de santé et les établissements publics de santé
 - i. Les consultations ;
 - ii. Les soins ambulatoires ;
 - iii. Les analyses et examens de radiologie ;
 - iv. L'hospitalisation jusqu'à sept jours en dernière catégorie ;
 - v. Les soins liés à la maternité ;
 - vi. Les actes chirurgicaux ;
 - vii. Les médicaments ;
 - viii. Les services préventifs.

Les régimes du volet assurance maladie couvrent également, à cinquante pour cent (50%) au moins, les médicaments acquis dans une officine de pharmacie à condition qu'ils soient prescrits par (personne habilitée) un poste de santé, un centre de santé, un établissement public de santé ou une structure de santé privée agréée et figurant sur une liste définie par arrêté du ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle.

L'arrêté visé à l'article 25 peut fixer un plafond de prise en charge pour les différents services offerts et exclure certains actes chirurgicaux et examens de radiologie coûteux.

Chapitre III. Fonds de garantie

Article 27.

Il est institué un fonds de garantie des organismes de prévoyance des régimes de la Couverture Maladie Universelle qui a pour objet d'apporter un appui financier à ces derniers s'ils rencontrent des difficultés temporaires de trésorerie, notamment par suite d'une diminution conjoncturelle de leurs ressources propres ou par suite d'une augmentation importante et imprévue des dépenses de soins qu'elles doivent prendre obligatoirement en charge.

Article 28.

Les modalités d'organisation, de fonctionnement et d'intervention de ce fonds sont fixées par décret.

TITRE III

DU VOLET ASSISTANCE MEDICALE

Article 29.

Il peut être institué, par décret, des régimes d'assistance médicale pour la prise en charge totale ou partielle des dépenses de santé, sans condition de cotisation, d'une catégorie de personnes déterminées ou des dépenses liées à une pathologie ou un état de santé particulier.

Le décret organisant un régime peut exclure totalement ou partiellement de celui-ci les personnes dont les ressources atteignent un seuil qu'il détermine.

Article 30.

Les régimes d'assistance médicale, sauf s'ils sont destinés à la prise en charge d'une pathologie particulière, doivent couvrir un paquet de services au moins égal à la « CMU de base » visée à l'article 2 de la présente loi.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre I. Contentieux

Chapitre I. Organes de contrôle

Article 31.

Le contrôle de l'application de la présente loi est assuré, outre les corps de contrôle de l'Etat, par :

- 1° les agents chargés du contrôle médical au sein de l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle ;
- 2° les agents chargés du contrôle administratif et financier au sein de l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle.

Article 32.

Les agents visés à l'article 31 ont qualité pour dresser, en cas d'infraction aux dispositions de la législation sur la Couverture Maladie Universelle, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

L'organisme public de gestion de la Couverture Maladie Universelle transmet au ministre qui assure sa tutelle, aux fins de saisine de l'Agent judiciaire de l'Etat, les procès-verbaux s'ils permettent de supposer la commission d'infractions pénalement sanctionnées.

Article 33.

Les prestataires de soins, qu'ils soient des personnes privées ou des personnes morales de droit public, sont tenus de recevoir à toute époque, pendant les heures ouvrables de l'établissement, les personnes visées à l'article 31. Ils doivent se soumettre aux demandes de renseignement et enquêtes relatives à leurs obligations au regard de la Couverture Maladie Universelle dont ils sont saisis par ces agents.

Chapitre II. Le contentieux général de la Couverture Maladie universelle

Article 34.

Il est institué un contentieux général de la Couverture maladie universelle duquel ressortissent tous les différends auxquels donnent lieu l'application de la présente loi et des dispositions prises pour son application, et qui ne relèvent pas, par leur nature, du contentieux pénal, fiscal ou technique, au sens de l'article 37 ci-dessous.

Article 35.

Les règles et procédures du contentieux de la Sécurité sociale s'appliquent au contentieux général de la Couverture Maladie Universelle.

Article 36.

Sans préjudice du droit d'un bénéficiaire des régimes de la Couverture Maladie Universelle de saisir le tribunal du travail en cas de refus par l'organisme de prévoyance de prendre en charge des prestations que celui-ci estime lui être dues, le différend pourra être porté devant un organe de règlement des différends, rattaché au ministre chargé de la Couverture Maladie Universelle et dont l'organisation, la composition et les modalités de fonctionnement sont déterminées par décret.

Chapitre III. Le contentieux du contrôle technique

Article 37.

Les dispositions de la section précédente ne sont pas applicables :

- 1° au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens appartenant à une profession de santé organisée en Ordre professionnel ;
- 2° aux poursuites pénales engagées en application de la présente loi ;
- 3° au contentieux fiscal, quelle qu'en soit la cause.

Sous-section 1. Le contentieux du contrôle technique des professions organisés en Ordre professionnel

Article 38.

Les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre des praticiens appartenant à une profession organisée en Ordre professionnel à l'occasion des prestations dispensées aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle, sont soumis à la procédure disciplinaire ordinale.

Article 39.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section disciplinaire de l'ordre concerné sont, en plus de celles prévues par les législations organisant le contentieux disciplinaire ordinal :

1° l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle s'il s'agit d'un prestataire privé;

2° dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement au patient du trop-perçu ou le reversement aux organismes de prévoyance du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune autre sanction.

Article 40.

Les sanctions prévues à l'article 39 prennent rang juste avant la sanction disciplinaire d'interdiction temporaire d'exercer la profession concerné, prévue par les législations organisant le contentieux disciplinaire ordinal.

Article 41.

Le praticien frappé d'une décision devenue définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle peut, après un intervalle de trois ans, demander à l'organe disciplinaire de l'ordre d'être relevé de l'interdiction. La nouvelle décision n'est pas susceptible d'appel.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article 42.

Tout praticien qui contrevient aux décisions rendues en vertu de la présente section, en donnant des soins à un bénéficiaire des régimes de la Couverture Maladie Universelle alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de prévoyance le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à rembourser du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

Sous-section 2. Le contentieux du contrôle technique des professions n'étant pas organisées en Ordre professionnel

Article 43.

Les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre des praticiens appartenant à une profession n'étant pas organisée en Ordre professionnel, à l'occasion des prestations dispensées aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle, sont soumis à la procédure du contentieux général de la Couverture maladie universelle.

Article 44.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le juge du contentieux général de la Couverture Maladie universelle sont :

1° l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle, pour les prestataires privés ;

2° dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement au patient du trop-perçu ou le reversement aux organismes de prévoyance du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune autre sanction.

Article 45.

Le praticien frappé d'une décision devenue définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle peut, après un intervalle de trois ans, demander au tribunal du travail d'être relevé de l'interdiction. La nouvelle décision n'est pas susceptible d'appel.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article 46.

Tout praticien qui contrevient aux décisions rendues en vertu de la présente section, en donnant des soins à un bénéficiaire des régimes de la Couverture Maladie Universelle alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de prévoyance le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à rembourser du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

Chapitre II. Sanctions pénales

Article 47.

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment la tentative d'obtenir une garantie de l'Etat par fraude ou fausse déclaration sont applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature pour obtenir ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues.

Article 48.

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les détournements, les soustractions et les escroqueries portant sur des deniers publics sont applicables aux administrateurs, aux dirigeants et à tout autre agent d'un organisme de prévoyance ou d'une structure de santé qui auront commis des fraudes, soit en écritures, soit en gestion de fonds, ou qui se seront rendus coupables de détournement de fonds.

Article 49.

Sera puni d'une amende de 500.000 à 1.000.000F, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un bénéficiaire des régimes de la Couverture Maladie Universelle ou ses ayants cause en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues.

Article 50.

Le fait de faire obstacle ou de tenter de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article 31, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 1.000.000 de francs d'amende.

Article 51.

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents chargés des différents contrôles prévus par la présente loi.

Les mêmes dispositions sont applicables à toute personne qui se sera opposée à la mission des agents de l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle dûment habilités.

Article 52.

Sera puni d'une amende de 1.000.000 de francs et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle ou à des organismes de prévoyance ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires des régimes de la Couverture Maladie Universelle, notamment dans une structure de santé ou officine de pharmacie.

Article 53.

Le jugement prononçant une des peines prévues au présent chapitre contre un praticien titulaire d'un cabinet privé peut également prononcer son exclusion des services de la Couverture Maladie Universelle.

Les prestataires privés peuvent être exclus des services de la Couverture Maladie Universelle, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les bénéficiaires des régimes, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 1.000.000 de francs et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Chapitre IV. Recouvrement de créances

Article 54.

Le recouvrement des créances nées au profit d'un organisme de prévoyance dans le cadre de ses activités liées à la Couverture Maladie Universelle est assuré, sur sa demande, par l'organisme public chargé de la Couverture Maladie Universelle.

Il est alors procédé comme prévu par le code de Sécurité sociale pour le recouvrement des créances. Le directeur de l'organisme public de gestion de la Couverture Maladie Universelle accomplit les diligences incombant au directeur de la Caisse de Sécurité sociale. Il est investi des mêmes pouvoirs, dans le cadre de la procédure.

Article 55.

L'organisme de prévoyance est subrogé dans les droits du bénéficiaire et de ses ayants-droit lors du recours contre les tiers auteurs ou civilement responsables d'actes ayant entraîné le

service de prestations prises en charge par l'organisme de prévoyance, et ce, à concurrence du montant de ces prestations.

En cas de prise en charge partielle, le bénéficiaire peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à l'organisme de prévoyance subrogé. Le bénéficiaire est tenu d'appeler l'organisme de prévoyance en déclaration de jugement commun.

Chapitre V. Dispositions transitoires et finales

Article 56.

Les régimes relevant de la Couverture Maladie Universelle, en vigueur au moment de l'adoption de la présente loi, doivent, dans les trois ans, se conformer aux dispositions de l'article 2. A titre transitoire, dans ce délai, ils sont réputés y satisfaire.

Article 57.

Des décrets fixeront les conditions d'application de la présente loi.

Article 58.

Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi.